

рекомендаций врачей по соблюдению режима питания, коррекции гликемии, курению и исключению других отягощающих факторов невозможно исключить поражение второй конечности с развитием гангрены и последующей ампутацией.

Литература:

1. Гостищев, В.К. Хирургическое лечение диабетической остеоартропатии, осложненной гнойно-некротическими поражениями стоп / В.К. Гостищев, А.Н. Афанасьев, А.М. Хохлов // Хирургия. – 1999. – №8. – С. 40–44 с.
2. Брискин, Б.С. Лечение осложнений «диабетической стопы» / Б.С. Брискин, Е.А. Тартаковский, Н.А. Гвоздев // Хирургия. – 1999. – №10. – С. 53–56.
3. Зубарев, П.Н. Ультразвуковая кавитация и озонирование в лечении пациентов с гнойно-некротическими осложнениями синдрома диабетической стопы / П.Н. Зубарев, Б.В. Рисман // Вестник хирургии. – 2011. – №6. – С. 48–53.

*Гарелик П.В., Дубровщик О.И., Мармыш Г.Г., Карпович А.П.,
Шевчук Д.А., Живушко Д.Р.*

ХРОНИЧЕСКАЯ АЛКОГОЛЬНАЯ ИНТОКСИКАЦИЯ И ЦИРРОЗ ПЕЧЕНИ: ВЗГЛЯД НА ПРОБЛЕМУ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ

Учреждение образования «Гродненский государственный
медицинский университет»

Учреждение здравоохранения «Городская клиническая больница №4»,
г. Гродно, Республика Беларусь

Актуальность. В последние годы в большинстве стран мира неуклонно растет число поражений печени алкогольной этиологии. Алкогольные поражения печени составляют 30–40% в общей структуре заболеваний печени. По данным Всемирной организации здравоохранения, еще около 5% пациентов являются носителями вируса гепатита – основного фактора, ответственного за прогрессирующее развитие цирроза печени (далее – ЦП), что представляет весьма серьезную и неизлечимую болезнь [1, 4, 5].

За последние 40 лет уровень употребления алкоголя на душу населения в Беларуси увеличился в 2 раза: с 6,4 л спирта в год на душу населения в 1970 г. до 12,3 л – в 2011 г. В стране около 1 млн граждан, злоупотребляющих алкоголем, пятая часть из них состоят на диспансерном учете.

В экономически развитых странах ЦП входит в число шести основных причин смертности пациентов в возрасте от 35 до 60

лет, составляя 14–30 случаев на 100 тыс. населения. От ЦП ежегодно в мире умирают около 300 тыс. человек, причем за последние 10 лет частота поражений увеличилась на 12%. Бессимптомное течение ЦП имеет место у 12% пациентов, страдающих хроническим алкоголизмом. Учитывая, что 95% всего поступающего в организм алкоголя обезвреживается в печени, ясно, что этот орган страдает от алкоголя больше всего, при этом возникает воспалительный процесс, а затем формируется и ЦП [4, 5].

Хроническая алкогольная интоксикация является этиологическим фактором не менее чем 50% всех ЦП. Заболевание развивается в среднем у 1/3 пациентов, страдающих алкоголизмом, обычно через 10–15 лет после начала злоупотребления алкоголем. Средний возраст пациентов с впервые установленным диагнозом ЦП составляет 40–50 лет. Летальность при ЦП достигает 25–72% [2, 3]. В Республике Беларусь за последние 10 лет смертность от ЦП возросла почти в 2 раза. В связи с этим снижение уровня связанной с алкоголем летальности в структуре общей смертности является важнейшей задачей, предусмотренной Национальной программой демографической безопасности.

Вне зависимости от этиологии и особенностей морфологии ЦП определяется наличием некроза паренхимы, узловой регенерации печени и фиброза. Эти три компонента присутствуют всегда, а их выраженность и соотношение зависят от стадии заболевания.

В настоящее время ЦП рассматривается как конечная стадия многих типов поражения печени. ЦП, развивающийся в результате инфекционных процессов или токсических поражений, характеризуется избыточной пролиферацией соединительнотканых элементов по периферии печеночных долек или в их центре. В результате разрастания соединительной ткани наступает сдавление воротных или печеночных венул, а иногда тех и других, что и ведет к значительному повышению сопротивления кровотоку в венозных сосудах печени и затруднению оттока крови из воротной вены [1, 4].

Трудности в лечении как консервативными, так и оперативными методами связаны с тем, что уменьшается масса

функционирующих гепатоцитов, развивается портальная гипертензия (далее – ПГ) и порто-системное шунтирование. Синдром ПГ – это комплекс изменений, являющихся результатом сочетания двух процессов – нарушения внутрипеченочного сопротивления и увеличения портального кровотока в связи с нарушением оттока крови из системы воротной вены. Эти изменения приводят к резкому повышению давления в системе воротной вены с замедлением тока крови и, как следствие, к развитию спленомегалии, гиперспленизму, варикозному расширению вен пищевода, желудка, геморроидальных вен и кровотечению из них, расширению вен передней брюшной стенки, асциту [2, 5].

Цель исследования: изучить выживаемость и летальность среди пациентов ЦП, осложненным кровотечением из варикозно расширенных вен пищевода (далее – ВРВП), и установить возможные пути снижения летальности и повышения уровня выживаемости.

Материалы и методы. Проведен анализ результатов лечения за период 2006–2012 гг. пациентов с ЦП, госпитализированных в городской центр гастроудоденальных кровотечений (далее – ГДК) клиники общей хирургии учреждения здравоохранения «Городская клиническая больница №4» г. Гродно.

Результаты. За анализируемый период госпитализировано 447 пациентов с ЦП, осложненным кровотечением из ВРВП, из них мужчин – 310 (69,4%), женщин 137 (30,6%) в возрасте 18–69 лет. В реанимационное отделение были госпитализированы 363 (81,2%) пациента, в хирургическое – 84 (18,8%).

Из анамнеза установлено, что причиной развития ЦП у 305 (68,4%) пациентов было злоупотребление алкоголем, у 21 (4,7%) – вирусный гепатит и у 120 (26,8%) пациентов не имелось указаний в анамнезе на заболевания, с которыми можно было бы связать развитие ЦП.

Установлено, что количество пациентов, госпитализированных в центр ГДК с осложнением ЦП кровотечением из ВРВП, увеличивается из года в год. Так, если в 2006 г. было госпитализировано 64 пациента, 2007 г. – 49, 2008 г. – 45, 2009 г. – 52, 2010 г. – 71, то в 2011 г. – 89, а в 2012 г. – 77 пациентов.

ЦП класса А и В по Child-Pugh установлен у 253 (56,6%) пациентов и класса С – у 194 (43,4%) обследованных.

Диагноз кровотечения из ВРВП ставился на основании визуализации источника кровотечения или, чаще всего, у 287 (64,2%) пациентов по признакам состоявшегося кровотечения. У 160 (35,8%) пациентов было диагностировано продолжающееся кровотечение, источником которого были: портальная гипертензионная гастропатия, ВРВП и эктопические вариксы желудка.

В клинике общей хирургии разработаны алгоритмы оказания экстренной помощи этим пациентам и принципы консервативного и оперативного лечения. С сожалением следует отметить, что кровотечение, обусловленное ЦП с ПГ, является одним из самых серьезных в прогностическом плане выживаемости пациентов.

Применение эндоскопических методов гемостаза способствует улучшению показателей выживаемости и продолжительности жизни пациентов в ближайшие сроки, однако эти показатели напрямую зависят от функционального класса ЦП. В группе пациентов с ЦП с классом А и В показатели выживаемости выше.

Увеличение уровня выживаемости пациентов зависит от рецидива кровотечения, как причины летального исхода, у 40% пациентов после первого эпизода кровотечения. Из хирургических методов, значительно уменьшающих риск первого кровотечения, применяется портосистемное шунтирование, однако при этом увеличивается частота развития печеночной энцефалопатии и печеночной недостаточности, а выживаемость пациентов все равно уменьшается.

Наличие ВРВП само по себе не является показанием для трансплантации печени, то есть шансов помочь радикально пациентам с данной патологией нет.

Проведенное изучение результатов лечения и летальности пациентов с ЦП, осложненным кровотечением из ВРВП, вызывает тревогу и озабоченность, диктует необходимость поиска и разработки возможных путей снижения летальности и повышения уровня выживаемости уже при установленном диагнозе.

Исследование показало, что летальность высокая и не имеет тенденции к снижению, несмотря на разработанные и применяющиеся комплексные консервативные и оперативные методы лечения. Так, если в 2006 г. поступили 64 пациента с ЦП и ПГ, осложнившимися кровотечением из ВРВП, – умерли 22 пациента, летальность составила 34,4%, то, соответственно, в 2007 г. – 49, умерли 18 (36,7%), в 2008 г. – 45, умерли 12 (26,7%), в 2009 г. – 52, умерли 17 (32,7%), в 2010 г. – 71, умерли 20 (28,2%), в 2011 г. – 89, умерли 23 (25,8%) и в 2012 г. – 77, умерли 26 (33,8%).

Заключение. Отмечается рост количества пациентов с алкогольным ЦП и ПГ. Основной причиной смерти пациентов с ЦП является кровотечение из ВРВП. Выживаемость у пациентов с данной патологией зависит от категорического отказа от употребления алкоголя при установленном диагнозе, уменьшения заболеваемости гепатитом, соблюдения пациентами определенного режима питания и лечения. Прогноз при алкогольном ЦП во многом зависит от того, сможет ли пациент преодолеть алкогольную зависимость, так как причиной заболевания является токсическое воздействие алкоголя, а отказ от его приема на определенной стадии сопровождается прекращением прогрессирования цирроза, что повышает пятилетнюю выживаемость пациентов с ЦП с 30% до 70%. Применение различных видов терапии может уменьшить или полностью предотвратить возникновение подобных осложнений, но они оказывают лишь паллиативный эффект. Таким образом, прогноз при алкогольном циррозе печени гораздо лучше, чем при других формах цирроза, и во многом определяется прекращением или продолжением приема алкоголя.

Литература:

1. Верткин, А.Л. Оптимизация терапии неотложных состояний, ассоциированных с приемом этанола у соматических больных в многопрофильном стационаре / А.Л. Верткин, Е.Ю. Тихоновская // Врач скорой помощи. – 2010. – №3. – С. 32–45.
2. Вовк, Е.И. Особенности диагностики и лечения желудочно-кишечного кровотечения у больных с алкогольным циррозом печени / Е.И. Вовк, А.Л. Верткин, О.В. Зайрагьянц // Терапевт. – 2007. – № 1. – С. 33–36.
3. Моисеев, С.В. Поражения внутренних органов при алкогольной болезни / С.В. Моисеев // Врач. – 2004. – №9. – С. 15–18.
4. Smothers, B.A. Prevalence of current DSM-IV alcohol use disorders in short-stay, general hospital admissions, United States, 1994 / B.A. Smothers, H.T. Yahr, M.D. Sinclair // Arch. Intern. Med. – 2003. – №24; 163 (6). – P. 713–719.
5. Knauer, C. Geriatric alcohol abuse: a national epidemic / C. Knauer // Geriatr. Nurs. – 2003. – №24 (3). – P. 152–154.