

УДК 616.36-004

ПОКАЗАТЕЛИ СМЕРТНОСТИ ОТ ЦИРРОЗА ПЕЧЕНИ В ПАВЛОДАРСКОЙ ОБЛАСТИ

А.М. Антикеев

Павлодарский филиал Государственного медицинского университета г. Семей

Цирроз печени (ЦП) является терминальной стадией многих хронических диффузных заболеваний печени и развивается в результате повреждения гепатоцитов различными факторами: гепатотропные вирусы, токсические продукты, лекарственные препараты. Острое токсическое повреждение печеночной ткани также может привести к массовой клеточной гибели, при котором может быть запущен механизм синтеза коллагеновой ткани [1]. Жировая дистрофия печени занимает немаловажную роль, как отдельное заболевание, так и предстатия цирроза печени [2]. Опасность ситуации с гепатозом связана с необратимостью клеточных процессов. По данным ВОЗ, в нетропических странах 80% всех ЦП связано с потреблением алкоголя [3].

Цирроз печени можно отнести к социальным заболеваниям, которые отражают уровень развития обще-

ства, к примеру, распространенность вируса гепатита, приема алкогольных напитков, приема медицинских препаратов, общий экологический фон.

В научной литературе последних лет не удалось выявить показатели смертности от ЦП в республике Казахстан. Уменьшилось количество публикаций по ЦП, что видимо, связано с малой эффективностью предлагаемых методов лечения.

Целью исследования явилось изучение смертности от цирроза печени в Павлодарской области по данным областного департамента статистики [4].

Методы и результаты: Проведена обработка данных за 2005-2009 гг. и 9 месяцев 2010 года. В группы исследования включены люди, умершие от цирроза и фиброза печени различных этиологий. Результаты сопоставлены с общей смертностью (Таблица №1):

Таблица №1.

№	Диагноз	Год					
		2005	2006	2007	2008	2009	9 мес 2010
1.	Фиброз и цирроз печени	18	46	60	42	9	-
2.	Фиброз печени	-	-	-	1	-	-
3.	Фиброз в сочетании со склерозом	-	-	1	-	-	-
4.	Первичный билиарный цирроз печени	1	-	1	2	-	3
5.	Вторичный билиарный цирроз печени	1	2	-	-	1	1
6.	Билиарный цирроз неуточненный	11	7	9	10	8	5
7.	Другой и неуточненный цирроз печени	181	146	165	179	204	188
	Итого	212	201	236	234	222	197(263)

Средний показатель смертности от ЦП составил 30,8 на 100 тыс населения (228 человек в год). В области насчитывается более 1000 больных с ЦП.

Показатели летальности от цирроза печени в структуре общего количества умерших людей за год по Павлодарской области составили (Таблица №2):

Таблица №2.

№	Показатели	Год					
		2005	2006	2007	2008	2009	9 мес 2010
1.	Общее количество умерших	8896	8966	8924	8456	7999	6912
2.	Умерших от цирроза печени	212	201	236	234	222	197(263)
3.	Процентное отношение	3,38%	2,24%	2,64%	2,76%	2,77%	2,85%

В среднем смертность от цирроза печени составила 2,77% от всех причин смертности. Американский ежегодный показатель умерших, по причине ЦП, составляет 1,2%.

По данным наших исследований смертность от цирроза печени в процентном отношении не велика, но заболевают люди трудоспособного возраста, в 72% это больные в возрасте от 31 до 60 лет. Отмечается тенденция к росту за последние 4 года.

Обсуждение: В случае если данные по Павлодарской области обладают репрезентативностью, то в Казахстане с численностью в 16 396 тыс. ежегодно умирает более 5 тыс. человек. Численность населения Павлодарской области составляет 740 тысяч.

Ежегодно умирает от 14 до 20% больных от общего числа страдающих ЦП [5,6], т.е. в республике в настоящее время насчитывается около 25 тыс. больных циррозом печени. В ситуации с заболеваниями, плохо поддающимися терапии, на первый план выходит профилактика. В Казахстане начата программа по бесплатному лечению вирусного гепатита. Ситуация требует проведения конкретной социальной работы по снижению потребления алкоголя, курения, формированию здорового образа жизни и уважительного отношения к своему здоровью. Необходимо открытие медицинских структур

(отделений и центров), углубленно занимающихся профилактикой, изучением и лечением больных с циррозом печени, а также их медико-социальной реабилитацией. Эпидемиологическая картина ЦП в Казахстане требует дальнейшего исследования.

Выводы: Ежегодно в Павлодарской области умирает в среднем 228 человек, что составляет 2,77% от общего количества умерших от всех заболеваний. Средний показатель смертности 30,8 на 100 тыс. населения. Нарастающие показатели смертности людей от цирроза печени в последнее время являются достоверными фактами актуальности проблемы и требуют незамедлительных медико-социальных решений.

Литература:

1. Tae-Hyung Kim, Byung-Ho Kim, Youn-Wha Kim, Dal Mo Yang, Yo-seb han, Seok Ho Dong, Hyo Jong Kim, Yong-Woon Chang, Joung Il Lee, Rin Chang. Liver cirrhosis developed after ketoconazole-induced acute hepatic injury. / Journal of Gastroenterology and Hepatology. - 2003. - Vol.18. - no.12. - P.1426-1429.
2. Paul Angulo, Keith D. Lindor. Non alcoholic fatty liver disease. / Journal of Gastroenterology and Hepatology. - 2002. - Vol.17. - no.S1. - P. 186-190.

3. Алексеева О.П., Курышева М.А. Алкогольная болезнь печени. / Актуальные вопросы гастроэнтерологии – 2007. – спец. выпуск журнала - С.37-43.

4. Справка по запросу № 501 от 04.11.10 Павлодарского областного департамента статистики.

5. G. Artee, C.J. McClain, F. Bentley. Advances in alcoholic liver disease. / Best Practice & Research Clinical Gastroenterology. - 2003. - Vol.17. - no 4. - С.625-647.

6. Антикеев А.М. Этиология, основные проявления и тактика при циррозе печени. / Наука и здравоохранение. – 2008. - № 1. – С.84-85.

Between 2006 and 2010 the analysis of mortality from was done in Pavlodar region. Mortality rate was 30.8 per 100 thousand people of population. In average 228 people die every year because of liver cirrhosis, that consists about 2,77% from all causes of death. There is a tendency of increasing mortality rate.

Павлодар обласы бойынша бауыр циррозынан 2005 – 2010 жылдар арасындағы өлім көрсеткішіне анализ жүргізілді. Өлім көрсеткіші 100 мың адамға шаққанда 30,8 адам болды. Жыл сайын облыс бойынша орташа 228 адам қайтыс болады. Бұл көрсеткіш барлық өлімдердің 2,77% құрайды, және оның жоғарлауы байқалады.

УДК 616.36-053.2

К ЛЕЧЕНИЮ ЭХИНОКОККОВЫХ КИСТ ПЕЧЕНИ У ДЕТЕЙ

М.Т. Аубакиров

Государственный медицинский университет г. Семей

Общепринятым является мнение о том, что большинство носителей эхинококка заражаются в детстве и медленный рост кисты позволяет обнаружить её спустя много лет (2,3). В детском организме эхинококковый паразит проявляет четко выраженный экспансивный рост (3) и волнообразное течение. Всё это свидетельствует о важности ранней диагностики и своевременного хирургического лечения. Однако, до настоящего времени нет более и менее четких критериев тяжести эхинококковой болезни, ранней диагностики заболевания с учетом анатомо-физиологических особенностей растущего организма и требуется дальнейшее совершенствование методов хирургического лечения, также спорными остаются методы закрытия остаточной эхинококковой кисты.

Цель исследования: разработать наиболее физиологически способ закрытия остаточной полости при эхинококковых кистах печени.

Материал и методы исследования.

С 1991 по 2010 годы в клинике детской хирургии Государственного медицинского университета г. Семей пролечились 44 детей с эхинококкозом печени. Все обследованные пациенты разделены на две группы: основную 17 (45,4%), и контрольную – 24 (55,6%). Мальчиков было 18 (40,9%), девочек – 26 (59,1%). При анализе эндомиочности отдельных районов выявлено, что часто дети поступали в детское хирургическое отделение из юго-восточных регионов области.

По локализации эхинококковых кист распределение больных выглядело следующим образом: изолированное поражение печени у 26 детей, причем пациенты от 3-х до 7-и лет было лишь 3, а в 23 случаях в возрасте от 8 до 14 лет. Множественные поражение печени обнаружены у 14 больных. Сочетанное поражение печени, почек и легких зарегистрировано у 4 - пациентов.

При анализе клинических проявлений удалось установить, что в начале заболевания отсутствовали какие либо признаки присутствия паразита. Однако, в следующем у детей наблюдались беспричинная температура, похудание, недомогание и слабость. Дети обращались в амбулаторное учреждение по поводу острой респираторной вирусной инфекции, болей в животе, аллергии и дерматитов. Сочетание болей в животе и образование в брюшной полости с увеличением печени отмечено в 16 наблюдениях.

Клиническому обследованию подвергались все больные, с целью уточнения диагноза проводились следующие обследований: общие анализы крови и мочи, биохимические анализы крови, обзорная рентгенография грудной и брюшной полости, УЗИ брюшной полости, компьютерную томографию, ЯМР исследование, серологическую реакцию-латекс агглютинации и т.д.

Предоперационную подготовку осуществляли с учетом изменений со стороны сердечно-сосудистой системы, органов дыхания, пораженного органа и интоксикации организма. Все операции по поводу эхинококкоза включала эхинококкэктомия, меры по предупреждению обсеменения соседних органов и полостей и ликвидации остаточной полости.

44 больным выполнено 48 операции: 40 пациентам операция выполнена в один этап, в два этапа выполнено – 3, в три – 1 ребенку.

Метод капитонажа при малых эхинококковых кистах печени, который заключается в ушивании остаточной полости отдельными узловыми и непрерывными швами в два и – три этажа, применен у 2 пациентов, пломбировка остаточной полости фиброзной капсулы по Н.Ф. Березкину у -10, ликвидация полости поэтапным вворачиванием краев фиброзной капсулы внутрь в виде «рулета» с послойным ушиванием в 2-3 этажа у – 12. При локализации кисты у края печени краевая резекция печени – у 2, в одном наблюдении при множественных, расположенных близко друг к другу кистах, произведена левосторонняя гемигепатэктомия.

При эхинококкэктомии малых кист широко известен метод капитонажа, который заключается в ушивании остаточной полости отдельными узловыми и непрерывными швами в два и – три этажа.

Однако, при достаточно широкой остаточной полости вворачиванием их внутрь и фиксацией эластических краев не удается ликвидировать полость. В таких случаях целесообразно пломбировать ее ввернутыми краями последней, прядью сальника на сосудистой ножке. Способ ликвидации остаточной полости вворачиванием эластических краев, как правило, лишь частично уменьшает ее, и при этом все же остается замкнутая полость и в послеоперационном периоде чревато скоплением жидкости и развитием нагноения. При заполнении остаточной полости печени сальником не исключаются натяжения, перегиб либо перекут у основания