

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ЛЕТАЛЬНЫХ ИСХОДОВ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ПЕЧЕНИ В ОТДЕЛЕНИИ ОБЩЕЙ ТЕРАПИИ

Вадим Валерьевич ПЬЯНИКОВ¹, Вадим Адильевич АХМЕДОВ¹, Инесса Анатольевна СЕЗИНА²

¹ГОУ ВПО Омская государственная медицинская академия Росздрава
644099, г. Омск, ул. Ленина, 12

²МУЗ медико-санитарная часть № 9
644018, г. Омск, ул. 5-я Кордная, 73

Были проанализированы летальные исходы при заболеваниях печени у пациентов терапевтического отделения медико-санитарной части № 9 г. Омска с 2001 по 2010 гг. Более половины умерших пациентов имели цирроз печени, главным образом (в 83,8 % случаев) алкогольного или вирусного генеза либо с их сочетанием. Заболевания печени, в том числе и с неблагоприятным течением, занимают важное место в общетерапевтической практике последних лет. С целью повышения качества медицинской помощи при заболеваниях печени для более раннего лечебного вмешательства в ход данных заболеваний на предмет предотвращения неблагоприятных исходов необходимо создание дискриминантных методов оценки состояния пациента, способных более объективно характеризовать состояние пациента на этапе более ранних нарушений, нежели дискриминантная функция Мэддрей.

Ключевые слова: заболевания печени, анализ летальных исходов.

Заболевания печени остаются серьезной социально-экономической и клинко-эпидемиологической проблемой здравоохранения всех стран мира, в том числе и Российской Федерации (РФ) [1–3]. Социально-экономический ущерб, наносимый болезнями печени и гепатобилиарной зоны, исчисляется сотнями миллионов долларов, поскольку данные заболевания приводят к стойкой утрате трудоспособности, а нередко — к инвалидности и смерти больных [4]. По мере развития гепатологии и успехов в лечении и профилактике заболеваний печени меняется и структура летальности.

В то же время практическому врачу необходимо четкое представление о структуре доминирующих нозологических форм, приводящих к смертельному исходу, и особенностях неблагоприятного течения при них.

Цель исследования — провести сравнительный клинко-эпидемиологический анализ летальных исходов у пациентов с заболеваниями печени общетерапевтического отделения многопрофильного стационара.

Материал и методы

Были проанализированы летальные исходы при заболеваниях печени у пациентов терапевтического отделения медико-санитарной части № 9 (МСЧ-9) г. Омска с 2001 по 2010 гг. Оценивались нозологические формы, непосредственно приведшие к летальному исходу: средний возраст пациентов, соотношение пола и возраста, дискриминантная функция Мэддрей (DF) [3], класс цирроза печени по Child-Pugh.

Всем больным для верификации диагноза проводилось серологические исследования маркеров хронических вирусных гепатитов (ХВГ): HCV и HBV, а также HDV при наличии маркеров HBV.

Диагноз ХВГ основывался на наличии маркеров HCV-инфекции и HBV-инфекции, а также изменений, типичных для хронических диффузных заболеваний печени по данным УЗИ.

Диагноз алкогольной болезни печени (АБП) базировался на наличии в анамнезе ежедневного употребления алкоголя в дозе не менее 60 мл алкоголя (100 % спирта), не менее 4 баллов согласно тест-опроснику CAGE, отсутствии хронического вирусного гепатита В и/или С по данным серологического исследования, присутствии не менее 7 признаков хронической алкогольной интоксикации (ХАИ) согласно модифицированному тесту «Сетка LeGo», присутствии не менее 2 дополнительных клинических признаков употребления алкоголя, а также повышения активности аланин- и аспартатаминотрансферазы, гамма-глутамилтранспептидазы, щелочной фосфатазы, типичных изменений по данным УЗИ органов брюшной полости.

Диагноз неалкогольного стеатогепатита (НАСГ) базировался на наличии интеркуррентной патологии в виде артериальной гипертензии, сахарного диабета 2-го типа, ишемической болезни сердца, желчнокаменной болезни, пожилom возрасте больных, отсутствии хронического вирусного гепатита В и/или С по данным серологического исследования, отсутствии регулярного употребления алкоголя в анамнезе, признаков ХАИ по тесту «Сетка

Пьяников В.В. — к.м.н., ассистент кафедры факультетской терапии; e-mail: pyannikov@rambler.ru
Ахмедов В.А. — д.м.н., проф. кафедры факультетской терапии; e-mail: v_akhmedov@mail.ru
Сезина И.А. — врач патологоанатомического отделения

Таблица 1

Структура летальности среди больных заболеваниями печени и гепатобилиарной зоны в 2001–2010 гг.

Нозологическая форма	Абсолютное число	%
Цирроз печени	37	58,7
Острый алкогольный гепатит	15	23,8
Острый вирусный гепатит	1	1,6
Хронический гепатит	2	3,2
Гепатоцеллюлярная карцинома	5	7,9
Другие злокачественные новообразования печени и гепатобилиарной зоны	3	4,8
Итого:	63	100

LeGo», дополнительных признаков употребления алкоголя, определения не более 2 баллов согласно тест-опросника CAGE, повышения активности аланин- и аспаратаминотрансферазы, щелочной фосфатазы, гепатомегалии и других типичных изменений по данным УЗИ органов брюшной полости.

Диагноз цирроза печени (ЦП) устанавливался на основании типичных изменений клиничко-биохимических показателей, наличия грубых гиперэхогенных диффузных изменений по данным УЗИ в паренхиме печени, наличия признаков портальной гипертензии.

Результаты и обсуждение

За период с 2001 по 2010 гг. в терапевтическом отделении МСЧ-9 умерло 239 человек, из них от заболеваний печени и гепатобилиарной зоны – 63 (26,3 %). Детальная структура летальности представлена в таблице 1.

Более половины умерших пациентов имели ЦП. Средний возраст умерших больных с ЦП

Таблица 2

Этиологические факторы, вызвавшие развитие цирроза печени, повлекшего за собой летальный исход, по данным терапевтического отделения МСЧ-9

Этиологический фактор	Абсолютное число	%
Хронический вирусный гепатит (моно- или микст-)	11	29,7
Алкогольная болезнь печени	13	35,1
ХВГ + АБП	7	18,9
Неалкогольный стеатогепатит	6	16,2
Итого:	37	100

составил $52,59 \pm 2,46$ лет (от 24 и до 78 лет), из них мужчин – 20 (54 %), женщин – 17 (46 %), средний возраст мужчин на момент смерти – $50,75 \pm 3,1$ года (от 24 и до 78 лет), женщин – $54,76 \pm 3,97$ года (от 25 и до 72 лет). Этиологические факторы, приведшие к ЦП с летальным исходом, представлены в таблице 2. Большую часть (83,8 %) составили пациенты с ЦП алкогольного или вирусного генеза либо с их сочетанием. Средний возраст больных с ЦП в исходе ХВГ составил $55,09 \pm 3,74$ года, в исходе АБП – $51,38 \pm 3,02$ года, в исходе алкогольно-вирусного сочетания – $40,86 \pm 6,19$, в исходе НАСГ – $70,33 \pm 1,91$ года. Данный возраст несколько ниже упоминаемого в других литературных источниках [5], однако необходимо отметить, что в приведенных литературой данных не учитывается возраст больных ЦП смешанной этиологии, как вирусной, так и вирусно-алкогольной. Также более молодой возраст больных ЦП алкогольной этиологии может быть ассоциирован со значительным превышением количества алкоголя, в среднем потребляемого на одного человека, в сравнении с зарубежными данными. Так, для Германии и Франции этот показатель составляет около 11 литров в год на человека, в Италии – 8 литров, в то время как в России по разным источникам – от 15 до 21 литра [1].

DF при ЦП с летальным исходом в среднем составила $39,11 \pm 1,14$ баллов; DF при ЦП в исходе ХВГ – $35,84 \pm 1,83$, при АБП – $42,18 \pm 2,53$ балла, при ЦП в исходе сочетания ХВГ с АБП – $43,24 \pm 2,0$ балла, при ЦП в исходе НАСГ – $35,58 \pm 2,57$ балла. Данный показатель свидетельствует о более тяжелой печеночно-клеточной недостаточности у больных с ЦП в исходе АБП либо ее сочетания с ХВГ. Действительно, большая часть этих пациентов погибала вследствие прогрессирования печеночной энцефалопатии с дальнейшим развитием печеночной комы, в отличие от больных с ЦП в исходе ХВГ или НАСГ, где чаще основной причиной смерти служило внезапное развитие кровотечения из варикозного расширения вен пищевода.

Средний возраст погибших вследствие острого алкогольного гепатита (ОАГ) составил $41,93 \pm 2,99$ года (от 24 и до 65 лет), среди умерших было 11 мужчин и 4 женщины. Средний возраст больных ОАГ женского пола – $48 \pm 2,99$ (от 38 и до 52 лет), мужского – $39,73 \pm 3,74$ года. Все больные с ОАГ погибали от прогрессирования печеночно-клеточной недостаточности с последующей комой и остановкой дыхательного центра головного мозга при явлениях острой дыхательной недостаточности. Быстрое и выраженное нарастание печеночно-клеточной недостаточности подтверждалось достаточно высокими показателями DF (общая DF – $41,26 \pm 1,65$,

DF у мужчин — $41,74 \pm 1,81$, DF у женщин — $39,95 \pm 4,13$ баллов).

Средний возраст больных гепатоклеточной карциномой (ГЦК), умерших в период с 2001 по 2010 гг., составил $65,4 \pm 6,23$ года (от 49 и до 87 лет). Среди данной категории пациентов было 4 женщины (80 %) и 1 мужчина (20 %) в возрасте 59 лет. В двух случаях имело место сочетание ГЦК с ЦП классов А и В по Child-Pugh. У 2 пациентов с ГЦК (40 %) отмечались серологические маркеры хронической HCV-инфекции, у 1 (20 %) пациента были выявлены серологические маркеры хронической HBV-инфекции и у 1 пациента ГЦК развилась на фоне ЦП алкогольной этиологии. Таким образом, у большинства пациентов была отмечена связь с основными этиологическими факторами, ассоциированными с ГЦК. Необходимо отметить, что если сравнить средний возраст больных ЦП и ГЦК, то еще раз подтверждаются данные многочисленных литературных источников, предполагающих развитие ГЦК на 5–10 лет позже развития ЦП, что в определенной мере может отражать причинно-следственную связь между ГЦК и ЦП.

Среди больных, умерших вследствие заболеваний печени и гепатобилиарной зоны в исследуемый нами промежуток времени, также отмечалось 3 пациентки со злокачественными новообразованиями, не имеющими отношения к ГЦК, без явного алкогольного или иного анамнеза, средний возраст которых составил — $79,3 \pm 1,2$. У 2 женщин была выявлена холангиоцеллюлярная карцинома и у одной — анапластическая карцинома с единичным массивным очагом в печени. Изучая этот раздел летальности при хронических заболеваниях печени, на наш взгляд, уместно упомянуть о высокой распространенности хронического описторхоза в Обь-Иртышском бассейне и о его принципиальной роли в развитии подобного рода новообразований [6].

Также заслуживают упоминания два случая хронической HCV-инфекции у пациентов мужского пола, приведшие к развитию хронического гепатита и летальной печеночно-клеточной недостаточности еще до формирования ЦП. В одном случае подобное сочетание было, в определенном смысле, закономерно, поскольку у 41-летнего пациента имелось сочетание хронической HCV-инфекции с хронической HBV- и HDV-инфекцией на фоне парентерального употребления психотропных препаратов. Другой случай у больного 65 лет был менее типичным — хронический вирусный гепатит С сочетался с выраженным стеатозом на фоне ишемической болезни сердца, артериальной гипертензии и выраженными дисциркуляторными расстройствами, которые, вероятно, длительно усугубляли печеночно-клеточную недостаточность вследствие системной гипоксии.

Заключение

1. Заболевания печени, в том числе и с неблагоприятным течением, занимают важное место в общетерапевтической практике последних лет.

2. Подавляющее большинство летальных исходов при поступлении в стационар представляют собой сформированные как данность события, независимо от того поступает ли пациент в порядке неотложной помощи, либо внешне компенсированным и в плановом порядке.

3. С целью повышения качества медицинской помощи при заболеваниях печени для более раннего лечебного вмешательства для предотвращения неблагоприятных исходов необходимо создание дискриминантных методов оценки состояния пациента, способных более объективно характеризовать состояние пациента на этапе более ранних нарушений, нежели дискриминантная функция Мэддрей.

Список литературы

1. Хазанов А.И. Алкогольный и неалкогольный стеатогепатит: основные характеристики и принципы лечения // Рос. мед. вестник. 2004. (3). 4–12.

Khazanov A.I. Alcoholic and non-alcoholic steatohepatitis: basic features and therapy principles // Rossiyskiye Meditsinskiye Vestnik. 2004.3.4–12

2. Хазанов А.И. Важная проблема современности — алкогольная болезнь печени // Рос. журн. гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. 2003. (2). 13–23.

Khazanov A.I. Alcoholic liver disease — current emergent problem // Russkiy zhurnal gastroenterologii, hepatologii, coloproctologii. 2003.2.13–23

3. Шерлок Ш., Дули Д. Заболевания печени и желчных путей: практ. руководство. М.: ГЭОТАР Медицина, 1999. 864 с.

Sherlock Sh., Dooley G. Liver and billiary disease: guidelines. M, GEOTAR Meditsina 1999. 864 p.

4. Буверов А.О., Маевская М.В. Некоторые патогенетические и клинические вопросы неалкогольного стеатогепатита // Клини. перспективы гастроэнтерологии, гепатологии. 2003. (3). 2–7.

Bueverov A.O., Maevskaya M.V. Some pathogenetic and clinical problems of non-alcoholic steatohepatitis // Klin. perspektivy gastroenterologii, gepatologii. 2003. (3). 2–7.

5. Bataller R., Brenner D.A. Liver fibrosis // J. Clin. Invest. 2005. 115. (2). 209–218.

6. Ахмедов В.А., Кривеич М.А. Хронический описторхоз как полиорганная патология // Вестник НГУ. Сер. Биология, клиническая медицина. 2009. 7. (1). 118–121.

Akhmedov V.A., Kritevich M.A. Chronic opisthorhosis as systemic pathology // Vestnik NGU. Biology and clinical medicine. 2009.7.118–121.

THE COMPARATIVE ANALYSIS OF LETHAL CASES AT LIVER DISEASES IN THERAPY DEPARTMENT

Vadim Valer'evich PYANNIKOV¹, Vadim Adil'evich AKHMEDOV¹, Inessa Anatol'evna SEZINA²

¹*Omsk State Medical Academy*

644099, Omsk, Lenin str., 12

²*Medical Sanitary Unit № 9*

644018, Omsk, 5-th Kordnaya str., 73

The lethal cases at liver diseases in the therapy department of the Omsk hospital № 9 since 2001 till 2010 have been analyzed. In more than a half of lethal cases the diagnosis was a liver cirrhosis, which mainly (about 83,3 %) had the alcoholic and viral origin or their combination. The liver diseases which include unfavorable outcomes play a very important role in general-therapeutic practice in recent years. To increase the medical assistant quality at liver diseases it's necessary to make new discriminant methods of evaluation of patients' condition, that can describe the patients' condition more objective at the earliest stages of disorder than Madray discriminant function.

Key words: liver diseases, analysis of lethal outcomes.

P'yannikov V.V. – candidate of medical sciences, assistant of the chair of departmental therapy;

e-mail: pyannikov@rambler.ru

Akhmedov V.A. – doctor of medical sciences, professor of the chair of departmental therapy;

e-mail: v_akhmedov@mail.ru

Sezina I.A. – physician of the pathologoanatomic department