

пригнічували ШСК, стимульовану карбахоліном і гістаміном. Pro-Gly виявився неефективним щодо стимульованої карбахоліном і гістаміном ШСК. Одним з механізмів впливу гліпролінів на ШСК є стимуляція виділення оксиду азоту, який призводить до гальмування базальної і стимульованої ШСК. Гліпроліни в майбутньому можуть бути використані в медичній практиці для лікування захворювань, пов'язаних з гіперсекрецією соляної кислоти.

Ключові слова: гліпроліни, шлункова секреція кислоти.

Стаття надійшла 25.03.10

GAS stimulated by carbachol and histamine. Pro-Gly did not influence on GAS stimulated by carbachol and histamine. The one of mechanisms of influence of glyprolines on GAS is stimulation of nitric oxide releasing, which leads to inhibition of basal and stimulated GAS. We conclude that glyprolines in the future can be used in medical practice for treatment of diseases associated with hypersecretion of acid.

Key words: glyprolines, gastric acid secretion.

УДК 616.367+616-003.826

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ СТЕАТОЗА ПЕЧЕНИ У БОЛЬНЫХ С ПАТОЛОГИЕЙ ЖЕЛЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ

А.Ю. Филиппова
Днепропетровская государственная медицинская академия, г. Днепропетровск

Клиническое обследование проведено у 90 пациентов с диагнозом стеатоз печени в сочетании с патологией желчевыводящих путей. Большинство обследованных пациентов 67,8 % составили женщины. Анализ полученных данных показал, что стеатоз печени не является самостоятельной патологией, он в большинстве случаев сопровождается патологией желчевыводящих путей. Клинические проявления стеатоза печени не имеют четкой картины и зависят от характера сопутствующей патологии желчевыводящих путей.

Ключевые слова: стеатоз печени, клиника, диагностика

За последние десятилетия в Украине наблюдается увеличение хронических заболеваний печени и желчевыводящих путей. При этом больший рост заболеваемости связан с патологией печени невирусного и неалкогольного генеза [4,6,7,8]. Сегодня многие исследования в странах СНГ связаны со стеатозом печени (СП) и неалкогольным стеатогепатитом (НАСГ) [1,2,5,6]. В современных условиях СП и особенно НАСГ являются вторыми по частоте выявления хроническими диффузными заболеваниями печени после хронических гепатитов вирусного генеза [4,6,9]. Стеатоз печени (жировая печень) – патологическое состояние, обозначающее накопление капель жира, жировых включений в гепатоцитах, относящееся к заболеваниям печени, обусловленное влиянием токсических веществ, нарушениями питания и обмена веществ. Неалкогольный стеатогепатит – самостоятельная нозологическая единица, для которой характерны повышение активности ферментов печени в крови и морфологические изменения в биоптатах печени, связанные с жировой дистрофией и воспалительной реакцией; однако больные с НАСГ не употребляют алкоголь в количествах, способных вызывать повреждение печени.

Впервые обозначение неалкогольного стеатогепатита введено Н. Ludwig с соавт. в 1980 году. Частота выявления НАСГ среди больных, которым проводилась биопсия печени, составляет 7–9 % в Западной Европе. В странах СНГ подобные данные о распространенности СП и НАСГ не описаны. Это связано, прежде всего, со скудностью клинических проявлений и сложностью диагностики. Случаи НАСГ описаны во всем мире и обнаруживаются у 1,2-9 % больных, которым проводят биопсию печени. НАСГ диагностируется у 60-80 % чрезмерно тучных людей. В основном наблюдается у женщин, при патологическом ожирении, сахарном диабете 2 типа, а также при гипергликемии, гиперлипидемии. Чаще всего СП и НАСГ сочетается с ожирением. По нашим данным СП и НАСГ достаточно часто сочетаются с патологией желчевыводящих путей [6].

Патогенетические механизмы развития СП и НАСГ остаются до конца неизученными. Стеатоз печени обычно наблюдается при недостатке в пище белков, ожирении, остром голодании, чрезмерном потреблении углеводов и кортикостероидной терапии. Накопление жиров в печени может быть следствием избыточного поступления в нее свободных жирных кислот и усиления их синтеза, пониженного уровня β -окисления свободных жирных кислот, снижения синтеза или секреции липопротеинов очень низкой плотности. В ткани печени у пациентов с ожирением отмечено повышенное содержание свободных жирных кислот, что может быть причиной нарушения

ее функции, поскольку жирные кислоты химически очень активны и могут повреждать биологические мембраны. Связь между стеатозом, стеатогепатитом и развитием фиброза до сих пор не изучена. Жировая дистрофия печени без воспаления наблюдается чаще, чем стеатогепатит [1,4,6,10]. По данным литературы чаще отмечается бессимптомное течение СП и НАСГ [2,6,8]. У 48-100 % пациентов СП и НАСГ отсутствуют субъективные проявления заболевания. Однако при проведении объективного обследования отмечается увеличение печени без симптомов, характерных для хронических заболеваний органа. Наиболее часто обнаруживается повышение в 2-3 раза активности аланинаминотрансферазы (АлАТ) и аспарагиновой трансаминазы (АсАТ) в крови. Активность щелочной фосфатазы изменяется менее чем у половины больных, уровень билирубина повышается редко. Недостаточное количество данных, касающихся развития клинической картины СП и НАСГ на фоне сопутствующей патологии желчевыводящих путей (ЖВП), послужило поводом для наших дальнейших исследований. В данной работе будут изучены клинические особенности СП на фоне сопутствующей патологии ЖВП.

Целью работы было изучение особенностей клинических проявлений СП у больных с патологией ЖВП.

Материал и методы исследования. Под наблюдением находилось 90 больных СП в возрасте от 28 до 70, в среднем $(48,3 \pm 1,2)$ лет, которые в зависимости от сопутствующей патологии ЖВП, были распределены на 3 клинические группы: I группа – 35 больных (38,9 %) СП с сопутствующим диагнозом хронический бескаменный холецистит, II группа – 14 пациентов (15,5 %) с диагнозом СП на фоне хронического калькулезного холецистита, III группа – 41 пациент (45,6 %), у которых СП исследовался после проведенной холецистэктомии. Большинство обследованных пациентов 67,8 % составляли женщины. Для верификации диагноза стеатоза печени на фоне сопутствующей патологии ЖВП использовали динамическое клиническое наблюдение, УЗИ органов органов брюшной полости, биопсию печени (интраоперационную и чрезкожную биопсию). Всем больным было проведено клиническое исследование крови, мочи (общий анализ и амилаза мочи), биохимическое исследование крови (общий билирубин, активность АлАТ, АсАТ, щелочной фосфатазы, холестерина, глюкозы крови, общего белка, амилазы крови). Больные, у которых этиологическим фактором СП могли быть вирусные гепатиты, злоупотребление алкоголем, из исследования исключались. Оценка субъективного и объективного состояния больных проводилась ежедневно, результаты лабораторно-инструментального исследования – при поступлении в стационар (до лечения), на 7-10 сутки от начала лечения, при выписке из стационара (после окончания курса лечения).

Результаты исследования и их обсуждение. Доминирующей жалобой у всех больных были боли в различных отделах живота. Частота проявлений болевого синдрома у всех больных, без распределения по группам, представлена на рисунке 1. С учетом сопутствующей патологии ЖВП наиболее частой жалобой у пациентов в группах исследования была боль в области правого подреберья (74,5 %), реже всего наблюдалась боль в кишечнике (21,1 %).

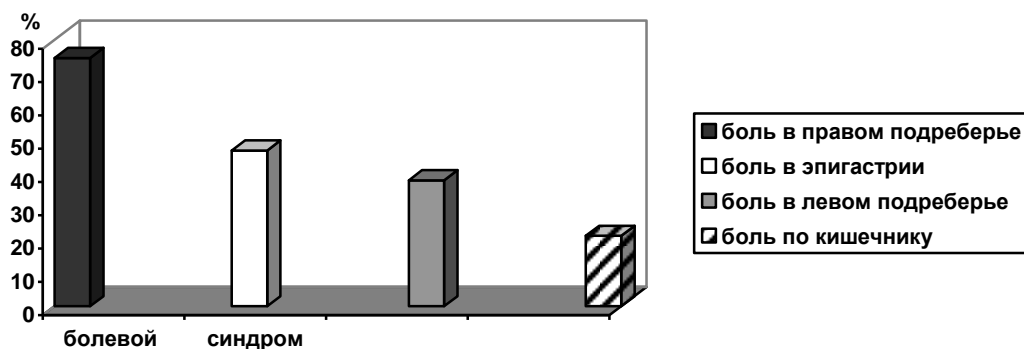


Рис. 1 Частота проявлений болевого синдрома у обследованных больных.

При анализе зависимости частоты жалоб от сопутствующей патологии выявилось, что наименьшее количество жалоб было у пациентов СП после проведенной холецистэктомии (III группа). Боль в области левого подреберья чаще наблюдалась у больных СП на фоне хронического калькулезного холецистита (II группа). Боль по кишечнику в околопупочной области и нижних отделах живота была характерна для пациентов I клинической группы у которых СП сочетался с хроническим бескаменным холециститом. Болевые ощущения в различных отделах живота у обследованных пациентов были связаны с приемом пищи, физическими нагрузками, а также

возникали натошак и без видимых причин. В таблице 1 показана частота проявлений болевого синдрома у больных в группах исследования.

Таблица 1

Частота проявлений болевого синдрома у обследованных пациентов.

Локализация боли	Факторы, с которыми связана боль	Частота проявлений болевого синдрома у пациентов разных групп							
		I (n=35)		II (n=14)		III (n=41)		Всего (n=90)	
		n	%	n	%	n	%	n	%
В правом подреберье	натошак	3	10,0	1	7,2	4	13,8	8	11,0
	после еды	18	60,0	7	50,0	19	65,6	44	60,2
	после физической нагрузки	2	6,7	2	14,2	1	3,4	5	6,9
	без причин	7	23,3	4	28,6	5	17,2	16	21,9
В левом подреберье	натошак	2	8,7	6	50,0	2	12,5	10	19,7
	после еды	14	60,9	2	16,7	6	37,5	22	43,1
	после физической нагрузки	4	17,4	3	25,0	1	6,2	8	15,6
	без причин	3	13,0	1	8,3	7	43,8	11	21,6
В эпигастрии	натошак	3	9,0	0	0,0	1	4,8	4	6,2
	после еды	17	51,6	6	54,6	18	85,7	41	63,0
	после физической нагрузки	1	3,0	1	9,0	0	0,0	2	3,0
	без причин	12	36,4	4	36,4	2	9,5	18	27,8

Из данных представленных в таблице 1 видно, что чаще боль в области правого и левого подреберьев, эпигастрия была связана с приемом пищи. Во всех группах исследования пациенты также отмечали болевые ощущения, возникающие без видимых причин. В I группе больные чаще жаловались на боль в правом подреберье, не связанную с приемом пищи и физическими нагрузками, в свою очередь пациенты III группы отмечали боли в левом подреберье, также не имеющие связи с приемом пищи и нагрузками. Болевые ощущения в левом подреберье после физической нагрузки чаще беспокоили больных II группы. У части больных в I и II групп и у многих пациентов III группы боль в области эпигастрия была связана с приемом пищи. На болевые ощущения в области эпигастрия, возникающие без видимых причин, указывали 36,4 % больных I и II групп, а также 9,5 % больных III группы. С учетом полученных данных можно сделать вывод, что болевые ощущения у всех пациентов в трех группах исследования не имели общих характерных признаков и, по-видимому, были связаны с наличием сопутствующей патологии ЖВП и не были связаны с наличием стеатоза печени. Наряду с проявлениями болевого синдрома пациенты во всех группах предъявляли жалобы на различные диспепсические симптомы. Каждый второй пациент предъявлял жалобы на горечь во рту, а каждый третий пациент ощущал вздутие живота, тошноту, сухость во рту. Значительно реже беспокоила изжога, отрыжка и нарушения стула. (рис. 2).

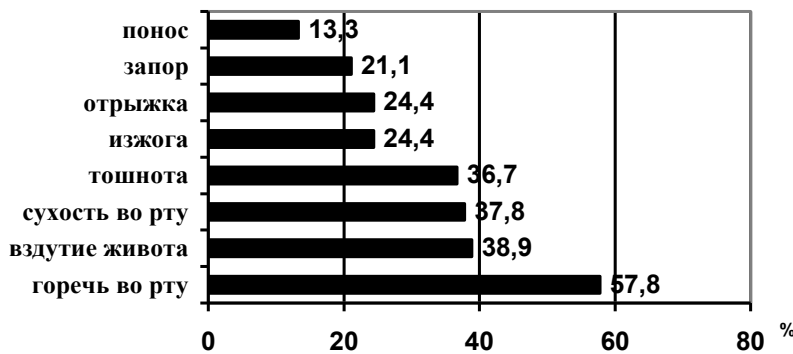


Рис.2. Частота диспепсических проявлений у обследованных больных.

В таблице 2 представлены диспепсические жалобы у больных во всех группах наблюдения. Вздутие живота и сухость во рту чаще были характерны для пациентов I группы, а нарушения стула (запоры, поносы) для больных III группы. Тошнота беспокоила каждого второго пациента II группы (42,8 %). Пациенты II группы практически не предъявляли жалоб на нарушения стула. Как видно из представленных данных, все диспепсические проявления, также как и болевой синдром, связаны с сопутствующей патологией ЖВП и не являются проявлением СП. Во всех клинических группах наблюдался синдром повышенной утомляемости. Среди проявлений синдрома повышенной утомляемости на первое место выступала общая слабость 56,6 %: в I группе - 40,0 %, во II группе - 42,8

%, в III групі - 43,9 %. Жалоби на загальну слабкість, недомогання, зниження життєвого та емоційного тону, фізичної та умовної працездатності, погіршення самопочуття та настрою частіше пред'являли пацієнти з артеріальною гіпертензією, а також пацієнти, у яких були виявлені зміни в біохімії крові (печіночний комплекс з підвищеним рівнем АлАТ, АсАТ).

Таблиця 2

Частота диспепсических жалоб у больних різних груп

Диспепсическі прояви	Частота проявлених диспепсического синдрому в різних групах							
	I (n=35)		II (n=14)		III (n=41)		Всього (n=90)	
	n	%	n	%	n	%	n	%
горіч у рту	22	62,8	11	78,5	19	46,3	52	57,8
сухість у рту	18	51,4	4	28,5	12	29,2	34	37,8
тошнота	13	37,1	6	42,8	14	34,1	33	36,7
изжога	12	34,2	5	35,7	5	12,1	22	24,4
отрыжка	9	25,7	4	28,5	9	21,9	22	24,4
вздутие живота	23	65,7	1	7,1	11	26,8	35	38,9
Запор	8	22,8	1	7,1	10	24,3	19	21,1
Понос	6	17,1	0	0,0	6	14,6	12	13,3

Висновок

1. Стеатоз печінки не являється самостійною патологією, він в більшості випадків супроводжує патології ЖВП, серцево-судинні захворювання.
2. У пацієнтів СП, протікаючим на фоні захворювань ЖВП, клінічні прояви (болюв, диспепсический синдром та синдром підвищеної втоми) визначаються характером супутньої патології.

Література

1. Богомолов П.О. Неалкогольний стеатогепатит: патофізіологія, патоморфологія, клініка та підходи к ліченню / П.О. Богомолов, Т.В. Павлова // Фармація. — 2003. — № 10. — С. 31–39.
2. Буевров А.О. Деякі патогенетичні та клінічні питання неалкогольного стеатогепатиту / А.О.Буевров, М.В. Маєвська // Клініч. перспективи гастроентерол., гепатол.— 2003.— № 3.— С. 2–7.
4. Гарник М.М. Клініко-експериментальні аспекти терапії стеатогепатитів: дис. ...док. мед. наук: 14.01.02. / Гарник М.М. – К., 2004. – С. 348.
5. Карнейро де Мур М. Неалкогольний стеатогепатит / М. Карнейро де Мур // Клінічні перспективи в гастроентерології, гепатології. – 2001. – № 2. – С. 12-15.
6. Степанов Ю.М. Стеатоз печінки та неалкогольний стеатогепатит: сучасний погляд на патогенез, діагностику та лічення. / Ю.М. Степанов, А.Ю. Філіппова // Здоров'я України.- 2004.- №18(103). – С. 20-21.
7. Фадеєнко Г.Д. Стеатогепатит. Біохімічні маркери та проблеми діагностики / Г.Д. Фадеєнко, Н.А. Кравченко // Сучасна гастроентерологія.- 2006.-№1(27).- С.8-14.
8. Філіппов Ю.О. Стеатоз печінки при захворюваннях жовчовивідних шляхів / Ю.О. Філіппов, Л.Я. Мельниченко, С.С. Ягмур, В.Б. Ягмур [та ін.] // Гастроентерологія. – 2005. – Вип. 36. – С.312-318.
9. Bellentani S. Prevalence of and risk factors for hepatic steatosis in northern Italy / Bellentani S, Saccoccio G, Masutti F [et al.] // Ann Intern Med 2000. – N. 132. – P. 112-117.
10. Bellentani S. Epidemiology and risk factors for fatty liver. In: Leuschner U. James OFW, Dancycier H (eds.). Steatohepatitis (NASH and ASH) / S. Bellentani, C. Tinbelli // Kluwer Academic Publishers, Dordrecht . – 2001. – P. 3-10.

Резюме

КЛІНІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ СТЕАТОЗУ ПЕЧІНКИ У ХВОРИХ З ПАТОЛОГІЄЮ ЖОВЧОВИВІДНИХ ШЛЯХІВ

Філіппова О.Ю.

Клінічне обстеження було проведено у 90 пацієнтів з діагнозом стеатоз печінки в сполученні з патологією жовчовивідних шляхів. Більшість обстежених пацієнтів 67,8% склали жінки. Аналіз отриманих даних показав, що стеатоз печінки не являється самостійною патологією, він в більшості випадків супроводжує патологію жовчовивідних шляхів. Клінічні прояви стеатозу печінки не мають чіткої картини та залежать від характеру супутньої патології жовчовивідних шляхів.

Ключові слова: стеатоз печінки, клініка, діагностика.

CLINICAL PECULIARITIES OF LIVER STEATOSIS IN PATIENTS WITH BILIARY DUCTS PATHOLOGY

Filippova A.Yu.

Clinical examination has been done on 90 patients diagnosed with liver steatosis. Sixty-seven point eight percent of those examined were women. Analysis of the data obtained has shown that liver steatosis is not an independent pathology and in the majority of cases is related to the pathology of biliary ducts. Clinical picture of liver steatosis cannot be clearly defined and depends on the concomitant pathology of biliary ducts

Key words: liver steatosis, clinical picture, diagnostics.

Стаття надійшла 19.04.10