

ВЛИЯНИЕ ДИФУЗНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПЕЧЕНИ НА ТЕЧЕНИЕ И ПРОГНОЗ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХИ

Хамроев Х.Н., Уроков Ш.Т.

Бухарский государственный медицинский институт.

✓ **Резюме,**

В статье рассмотрены варианты течения механической желтухи, протекающей как с сопутствующими диффузными заболеваниями печени, так и изолировано. Проанализированы клинические и лабораторные данные и дана оценка выявленным сдвигам. Было выявлено, что наличие сопутствующего диффузного поражения печени является прогностическим неблагоприятным фактором, увеличивающим частоту таких осложнений, как геморрагический синдром, холангит, печеночная недостаточность и приводящим к более высокой летальности.

Ключевые слова: механическая желтуха, хронические диффузные заболевания печени.

JIGAR DIFFUZ KASALLIKLARINING MEXANIK SARIQLIK KECHISHI VA OQIBATIGA TA'SIRI

Hamroyev X.N., O'roqov SH.T.

Buxoro davlat tibbiyot instituti.

✓ **Resume,**

Maqolada mexanik sariqlik bilan birga kechadigan jigarning diffuz kasalliklari va jigarning patalogiyasiz kechishi variantlari ajratilgan. Klinik va laboratoriya ma'lumotlari tahlil qilinib, aniqlangan o'zgarishlarga baho beriladi.

Kalit so'zlar: mexanik sariqlik, jigarning surunkali diffuziya kasalliklari.

INFLUENCE OF DIFFUSION DISEASES OF THE LIVER ON THE CURRENT AND FORECAST OF OBSTRUCTIVE JAUNDICE

Hamroyev X.N., O'roqov Sh.T.

Bukhara State Medical Institute.

✓ **Resume,**

In article options of a course of the obstructive jaundice proceeding as with the accompanying diffusion diseases of a liver are considered and it is isolated. Are analyzed clinical and datas of laboratory and an assessment is given to the revealed shifts. It was revealed, that existence of the accompanying diffusion damage of a liver is the predictive adverse factor, increasing the frequency of such complications, as a hemorrhagic syndrome, a cholangitis, a liver failure and bringing to higher lethality.

Keywords: obstructive jaundice, chronic diffusion diseases of a liver.

Актуальность

Сложность лечения больных механической желтухой (МЖ) злокачественного генеза обусловлена ростом заболеваемости опухолями гепато-панкреато-дуоденальной зоны [1,2] и поздней обращаемостью больных за помощью с уже распространенным опухолевым процессом к моменту поступления в стационар. Развитие у больных со злокачественными новообразованиями обтурационной желтухи значительно отягощает течение основного заболевания и требует неотложных мер, направленных на декомпрессию желчевыводящей системы [3]. При оценке факторов, влияющих на исход заболевания, помимо синдрома МЖ, важная роль отводится и сопутствующей патологии. Так среди сопутствующих заболеваний, которые могут повлиять на течение и исход при операциях на желчных путях, особое место занимают диффузные заболевания печени. В последние годы отмечается повсеместный рост заболеваемости вирусными гепатитами (ВГ), которые относятся к числу наиболее частых причин, вызывающих диффузное поражение печени и нередко сочетаются с МЖ. В настоящее время ВГ В является одной из наиболее распространенных

вирусных инфекций человека [4]. Не менее тревожна ситуация и с ВГ С [5]. В случаях сочетания ВГ с МЖ тяжесть состояния больных обусловлена наличием двух тяжелых конкурирующих заболеваний, протекающих с явлениями тяжелой эндогенной интоксикации и взаимоотягощающим прогрессивным ухудшением функционального состояния печени и гомеостаза в целом.

Цель исследования: повысить эффективность хирургического лечения при механическом шоке, вызванном хроническими диффузными заболеваниями печени.

Материал и методы

В основу работы положен анализ течения МЖ у 74 больных. Основную группу составили 40 больных с МЖ на фоне ВГ. В контрольную группу вошли 34 больных без сопутствующего ВГ. Для оценки прогноза заболевания анализировались клинические данные (сроки желтухи, наличие и характер сопутствующих заболеваний, возраст), данные лабораторных и инструментальных методов исследования, а также результаты лечения. Статистическая обработка материала

проводилась с использованием программного продукта "Statistica5.5". Критический уровень значимости при проверке статистических гипотез $p < 0,05$.

Результат и обсуждение

Больные исследуемых групп были сопоставимы по полу и возрасту. Так в основной группе мужчин было 21 (52,5%), женщин - 19 (47,5%), ($p > 0,05$). Средний

возраст больных основной группы составил (60,1±10,5) лет, а в контрольной - (60,8±10,7) ($p > 0,05$). Основное количество больных с МЖ в обеих группах относилось к возрастным промежуткам 45-59 и 60-74 лет или по классификации ВОЗ к лицам среднего и пожилого возраста.

При изучении эпидемиологии ВГ у больных МЖ установлено, что подавляющее большинство больных основной группы страдали ВГ В (67,5%)(табл. 1).

Таблица 1

Тип вирусного гепатита у больных основной группы

Тип вирусного гепатита	Основная группа (n=40)	Основная группа (n=40)
	Абс.	%
А	2	5
В	27	67,5
С	5	12,5
Неверифицированный вирусный гепатит	6	15

При этом в 30 (75%) наблюдениях больные поступали с уже установленным ранее диагнозом. В 10 (25%) наблюдениях гепатит был выявлен впервые.

В ходе исследования, для удобства анализа полученных результатов мы использовали предложенную Э.И. Гальпериным и соавт. [6] классификацию уровней билиарной обструкции. Наблюдалось преобладание частоты случаев низкой локализации опухолевых стриктур в обеих группах (74,5% в основной и 80,3% - в контрольной, при $p > 0,05$).

Сроки МЖ у больных основной группы статистически значимо превышали сроки МЖ в контрольной и составляли: в основной группе медиана соответствовала 7-м суткам (25-й процентиль равнялся 3-м суткам; 75-й процентиль 14-м суткам), в контрольной - она была меньше и составляла 5 суток (25-й процентиль равнялся 3-м суткам; 75-й процентиль 7 суткам) ($p < 0,05$). К моменту операции сроки МЖ среди больных основной группы составляли: медиана 18 сут. (25-й процентиль 12,5 сутки; 75-й процентиль 28,5 сутки). В контрольной группе медиана составила 12 сутки (25-й квартиль 10 сутки; 75-й квартиль 16 сутки) ($p < 0,05$). Более поздние сроки оперативного лечения в основной группе были связаны с трудностями дифференциальной диагностики желтухи у больных с сочетанной патологией (МЖ и ВГ).

При изучении особенностей преджелтушного периода отмечено более раннее появление жалоб у больных МЖ на фоне ВГ в сравнении с больными контрольной группы. Так, срок от появления первых жалоб до проявления симптомов холестаза (иктеричность кожи и слизистых, потемнение мочи, осветление каловых масс) в основной группе составил: медиана равнялась 8 суткам (25-й процентиль равнялся 3-м суткам; 75-й процентиль - 14 суткам); в контрольной - медиана равнялась 3-м суткам (25-й процентиль равнялся 3-м суткам; 75-й процентиль - 14 сутки.) ($p < 0,05$). При этом наиболее ранними проявлениями заболевания у больных основной группы были признаки астеновегетативного синдрома (28 наблюдений у больных основной группы и 15 случаев среди больных контрольной, при $p < 0,05$).

Жалобы на боли и дискомфорт в эпигастрии и правом подреберье наблюдались в 50% больных основной группы (20 наблюдений) и 38,2% контрольной

(13 случаев) ($p < 0,05$). Эпизоды гипертермии в догоспитальном периоде отмечались среди больных основной группы в 27 случаях и в 22 наблюдениях в контрольной (при $p > 0,05$). На момент поступления средняя температура тела у больных основной группы составляла $37,2 \pm 0,690^\circ\text{C}$, в контрольной - $36,8 \pm 0,550^\circ\text{C}$ ($p < 0,05$). Озноб более часто наблюдался среди больных основной группы. Так, ознобы в догоспитальном периоде отмечали 14 (35% больных) основной группы и лишь 6 (17,6%) контрольной, при статистической значимости полученных показателей ($p < 0,05$). Различия клинических данных обусловлены более тяжелыми явлениями холангита, которые более часто сопутствовали МЖ на фоне ВГ. Что подтверждается и данными лабораторных методов исследования. Так при поступлении в стационар у больных основной группы отмечены статистически значимые различия в показателях количества лейкоцитов крови ($9,9 \pm 4,2 \cdot 10^9/\text{л}$ в основной группе и $8,0 \pm 2,6 \cdot 10^9/\text{л}$ в контрольной, при $p < 0,05$) и относительного количества палочкоядерных форм нейтрофилов ($12,9 \pm 7,8\%$ в основной группе и $10,1 \pm 4,2\%$ в контрольной, при $p < 0,05$), что указывает на большую выраженность системной воспалительной реакции у больных основной группы.

При исследовании лабораторных показателей к моменту поступления выявлены следующие особенности: при отсутствии значимых различий в уровне билирубина крови среди больных основной и контрольной группа (в основной - $189,9 \pm 121$ и $196,5 \pm 143,8$ мкмоль/л - в контрольной, при $p > 0,05$), отмечается более низкое значение протромбинового индекса в основной группе ($70,5 \pm 14,5\%$), в сравнении с больными контрольной группы ($80,3 \pm 14,9\%$, при $p < 0,05$). Данные изменения обусловлены большей выраженностью недостаточности синтетической функции печени у больных с МЖ на фоне ВГ. Уровни тимоловой пробы оказались более высокими у больных основной группы ($5,3 \pm 4,0$ МЕ) в сравнении с показателями у больных контрольной ($2,7 \pm 2,3$ МЕ при $p < 0,05$), что указывает на активацию мезенхимально-воспалительного синдрома у больных с МЖ на фоне сопутствующего ВГ.

Желчеотводящие оперативные вмешательства были выполнены у 35 (87,5%) больных основной группы и в 30 (88,2%) случаях в контрольной ($p > 0,05$).

Характер и объем оперативных вмешательств, выполненных больными.

Малоинвазивные вмешательства (чрескожная чреспеченочная холангиография с дренированием желчных путей, и эндоскопическая папиллосфинктеротомия) были выполнены в основной группе в 32 (80%) случаях; в контрольной - в 19 (55,8%) (табл. 2). Оперативные вмешательства, направленные на ликвидацию желчестаза с использованием традиционного доступа, были выполнены в 8 (20%) случаях среди больных основной группы и в 23 (67,6%) - в контрольной. Необходимо отметить, что при выборе способа декомпрессии желчевыводящих путей у больных основной группы предпочтение отдавалось малоинвазивным вмешательствам, вследствие тяжести состояния данной категории больных.

Наиболее частым осложнением послеоперационного периода являлась печеночная недостаточность (ПН). Степень тяжести ПН оценивалась в соответствии с классификацией В.Д. Федорова и соавт. [7,8]. Так в основной группе доля больных с тяжелой степенью ПН (22,4%) значимо превосходила долю больных с тяжелой степенью ПН контрольной (10,8%) ($p < 0,05$). Данные наблюдения обусловлены уже имеющимися к моменту развития МЖ функциональными и морфологическими изменениями печени. При этом с наступлением прекращения пассажа желчи закономерно наступало усугубление недостаточности функций печени. К другим частым осложнениям послеоперационного периода у больных МЖ злокачественного генеза на фоне ВГ относились холангит и проявления геморрагического синдрома. Так, холангит наблюдался значимо чаще среди больных основной группы - в 13 (32,5%) наблюдениях и в 7 (20,5%) случаях в контрольной ($p < 0,05$). У больных основной группы несколько чаще наблюдались клинические проявления геморрагического синдрома. Так у 20% больных основной группы и у 13,4% в контрольной (при $p > 0,05$), отмечались в послеоперационном периоде появления петехиальных высыпаний на коже и слизистых оболочках, спонтанные гематомы. При этом эпизоды желудочно-кишечного кровотечения, возникшие на фоне острых эрозий и язв, достоверно чаще осложняли течение заболевания в основной группе: в 10 и 2 наблюдениях соответственно (при $p < 0,05$). Наблюдаемые клинические проявления геморрагического синдрома у больных основной группы объясняются тяжестью двух взаимоотягощающих состояний: ВГ и МЖ, для каждого из которых характерны тяжелые нарушения в системе гемостаза. Послеоперационная летальность в основной группе составила 20% (8 умерших), в контрольной - 5,8% (2 умерших) (при $p < 0,05$).

При изучении особенностей преджелудочного периода отмечено более раннее появление жалоб у больных МЖ на фоне ВГ в сравнении с больными контрольной группы. Это свидетельствовало о более ранних нарушениях гомеостаза у больных с МЖ на фоне ВГ, который нередко активировался еще в тот период, когда полного прекращения пассажа желчи в двенадцатиперстную кишку еще не наступило. При поступлении у больных основной группы достоверно чаще наблюдалась клиническая картина холангита, с такими характерными проявлениями, как боли в эпигастрии и правом подреберье в сочетании с ознобами, более высокими показателями температуры тела и лейкоцитозом. Более тяжелые проявления холанги-

та у больных основной группы обусловлены уже имеющейся к моменту развития МЖ патологией желчевыводящих путей, которая возникает вследствие тесной анатомофизиологической связи между паренхимой печени и билиарной системой и приводит к закономерному поражению последней при ВГ [10].

Послеоперационному периоду больных МЖ злокачественного генеза на фоне ВГ более часто сопутствовали такие грозные осложнения, как тяжелая степень печеночной недостаточности, геморрагический синдром, тяжелые формы холангита. Что объясняется взаимоотягощением двух конкурирующих заболеваний у данной категории больных [11].

Вывод

Таким образом, течение МЖ злокачественного генеза на фоне сопутствующего диффузных заболеваний печени имеет клинические особенности и характеризуется более частыми осложнениями, такими как: геморрагический синдром, печеночная недостаточность, холангит. Наличие сопутствующих диффузных заболеваний печени у больных МЖ является прогностическим неблагоприятным фактором, способствующим более частому развитию осложнений и высокой летальности.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Болезни печени. Руководство для врачей / Под ред. С.Д. Подимовой. - М.: Медицина, 2012; 704.
2. Виноградов В.В., Зима П.И., Кочиашвили В.А. Непроходимость желчных путей. - М.: Медицина, 2013; 311.
3. Гальперин Э.И., Кузовлев Н.Ф., Карагулян С.Р. Рубцовые стриктуры желчных протоков. - М.: Медицина, 2017; 239.
4. Гельман В.Я. Statistica для аспирантов. - СПб.: Изд-во СПбМАПО, 2017; 159.
5. Ермолов А.С., Юрченко С.В., Дасаев Н.А. Декомпрессия желчевыводящих путей для подготовки больных с обтурационной желтухой и холангитом к радикальной операции // Хирургия. 2001; 9: 24-31.
6. Федоров В.Д., Вишневский В.А., Кубышкин В.А. и др. Хирургическое лечение рака общего печеночного протока // Кремлевская медицина. Клинический вестник. 2010; 2: 45-52.
7. Земляной В.П., Непомнящая С.Л., Рыбкин А.К. Билиарная декомпрессия при механической желтухе опухолевого генеза // Практическая онкология. 2014; 2: 85-92.
8. Павловский А.В., Козлов А.В., Поликарпов А.А. Нарушение проходимости желчевыводящих путей // Практическая онкология. 2010; 2: 84-88.
9. Burgart L.J. Cholangitis in viral disease // Mayo Clin Proc. 1998; 73(5): 479-482.
10. Schwartz S.I. Biliary tract surgery and cirrhosis: a critical combination // Surgery. 2012; 90: 577-583.
11. Wong V.S., Wight D.G., Palmer C.R., Alexander G.J. Fibrosis and other histological features in chronic hepatitis C virus infection: a statistical model // J. of clin. path. 2011; 49(6): 465-469.
1. Bolezni pecheni. Rukovodstvo dlya vrachei / Pod red. S.D. Podimovoy. - M.: Meditsina, 2012; 704.
2. Vinogradov V.V., Zima P.I., Kochiashvili V.A. Neproxodimost jelnix putei. - M.: Meditsina, 2013; 311.
3. Galperin E.I., Kuzovlev N.F., Karagyulyan S.R. Rubsovie strikturi jelnix protokov. - M.: Meditsina, 2017; 239.
4. Gelman V.YA. Statistica dlya aspirantov. - SPb.: Izd-vo SPbMAPO, 2017; 159.
5. Ermolov A.S., Yurchenko S.V., Dasaev N.A. Dekompressiya jelncheyvodyashix putei dlya podgotovki bolnix s obturatsionnoy jeltuxoy i xolangitom k radikalnoy operatsii // Xirurgiya. 2001; 9: 24-31.
6. Fedorov V.D., Vishnevskiy V.A., Kubishkin V.A. i dr. Xirurgicheskoe lechenie raka obshego pechenochnogo protoka //

- Kremlevskaya meditsina. Klinicheskiy vestnik. 2010; 2: 45-52.
7. Zemlyanoy V.P., Nepomnyashaya S.L., Rybkin A.K. Biliarnaya dekompressiya pri mekhanicheskoy jeltuxe opuxolevogo geneza // Prakticheskaya onkologiya. 2014; 2: 85-92.
8. Pavlovskiy A.V., Kozlov A.V., Polikarpov A.A. Narushenie proximosti jelchevivodyashix putey // Prakticheskaya onkologiya. 2010; 2: 84-88.

9. Burgart L.J. Cholangitis in viral disease // Mayo Clin Proc. 1998; 73(5): 479-482.
10. Schwartz S.I. Biliary tract surgery and cirrhosis: a critical combination // Surgery. 2012; 90: 577-583.
11. Wong V.S., Wight D.G., Palmer C.R., Alexander G.J. Fibrosis and other histological features in chronic hepatitis C virus infection: a statistical model // J. of clin. path. 2011; 49(6): 465-469.

Поступила 09.06. 2019

UDC: 618.009.003.

CURRENT FEATURES OF CHRONIC PYELONEPHRITIS IN WOMEN OF FETURAL AGE

Khatamova M.T., Solieva N.K.

Bukhara State Medical Institute.

✓ Resume,

Pyelonephritis takes the second place in frequency after acute respiratory diseases, the first place in the structure of kidney pathology and is more often registered in women of working age. The frequency of pyelonephritis during pregnancy ranges from 12.2 to 33.8% and has a tendency to progressive growth. Among adolescents, the frequency of pyelonephritis reaches 37%. In 70.4% of women with pyelonephritis, various complications are observed during pregnancy, and in 75.2% of women during childbirth.

Keywords: chronic pyelonephritis in women of fetal age, women during childbirth.

ТУҒРУҚ ЁШИДАГИ АЁЛЛАРДА ХРОНИК ПИЕЛОНЕФРИТНИНГ АКТУАЛ МУАММОЛАРИ

Хатамова М.Т., Солиева Н.К.

Бухоро давлат тиббиёт институти.

✓ Резюме,

Пиелонефрит ўткир респиратор касалликлардан кейин частотада иккинчи ўринни эгаллайди, буйрак патологиялари таркибиди биринчи ўрин бўлиб, меҳнатга лаёқатли аёлларда кўп қайд этилади. Ҳомиладорлик даврида пиелонефритнинг учраш эҳтимоли 12,2% дан 33,8% гача ва прогрессив ўсиш тенденциясига эга. Ўсмирлар орасида пиелонефритнинг учраш эҳтимолилик даражаси 37% га етади. Пиелонефрит билан оғриган аёлларнинг 70,4 фоизиди ҳомиладорлик пайтида турли туғруқ муаммолари, 75,2 фоиз аёлларда эса туғилиш жараёнида муаммолар кузатилади.

Калит сўзлар: аёлларда хроник пиелонефритнинг актуал муаммолари, туғилиш жараёнида муаммолар.

АКТУАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ХРОНИЧЕСКОГО ПИЕЛОНЕФРИТА У ЖЕНЩИН ДЕТОРОДНОГО ВОЗРАСТА

Хатамова М.Т., Солиева Н.К.

Бухарский государственный медицинский институт.

✓ Резюме,

Пиелонефрит занимает второе место по частоте после острых респираторных заболеваний, первое место - в структуре патологии почек и чаще регистрируется у женщин трудоспособного возраста. Частота пиелонефрита при беременности колеблется от 12,2 до 33,8% и имеет тенденцию к прогрессирующему росту. Среди подросток-ков частота пиелонефрита достигает 37%. У 70,4% женщин страдающих пиелонефритом наблюдаются различные осложнения во время беременности, а у 75,2% - во время родов.

Ключевые слова: особенности хронического пиелонефрита у женщин детородного возраста, различные осложнения во время беременности.

Relevance

Pyelonephritis ranks second in frequency after acute respiratory diseases, first place in the structure of the pathology of the kidneys and is more often recorded in women of working age. The frequency of pyelonephritis during pregnancy ranges from 12.2 to 33.8% and has a tendency to progressive growth. Among undergrowth, the frequency of pyelonephritis reaches 37%. In 70.4% of women suffering from pyelonephritis, various complications are observed during pregnancy, and in 75.2% during childbirth.

Pyelonephritis (PN) is one of the most common kidney diseases in pregnant women. PN is an inflammatory

process in the kidney with a predominant lesion of the interstitial tissue, due to a specific bacterial infection, involving the pelvis and calyx in the process. The inflammatory process can be observed during pregnancy, childbirth and in the postpartum period.

Two main factors contribute to the onset and development of PN in pregnant women and puerperas: an infectious focus in the body and a violation of the urodynamics of the upper urinary tract (MVP). Clinical diagnosis of PN in pregnant women requires the use of methods to determine the function of the urinary system, the presence and concentration of microorganisms in the urine, their pathogenicity and sensitivity to antibacterial

