

Таблица 6 — Длительность оперативного вмешательства и послеоперационного койко-дня во второй и контрольной группах

Критерий	Вторая группа	Контрольная группа	P-уровень
Длительность операции (мин)	92,8±5,3	46,33±2,7	< 0,05
Послеоперационный койко-день	11,83±0,9	6,48±0,27	< 0,05

Временные критерии длительности оперативного вмешательства во второй группе значительно превосходят таковые в контрольной группе, что отражает выраженные технические трудности во время оперативного пособия и частоту конверсий, связанную также с интраоперационными осложнениями. Так, конверсии во второй группе больных были выполнены в 33,2% случаев. Интраоперационные сложности (кровотечения из сосудов гепато-дуоденальной связки, повреждение внепеченочных желчных протоков) были отмечены у 57,1% пациентов. При этом послеоперационный койко-день увеличился почти вдвое.

Заключение

В результате проведенных исследований можно сделать следующие выводы:

1. Острый воспалительный процесс в желчном пузыре не сопровождается системным воспалительным ответом, когда острое воспаление развивается на фоне рубцово-инфильтративных изменений в желчном пузыре, что клинически выражается в «скрытой» форме острого холецистита.

2. Основными критериями, позволяющими четко дифференцировать острый процесс в желчном пузыре от хронического, являются данные сонографии. При выявлении вклиненного камня в шейке желчного пузыря, увеличения его размеров, утолщения стенки, изменения ее структуры — «двойной контур», слоистость, деформация сле-

дует устанавливать показания к срочному оперативному лечению пациентов.

3. Удлинение предоперационного периода у больных с острым холециститом приводит к значительному увеличению длительности оперативного вмешательства, что связано с выраженными техническими трудностями во время операции (наличие плотного инфильтрата в шейке желчного пузыря на фоне его деструкции). При этом оперативное пособие, начатое малоинвазивно, заканчивается конверсией в 33,2% случаев.

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. Быков, А. В. Активная хирургическая тактика у пожилых больных с острым холециститом / А. В. Быков, А. Ю. Орешкин, С. Ф. Захаров // *Анналы хирургической гепатологии*. — 2002. — Т. 7, № 1. — С. 92–93.
2. Гальперин, Э. И. Заболевания желчных путей после холецистэктомии / Э. И. Гальперин, Н. В. Волкова. — М.: Медицина, 1988. — 265 с.
3. Гальперин, Э. И. Нестандартные ситуации при операциях на печени и желчных путях / Э. И. Гальперин, Ю. М. Дедерер. — М.: Медицина, 1987. — 336 с.
4. Дедерер, Ю. М. Желчнокаменная болезнь / Ю. М. Дедерер, Н. П. Крылова, Г. Г. Устинов. — М.: Медицина, 1983. — 172 с.
5. Желчнокаменная болезнь: современное состояние проблемы / Ю. Х. Мараховский // *Национальная школа гастроэнтерологов, гепатологов*. — Мн., 2003. — № 1. — С. 81–88.
6. Лечение острого холецистита у лиц пожилого и старческого возраста / М. З. Загидов [и др.] // *Анналы хирургической гепатологии*. — 2002. — Т. 7, № 1. — С. 109–110.

Поступила 21.11.2007

УДК 616.36-004:616.33-002.28]-07-08

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИВНОЙ ГАСТРОПАТИИ У БОЛЬНЫХ ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ

Е. Г. Малаева¹, Н. Н. Силивончик², И. И. Мистюкевич¹, А. Л. Калинин¹,
Э. Н. Платошкин¹, Е. И. Михайлова¹

¹Гомельский государственный медицинский университет

²Белорусская медицинская академия последипломного образования, г. Минск

Проведен анализ жалоб у больных циррозом печени с портальной гипертензивной гастропатией. Все больные с портальной гипертензивной гастропатией предъявляли жалобы диспептического характера. Больные с портальной гипертензивной гастропатией по сравнению с больными без портальной гипертензивной гастропатии чаще предъявляли жалобы на раннее насыщение и чувство переполнения ближе к средней линии в верхней части живота, из жалоб общего характера — на слабость, повышение температуры тела, инверсию сна, наличие отеков, что может объясняться более тяжелым течением цирроза печени у больных с портальной гипертензивной гастропатией.

Ключевые слова: цирроз печени, портальная гипертензивная гастропатия.

CLINICAL MANIFESTATIONS OF PORTAL HYPERTENSION GASTROPATHY AMONG THE PATIENTS WITH LIVER CIRRHOSIS

E. G. Malaeva¹, N. N. Silivonschik², I. I. Mistjukevich¹, A. L. Kalinin¹,
E. N. Platoshkin¹, E. I. Michailova¹

¹Gomel State Medical University

²Belarussian Medical Academy of Postgraduate Study, Minsk

The complaints analysis of sick by cirrhosis with portal hypertensive gastropathy was made. All the sick with portal hypertensive gastropathy made the complaints of dyspepsia character. The sick with portal hypertensive gastropathy more often made the complaints about early satiation and feeling repletion nearer a middle line in upper part of stomach but the complaints of total character were weakness, body high temperature, inversion of sleep, edema evidence that could be explained for more serious development of cirrhosis of sick with portal hypertensive gastropathy.

Key words: liver cirrhosis, portal hypertensive gastropathy.

Введение

Цирроз печени (ЦП) является тяжелым заболеванием, сопровождающимся большим количеством осложнений, требующих проведения специализированной помощи [1, 3, 5]. В последние два десятилетия внимание ученых привлекает одно из осложнений ЦП — портальная гипертензивная гастропатия (ПГГ) [2, 4, 6–11]. В публикациях, касающихся ПГГ, не обсуждаются ее клинические проявления и в качестве единственного рассматривается наличие явных или скрытых кровотечений у больных ЦП [2, 4, 8, 10]. Поэтому интерес представляет изучение жалоб и других клинических данных у больных ЦП с ПГГ с целью возможного выявления специфических признаков.

Цель: изучить клинические проявления заболевания у больных циррозом печени с портальной гипертензивной гастропатией.

Методы

Обследовано 115 больных ЦП, из них 59 — с ПГГ, которым выполнялся комплекс лабораторно-инструментальных исследований согласно «Временным протоколам (стандартам) обследования и лечения больных с патологией органов

пищеварения в амбулаторно-поликлинических и стационарных условиях». Клинические субъективные данные (данные анамнеза, жалобы больных) в целях стандартизации и статистической обработки результатов оценивались по-луколичественно на основании стандартных или общепринятых критериев. Жалобы больных оценивались по 10-бальной визуально-аналоговой шкале, длина которой составляет 10 см, где 1 см равен 1 баллу. Начало шкалы указывает на отсутствие данной жалобы, конечная точка — на интенсивный характер жалобы. Промежуточное значение баллов от 1 до 4 принималось за незначительную выраженность жалобы, 5–7 баллов — за умеренную выраженность жалобы, 8–9 — за выраженный характер жалобы.

Статистический анализ данных проводился при помощи пакета «STATISTICA 6.1». Для сравнительного и корреляционного анализа использованы непараметрические методы.

Результаты и обсуждение

Возраст больных ЦП с ПГГ на момент включения в исследование находился в пределах от 32 до 69 лет, средний возраст ($X \pm \sigma$) составил $53,05 \pm 9,29$ лет (таблица 1).

Таблица 1 — Демографическая характеристика больных ЦП с ПГГ

Показатели	n (%)	X	σ	s_x	ДИ 95%	min	max
Возраст, лет	59 (100)	53,05	9,29	1,21	50,63–55,47	32	69
Пол							
мужчины	30 (50,8)	52,13	8,48	1,55	48,97–55,30	32	67
женщины	29 (49,2)	54,00	10,12	1,88	50,15–57,85	33	69

Из 59 больных ЦП с ПГГ мужчин было 30 (50,8%), женщин — 29 (49,2%). Средний возраст мужчин составил $52,13 \pm 8,48$ лет, женщин — $54,00 \pm 10,12$. Статистически значимых различий по возрасту у мужчин и женщин ЦП с ПГГ не выявлено ($t = 0,769$, $P = 0,445$). Проанализированы основные характеристики ЦП у больных без/с ПГГ (таблица 2).

У больных ЦП с ПГГ по сравнению с больными без ПГГ не выявлено достоверных различий по возрасту ($t = -0,787$, $P = 0,433$) и полу ($\chi^2 = 0,230$, $P = 0,628$). Медиана продолжительности ЦП у больных с ПГГ составила 6 месяцев и не отличалась от таковой у больных без ПГГ ($z = 0,442$, $P = 0,658$).

Таблица 2 — Основные характеристики у больных ЦП без/с ПГГ

Параметры	Больные без ПГГ (n = 56)	Больные с ПГГ (n = 59)	t/z/ χ^2	P
Возраст (лет), M \pm σ	51,6 \pm 10,6	53,1 \pm 9,3	-0,787	0,433
Пол (м/ж)	31/25	30/29	0,230	0,628
Длительность ЦП (мес.), Me	6,00	6,00	0,442	0,658
Класс тяжести цирроза (А/В/С)	14/27/15	10/21/28	-1,978	0,048

Следует отметить наличие достоверных различий в распределении больных ЦП без/с ПГГ по классу тяжести цирроза ($z = -1,978$, $P = 0,048$). Среди больных ЦП с ПГГ цирроз класса А диагностирован у 10 (16,9%), класса В — у 21 (35,6%), класса С — у 28 (47,5%) пациентов. Среди больных ЦП без ПГГ цирроз класса А диагностирован у 14 (25,0%), класса В — у 27 (48,2%), класса С — у 15 (26,8%) пациентов. Таким образом, у больных ЦП с ПГГ по сравнению с больными без ПГГ реже встречается класс тяжести цирроза А и В и чаще — класс С. Выявленные различия являются призна-

ком более тяжелого течения цирроза у больных с ПГГ по сравнению с больными без ПГГ. Вероятно, прогрессирующее увеличение давления в портальной системе приводит не только к нарастанию тяжести цирроза, но имеет прямую взаимосвязь с развитием ПГГ у больных ЦП.

В литературе отсутствуют данные о наличии гастроинтестинальных жалоб у больных ЦП с ПГГ. В таблице 3 приводится сравнительная характеристика частоты жалоб на дискомфорт со стороны верхних отделов желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) согласно Римским критериям II у больных без/с ПГГ.

Таблица 3 — Сравнительная характеристика жалоб на дискомфорт со стороны верхних отделов ЖКТ у больных ЦП без/с ПГГ

Жалобы	Частота				χ^2	P
	у больных без ПГГ (n = 56)		у больных с ПГГ (n=59)			
	абс.	%	абс.	%		
Дискомфорт ближе к средней линии в верхней части живота,	56	100,0	59	100,0	—	—
в т.ч. раннее насыщение	36	64,3	48	81,4	4,250	0,039
чувство переполнения	29	51,8	42	71,2	4,580	0,032
вздутие в верхней части живота	24	42,9	29	49,1	0,460	0,498
тошнота	42	75,0	44	74,6	0	0,958
Боль ближе к средней линии в верхней части живота	38	67,9	37	62,7	0,340	0,563
Рвота	13	23,2	14	23,7	0	0,948
Изжога	17	30,4	18	30,5	0	0,986
Аэрофагия	34	60,7	35	59,3	0,020	0,879

Все больные с ПГГ жаловались на чувство дискомфорта в верхней части живота ближе к средней линии и 62,7% — на боль той же локализации. Среди проявлений дискомфорта больные с ПГГ по сравнению с больными без ПГГ чаще предъявляли жалобы на раннее насыщение (81,4% и 64,3% соответственно, $\chi^2 = 4,250$, $P = 0,039$) и чувство переполнения ближе к средней линии в верхней части живота (71,2% и 51,8% соответственно, $\chi^2 = 4,580$, $P = 0,032$).

Было высказано предположение, что различия в жалобах больных без/с ПГГ на дискомфорт со стороны верхних отделов ЖКТ могут быть связаны с наличием гастродуоденальных эрозий и

язв, в связи с чем проведен сравнительный анализ жалоб больных ЦП с ПГГ без/с ЭЯП желудка и двенадцатиперстной кишки (таблица 4).

Как показал анализ полученных данных, больные с ПГГ без ЭЯП по сравнению с больными с ПГГ с ЭЯП чаще предъявляли жалобы на чувство переполнения (94,4% и 34,8% соответственно, $\chi^2 = 24,350$, $P < 0,001$) и вздутие в верхней части живота (61,1% и 30,4% соответственно, $\chi^2 = 5,280$, $P = 0,021$). Различий других симптомов не выявлено.

Больные ЦП предъявляли другие жалобы, характер и частота которых также проанализированы (таблица 5).

Таблица 4 — Сравнительная характеристика жалоб на дискомфорт со стороны верхних отделов ЖКТ у больных с ПГГ без/с ЭЯП

Жалобы	Частота у больных с ПГГ				χ^2	P
	без ЭЯП (n = 36)		с ЭЯП (n = 23)			
	абс.	%	абс.	%		
Дискомфорт ближе к средней линии в верхней части живота, в т.ч. раннее насыщение	36	100,0	23	100,0	—	—
чувство переполнения	30	83,3	18	78,3	0,240	0,626
вздутие в верхней части живота	34	94,4	8	34,8	24,350	<0,001
тошнота	22	61,1	7	30,4	5,280	0,021
Боль ближе к средней линии в верхней части живота	28	77,8	16	69,6	0,500	0,480
Боль ближе к средней линии в верхней части живота	23	63,9	14	60,9	0,050	0,815

Таблица 5 — Сравнительная характеристика других жалоб у больных ЦП без/с ПГГ

Жалобы	Частота				χ^2	P
	у больных без ПГГ (n = 56)		у больных с ПГГ (n = 59)			
	абс.	%	абс.	%		
Жалобы больных со стороны ЖКТ						
Снижение аппетита	47	83,9	54	91,5	2,370	0,123
Боль в правом подреберье	49	87,5	53	89,8	0,160	0,693
Боль в левом подреберье	22	39,3	26	44,1	0,270	0,603
Диарея	17	30,4	19	32,2	0,050	0,831
Общие жалобы больных						
Слабость	45	80,4	59	100,0	12,820	<0,001
Повышение температуры	18	32,1	32	54,2	5,710	0,017
Нарушение сна	30	53,6	46	78,0	7,630	0,006
Желтуха	29	51,8	33	55,9	0,200	0,656
Кожный зуд	18	32,1	21	35,6	0,150	0,696
Отеки	37	66,1	49	83,1	4,390	0,036

Из жалоб общего характера у больных ЦП с ПГГ по сравнению с больными без ПГГ чаще наблюдалась слабость (у 100% и 80,4% соответственно, $\chi^2 = 12,820$, $P < 0,001$), что может быть обусловлено более тяжелым течением ЦП у больных с ПГГ.

Повышение температуры чаще регистрировалось у больных ЦП с ПГГ, чем без ПГГ (у 54,2% и 32,1% соответственно, $\chi^2 = 5,710$, $P = 0,017$), что может иметь ряд объяснений, в том числе может быть связано с более выраженной эндотоксемией у больных ЦП с ПГГ.

Инверсия сна, являющаяся одним из проявлений ПСЭ, чаще имела место у больных ЦП с ПГГ, чем без ПГГ (у 78,0% и 53,6% соответственно, $\chi^2 = 7,630$, $P = 0,006$).

Также больные ЦП с ПГГ по сравнению с больными без ПГГ чаще предъявляли жалобы на наличие отеков (83,1% и 66,1% соответственно, $\chi^2 = 4,390$, $P = 0,036$), что, вероятно, связано с общими механизмами формирования ПГГ и отечного синдрома, в основе которых лежит повышение давления в портальной системе.

Таким образом, выявлены различия по частоте жалоб больных ЦП без/с ПГГ при проведении сравнительного анализа. Для установления взаимосвязи степени ПГГ с выраженностью жалоб больных ЦП приводятся результаты корреляционного анализа (таблица 6).

Результаты нашего исследования показали, что тяжесть ПГГ имела прямую взаимосвязь с выраженностью таких гастроэнтерологических жалоб больных, как раннее насыщение ($\tau = 0,208$, $z = 3,295$, $P = 0,001$), чувство переполнения ($\tau = 0,194$, $z = 3,070$, $P = 0,002$), снижение аппетита ($\tau = 0,215$, $z = 3,400$, $P = 0,001$), что подтверждается данными сравнительного анализа жалоб среди больных ЦП без/с ПГГ. Выявлена прямая взаимосвязь степени ПГГ с жалобами больных на слабость ($\tau = 0,200$, $z = 3,165$, $P = 0,002$), инверсию сна ($\tau = 0,307$, $z = 4,867$, $P < 0,001$), а также повышение температуры тела ($\tau = 0,209$, $z = 3,315$, $P < 0,001$), наличие отеков ($\tau = 0,193$, $z = 3,064$, $P = 0,002$).

Таблица 6 — Корреляция степени ПГГ с выраженностью жалоб больных ЦП

Параметры	Степень ПГГ		
	Кендалл tau	z	P
Жалобы на дискомфорт со стороны верхних отделов ЖКТ			
Боль ближе к средней линии верхней части живота	0,057	0,906	0,365
Раннее насыщение	0,208	3,295	0,001
Чувство переполнения	0,194	3,070	0,002
Вздутие в верхней части живота	0,117	1,856	0,063
Тошнота	0,023	0,357	0,721
Рвота	0,018	0,283	0,777
Изжога	0,066	1,043	0,297
Аэрофагия	0,064	1,015	0,310
Другие гастроэнтерологические жалобы			
Снижение аппетита	0,215	3,400	0,001
Боль в правом подреберье	0,114	1,813	0,070
Боль в левом подреберье	0,052	0,826	0,409
Диарея	-0,047	-0,747	0,455
Общие жалобы больных			
Слабость	0,200	3,165	0,002
Повышение температуры	0,209	3,315	<0,001
Нарушение сна	0,307	4,867	<0,001
Желтуха	-0,043	-0,679	0,497
Кожный зуд	0,065	1,036	0,300
Отеки	0,193	3,064	0,002

Заключение

Все больные ЦП с ПГГ имели жалобы диспептического характера, среди которых выраженность таких, как раннее насыщение ($\tau = 0,208$, $z = 3,295$, $P = 0,001$), чувство переполнения ближе к средней линии в верхней части живота ($\tau = 0,194$, $z = 3,070$, $P = 0,002$), снижение аппетита ($\tau = 0,215$, $z = 3,400$, $P = 0,001$) имели взаимосвязь со степенью тяжести ПГГ. Больные с ПГГ отличались от больных без ПГГ по ряду жалоб, которые могут иметь специальные объяснения или свидетельствовать о более тяжелом течении цирроза у больных с ПГГ. Вместе с тем в связи с недостаточной яркостью симптомов диагностическая их значимость (чувствительность и специфичность) не оценивались.

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. Гарбузенко, Д. В. Гастропатия, ассоциированная с портальной гипертензией / Д. В. Гарбузенко // Российский медицинский журнал. — 2004. — № 4. — С. 44–45.

2. Burak, K. W. Diagnosis of portal hypertensive gastropathy / K. W. Burak, P. L. Beck // Curr Opin Gastroenterol. — 2003. — Vol. 19, № 5. — P. 477–482.

3. Portal hypertensive gastropathy (PHG) / R. Mesihovic [et al.] // Med Arh. — 2004. — Vol. 58, № 6. — P. 377–379.

4. Portal hypertensive gastropathy / L. Negreanu [et al.] // Rom J Intern Med. — 2005. — Vol. 43, № 1–2. — P. 3–8.

5. Portal hypertensive gastropathy and its interrelated factors / L. Dong [et al.] // Hepatobiliary Pancreat Dis Int. — 2003. — Vol. 2, № 2. — P. 226–229.

6. Portal hypertensive gastropathy in patients with cirrhosis / T. Iwao [et al.] // Gastroenterology. — 1992. — Vol. 102, № 6. — P. 2060–2065.

7. Portal hypertensive gastropathy in patients with cirrhosis of the liver / M. Primignani [et al.] // Recent Prog Med. — 2001. — Vol. 92, № 12. — P. 735–740.

8. Smart, H. L. Clinical features, pathophysiology and relevance of portal hypertensive gastropathy / H. L. Smart, D. R. Triger // Endoscopy. — 1992. — Vol. 23, № 4. — P. 224–228.

9. Talley, N. J. Functional gastroduodenal disorders / N. J. Talley, V. Stanghellini // Gut. — 1999. — Vol. 45, № 2. — P. 37–42.

10. Thuluvath, P. J. Portal Hypertensive gastropathy / P. J. Thuluvath, H. Y. Yoo // Am J Gastroenterol. — 2002. — Vol. 97, № 12. — P. 2973–2978.

11. Toyonaga, A. Portal-hypertensive gastropathy / A. Toyonaga, T. Iwao // J Gastroenterol Hepatol. — 1998. — Vol. 13, № 9. — P. 865–877.

Поступила 24.01.2008

УДК 616.33-606.6-089:615.28

РЕЦИДИВЫ МЕСТНОРАСПРОСТРАНЕННОГО РАКА ЖЕЛУДКА ПОСЛЕ РАДИКАЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ: РОЛЬ АДЬЮВАНТНОЙ ХИМИОЛУЧЕВОЙ ТЕРАПИИ

А. К. Аль-Яхири¹, И. В. Михайлов¹, В. М. Бондаренко², В. Н. Беляковский¹

¹Гомельский государственный медицинский университет

²Гомельский областной клинический онкологический диспансер

Изучены непосредственные и отдаленные результаты лечения и структура рецидива у 149 больных ре-зектабельным раком желудка (РЖ) IV стадии (T4N1-3M0-1), находившихся на лечении в Гомельском обла-стном клиническом онкологическом диспансере в период с 1996 по 2005 гг. Основную группу (I) составили