

Правильная морфологическая диагностика позволяет избежать необоснованного назначения химиотерапии, эффективной при других нозологических формах, имеющих фенотип мелкокруглоклеточной опухоли.

Многокомпонентный характер строения прономы свидетельствует в пользу гистогенеза опухоли из клеток нервного гребешка. Предположительно, эпителиальный и нейробластный компоненты являются опухолевыми производными нейробластов, из которых дифференцируются нейроны и глия вегетативной нервной системы, и меланобластов кожи. Отсутствие химерного транскрипта с-тус в клетках опухоли, характерного для опухолей семейства PNET, так же косвенно подтверждает данную теорию.

Литература

1. WHO Classification of Head and Neck Tumours / L. Barnes [et al.]. — IARC Press Lyon, 2005. — 435 p.
2. Melanotic progonoma of the skull in infancy / M. Kantar [et al.] // Childs Nerv Syst. — 2008. — Vol. 24, № 11. — P. 1371–1375.
3. Renner, L. A. Melanotic neuroectodermal tumour of infancy (progonoma) treated by radical maxillary surgery / L. A. Renner, A. E. Abdulai // Ghana medical journal. — 2009. — Vol. 2, № 43/

УДК 616.36–004:614.21

АНАЛИЗ СТРУКТУРЫ ПАЦИЕНТОВ С ЦИРРОЗАМИ ПЕЧЕНИ В ИНФЕКЦИОННОМ И ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЧЕСКОМ СТАЦИОНАРАХ

*Мицура В. М., Шут С. А., Красавцев Е. Л.,
Праведный А. А., Коровкина Т. В.*

**Учреждение образования
«Гомельский государственный медицинский университет»
г. Гомель, Республика Беларусь**

Введение

Цирроз печени (ЦП) — частая причина снижения и потери трудоспособности, а также летальности в молодом возрасте. Это тяжелое заболевание, требующее частого стационарного лечения, которое имеет высокую стоимость и не всегда эффективно [2, 3]. В последние годы наблюдается стабильный рост числа циррозов печени различной этиологии в Республике Беларусь. Смертность от этой патологии лидирует среди причин смерти больных гастроэнтерологического профиля. Изменяется и возрастная структура циррозов — повышается доля лиц молодого возраста (Н. Н. Силивончик, 2009).

Циррозы печени, ассоциированные с инфекцией гепатотропными вирусами (вирус гепатита В — HBV, вирус гепатита С — HCV), подлежат лечению в инфекционном гепатологическом стационаре, пациенты с другой этиологией цирроза поступают для стационарного лечения в гастроэнтерологический стационар [2]. В большинстве случаев цирроз обусловлен злоупотреблением алкоголем, хроническим гепатитом В и С либо является криптогенным [2, 3, 4]. В России в последние годы алкоголь является причиной 45 % циррозов печени у стационарных больных [1]. В 2001–2005 гг. доля циррозов в результате хронического гепатита В снижается, в то же время растет доля ЦП в результате хронического гепатита С и алкогольного ЦП [1]. Криптогенный цирроз — собирательное понятие и обозначает цирроз неясной этиологии. В разных странах его частота различна; в Великобритании криптогенный цирроз составляет 5–10 % всех циррозов печени, в других странах, по мнению Ш.Шерлок, может быть и меньше [4]. Терминальная стадия цирроза разной этиологии может протекать одинаково. Считается, что после развития декомпенсации цирроза 5-летняя выживаемость составляет около 50 % [5]. Определение этиологии цирроза важно как для прогноза, так и для выбора лечения [3, 4].

Во многих странах заболеваниями печени независимо от их этиологии занимаются врачи-гепатологи (гастроэнтерологи). В нашей стране традиционно заболевания печени инфекционной (вирусной) этиологии проходят лечение чаще всего в инфекционном ста-

ционаре, а в гастроэнтерологический стационар поступают пациенты с отрицательными результатами исследования на маркеры вирусных гепатитов. В связи с этим важно оценить структуру госпитализированных пациентов в инфекционном и гастроэнтерологическом стационарах для улучшения оказания стационарной помощи этой категории больных.

Цель

Изучить структуру госпитализированных пациентов с циррозами печени: пол, возраст, прогностический класс по Чайлд-Пью, кратность повторных госпитализаций, значения лабораторных показателей.

Материалы и методы исследования

Проанализированы истории болезни пациентов с диагнозом цирроза печени в двух стационарах: инфекционном (отделение хронических вирусных гепатитов Гомельской областной инфекционной клинической больницы) и гастроэнтерологическом (гастроэнтерологическое отделение Гомельской городской клинической больницы № 3). Всего изучено 283 случая госпитализации, из них в инфекционном стационаре — 153 (с сентября 2009 г. по сентябрь 2010 г. включительно), в гастроэнтерологическом — 130 (с января 2010 г. по ноябрь 2010 г.).

Всего наблюдалось 211 пациентов: 112 (53 %) мужчин и 99 (47 %) женщин, в возрасте от 23 до 80 лет (средний возраст $51,9 \pm 0,8$ лет). Было 72 случая повторных госпитализаций: 21 — в гастроэнтерологический стационар, 41 — в инфекционный стационар и 10 пациентов за время наблюдения проходили лечение и в инфекционном, и в гастроэнтерологическом стационаре.

Статистическая обработка полученных результатов проводилась с помощью программы «Statistica» 6.1. Для сравнения применялись тесты Манна-Уитни, χ^2 .

Результаты и обсуждение

Проанализирована возрастная структура у 211 пациентов: до 30 лет — 5 (2,4 %) человек, 30–39 лет — 36 (17,1 %), 40–49 лет — 38 (18 %), 50–59 лет — 74 (35,1 %), 60–69 лет — 44 (20,8 %), 70 лет и старше — 14 (6,6 %) человек. Средний возраст мужчин (51,4 года) и женщин (52,5 года) статистически не различался ($p = 0,51$; тест Манна-Уитни). Следует отметить, что лиц трудоспособного возраста было более половины: 81 из 112 мужчин (72,3 %) и 52 из 99 женщин (52,5 %), статистически значимо ($\chi^2 = 8,84$; $p = 0,003$). Инвалидность имела у 37 мужчин (30,6 %): у 24 — второй группы, у 13 — третьей. У женщин инвалидность имела у 38 из 99 (38,4%): у 27 — второй группы, у 11 — третьей. Неработающих лиц трудоспособного возраста было 26 (23,2 %) среди мужчин и 14 (14,1 %) — среди женщин.

Впервые за анализируемый период были выявлены циррозы печени у 80 человек: 50 мужчин и 30 женщин. Половина из них (40 человек) проходили лечение в инфекционном, половина — в гастроэнтерологическом стационаре. Класс тяжести А по Чайлд-Пью был выставлен 7 пациентам (8,8 %), класс В — 33 (41,3 %), класс С — 40 (50 %). Проанализирована этиология впервые выявленных циррозов печени. Из 80 пациентов маркеры вирусных гепатитов имели 18 (22,5 %) человек, из них этиология: HCV — у 3 больных, HCV + метаболический — 7 человек, HCV + алкогольный — 3 человека, HBV + метаболический — 3 человека, HBV + алкоголь — 1 человек, HBV + HCV + HDV + метаболический — 1 человек. У 62 (77,5 %) пациентов маркеры вирусных гепатитов не были выявлены. Алкоголь как причина цирроза печени не встречался, но вместо алкогольной этиологии указывалось «токсико-алиментарный» (1) или «нутритивно-токсический» (4). Аутоиммунный гепатит выявлен у 1 пациента, у остальных 56 (70 %) причина цирроза осталась неустановленной: «криптогенный», «невирусный», «неуточненный» цирроз печени.

Из 283 случаев госпитализации проанализированы диагнозы ЦП. Маркеры вирусных гепатитов имелись в 122 (43,1 %) случаях госпитализации: «вирусный HCV» — 11 (из них 4 на фоне ВИЧ-инфекции); «HCV + метаболический» — 74; «HCV + алкогольный» — 23; «вирусный HBV» — 1; «HBV + алкогольный» — 1; «HBV + метаболический» — 10; «HBV + HCV» — 1; «HBV + HCV + HDV» — 1. В 161 случае маркеры вирусных гепатитов отсутствовали. Цирроз в результате аутоиммунного гепатита — 5 случаев, первичный билиарный цирроз — 2 случая. Один случай цирроза расценен как «индуцированный медикаментами». Алкогольная этиология цирроза («нутритивно-токсический» и «токсико-

алиментарный») — 11 случаев. Неуточненная этиология цирроза («неуточненный», «невирусный», «криптогенный») была в 142 (50,2 %) случаях.

В историях болезни отражался алкогольный анамнез пациента. У 65 (23 %) пациентов имелись указания о наличии алкогольной зависимости или о злоупотреблении алкоголем, в то же время указание на алкоголь в диагнозе имелось только при алкоголь-вирусных поражениях печени (24 пациента). При наличии признаков злоупотребления алкоголем у 6 пациентов выставлен диагноз «криптогенный» ЦП, у 18 — «невирусный» ЦП, у 7 — «нутритивно-токсический» и у 2 — «токсико-алиментарный» ЦП. Это говорит о недоучете алкогольного фактора в формулировке диагноза цирроза печени.

Длительность стационарного лечения составила в среднем 17,7 койко-дней в гастроэнтерологическом стационаре, и 13,8 дней — в инфекционном ($p < 0,0001$; тест Манна-Уитни). Анализировался класс тяжести циррозов по Чайлд-Пью у пациентов, госпитализированных в гастроэнтерологический и инфекционный стационары. У пациентов гастроэнтерологического стационара (130) класс А выявлен у 11 (8,5 %), класс В — у 57 (43,8 %), класс С — у 62 (47,7 %). В инфекционном стационаре (153): класс А — 29 (19 %), класс В — 68 (44,4 %), класс С — 56 (36,6 %). В целом по обоим стационарам цирроз класса А требует госпитализации в течение 11,5 дней, класса В — 14,4 дня, класса С — 18,4 дня.

У проанализированных пациентов проанализировано время с момента постановки диагноза цирроза печени до настоящей госпитализации. Эти сроки составили от 0 (впервые выявленный ЦП) до 11 лет, в среднем — 2,3 года.

Уровни АЛТ были повышены у 130 (45,9 %) пациентов, в том числе у 20 — выше 3 норм, а у 2 — выше 10 норм. Следует отметить, что повышение АЛТ встречалось в инфекционном стационаре у 117 из 150 (78 %), а в гастроэнтерологическом стационаре — лишь у 13 из 129 (10,1 %). Протромбиновый индекс (ПТИ) как показатель синдрома печеночно-клеточной недостаточности был выше у пациентов инфекционного стационара ($0,79 \pm 0,01$), чем в гастроэнтерологическом стационаре ($0,74 \pm 0,01$), статистически значимо ($p = 0,003$, критерий Манна-Уитни).

Известно, что для алкогольного поражения печени характерно повышение гамма-глутамилтранспептидазы (ГГТП), превышающее значения АЛТ и АСТ, а для хронической алкогольной интоксикации характерно повышение среднего объема эритроцита (MCV). Так, ГГТП определялась не у всех пациентов, но у 125 из 231 (54,1 %) ГГТП превышали в 3 раза верхнюю границу нормы, а у 67 (29 %) — в 5 раз. Значения ГГТП были выше значений АЛТ у большинства пациентов — 198 из 231 (85,7 %), отношение ГГТП/АЛТ больше 3 выявлены у 126 (54,5 %) пациентов. Значения MCV оценивались только в инфекционном стационаре, у 74 из 151 (49 %) значения оказались выше 95 фл, а у 43 (28,5 %) — выше 100 фл. Таким образом, в соответствии с лабораторными показателями, алкоголь являлся основной или дополнительной причиной цирроза печени примерно у половины пациентов.

Заключение

Цирроз печени в настоящее время развивается в основном у лиц трудоспособного возраста (72 % мужчин и 53 % женщин; средний возраст пациентов 51,9 лет). Имелась инвалидность II или III группы у 31 % мужчин и 38 % женщин. Половина впервые выявленных больных с ЦП (50 %) поступает в стационар с классом тяжести С по Чайлд-Пью.

Проведенное исследование показало необходимость улучшения этиологической расшифровки циррозов печени, особенно в гастроэнтерологическом стационаре (где не все пациенты были обследованы на маркеры вирусных гепатитов и высока доля «криптогенного» ЦП). Так, алкогольный цирроз печени не был выставлен ни в одном случае, хотя, учитывая результаты лабораторных анализов, должен составлять не менее 29 %. Маркеры вирусных гепатитов выявлялись в 43,1 % от всех случаев госпитализации, и только у 22,5 % впервые выявленных циррозов печени, т.е. такие лица чаще поступают в стационар повторно.

В гастроэнтерологический стационар поступают пациенты с более тяжелыми циррозами печени (чаще выявляется класс С и реже класс А по сравнению с инфекционным стационаром, ниже средние значения протромбинового индекса). Это свидетельствует о

том, что скрининг на маркеры вирусных гепатитов позволяет выявить больного на более ранних стадиях и более эффективно проводить вторичную профилактику цирроза печени (изменение образа жизни, диеты, снижение количества потребляемого алкоголя или полный отказ от него). Пациенты же гастроэнтерологического профиля зачастую не знают о наличии у них заболевания печени и поступают в стационар с декомпенсацией цирроза. Принципы лечения декомпенсированного цирроза печени одинаковы независимо от его этиологии, так как противовирусное лечение может применяться только у пациентов без признаков декомпенсации (класс А по Чайлд-Пью). Поэтому, в инфекционном и гастроэнтерологическом стационарах следует придерживаться тех же подходов к диагностике и лечению пациентов с ЦП.

Литература

1. Алкогольные и вирусные циррозы печени у стационарных больных (1996–2005 гг.): распространенность и исходы / А. И. Хазанов [и др.] // Рос. журн. гастроэнтерол. — 2007. — № 2. — С. 19–27.
2. Радченко, В. Г. Основы клинической гепатологии. Заболевания печени и билиарной системы / В. Г. Радченко, А. В. Шабров, Е. Н. Зиновьева. — СПб.: Диалект; М.: БИНОМ, 2005. — 864 с.
3. Силивончик, Н. Н. Цирроз печени / Н. Н. Силивончик. — Минск: Технопринт, 2000. — 204 с.
4. Шерлок, Ш. Заболевания печени и желчных путей / Ш. Шерлок, Дж. Дули; пер. с англ. — М.: Гэотар Медицина, 1999. — 864 с.
5. *Hepatology. A clinical textbook* / S. Mauss [et al.] // Duesseldorf: Flying Publisher, 2009. — 201 p.

УДК 616–091:618.53:572.746

АНАЛИЗ СТРУКТУРЫ ВРОЖДЕННЫХ ПОРОКОВ РАЗВИТИЯ У АБОРТИРОВАННЫХ ПЛОДОВ

Мишин А. В., Зиновкин Д. А.

**Государственное учреждение здравоохранения
«Гомельское областное клиническое патологоанатомическое бюро»
г. Гомель, Республика Беларусь**

Введение

В настоящее время, несмотря на высокий уровень развития медицинской науки и практики, отмечают высокие показатели рождения детей с врожденными пороками развития (ВПР). По данным ВОЗ, 20 % детской заболеваемости и инвалидности, а также 15–20 % детской смертности вызваны пороками развития, что делает изучаемую проблему теоретически и практически актуальной.

Цель

Изучение морфологических особенностей и распространенности врожденных пороков развития на территории Гомельской области по данным патологоанатомических вскрытий.

Материал и методы исследования

Материалом для изучения послужили результаты 512 патологоанатомических вскрытий плодов в сроках от 11 до 21 недели беременности, проведенных в 2007–2010 гг. в отделении патологии пренатального периода ГУЗ «Гомельское областное клиническое патологоанатомическое бюро», у которых в Гомельском областном диагностическом медико-генетическом центре с консультацией «Брак и семья» при УЗИ диагностике были выявлены врожденные пороки и аномалии развития. Патологоанатомические вскрытия проводились по общепринятым методикам, с последующим изготовлением гистологических препаратов. Гистологическое исследование внутренних органов и тканей плодов проводилось на парафиновых препаратах с окрашиванием гематоксилином и эозином.

Результаты и обсуждение

В результате проведенного исследования была выявлена следующая частота встречаемости различных нозологических форм ВПР (таблица 1).