

Клиническая медицина

**ВЛИЯНИЕ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ НА СИНДРОМ
ЦИТОЛИЗА И СИНДРОМ ХОЛЕСТАЗА У ПАЦИЕНТОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО
СТАЦИОНАРА С МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХОЙ**

Баранов А. А., Давидян А. В., Чантурия А. В.

*Белорусский государственный медицинский университет,
кафедра пропедевтики внутренних болезней
УЗ 3-я ГКБ им. Е.В. Клумова
г. Минск*

Ключевые слова: Артериальная гипертензия, механическая желтуха, коморбидное состояние, синдром холестаза

Резюме: В статье рассмотрены результаты исследования зависимости течения восстановительного периода у пациентов хирургического стационара, поступивших с диагнозом механическая желтуха, в зависимости от наличия или отсутствия у пациентов в сопутствующих заболеваниях артериальной гипертензии. Так же проведен анализ восстановительного периода внутри группы пациентов с наличием артериальной гипертензии, в зависимости от её степени.

Resume: The article considers the results of studies of the dependence of the course of the recovery period on the patient, including the diagnosis of mechanical jaundice, depending on the presence or absence of hypertension in patients with concomitant diseases. Also analyzed recovery period within the group with the presence of hypertension, depending on its degree.

Актуальность. Механическая желтуха — это патологический синдром, заключающийся в нарушении оттока печеночной желчи по желчным путям в двенадцатиперстную кишку из-за механических препятствий. В свою очередь артериальная гипертензия — это самое частое хроническое заболевание у взрослых, связанное со стойким повышением артериального давления от 140/90 мм рт. ст. и выше.

В последнее время отмечается значительный рост числа больных с заболеваниями органов гепатопанкреатобилиарной зоны (ГПБЗ), при которых нарушается проходимость желчевыводящих протоков с развитием механической желтухи (МЖ) [2,3,4,5]. Частота МЖ при заболеваниях ГПБЗ по данным разных авторов составляет от 12,0 до 45,2%. Причем при доброкачественных заболеваниях этот уровень колеблется от 4,8 до 22,5%, а при злокачественных поражениях – 36,6-47,0% [2,4]. Одной из наиболее частых причин МЖ является ЖКБ, которая занимает одно из ведущих мест в структуре заболеваний органов пищеварения старшей возрастной группы. Распространённость ЖКБ среди мужчин и женщин после 75 лет составляет 20% и 35 % соответственно.

Что касается АГ, в известном систематическом обзоре, посвященном анализу распространенности данного заболевания в мире, Р. Kearney с соавторами отметили значительные различия между разными странами по распространенности АГ. Диапазон варибельности распространенности АГ составлял от 3,4% у мужчин сельских районов Индии до 72,5% у польских женщин. В экономически развитых странах Европы и Северной Америки распространенность АГ составляла от 20 до 50%, была выше у

Клиническая медицина

женщин, чем у мужчин, и выше у лиц негроидной расы, по сравнению с лицами европеоидной расы. В экономически развивающихся странах Азии, Африки и Латинской Америки распространенность АГ была ниже, чем в развитых странах и составляла порядка 20-30%.

Учитывая важность и распространённость данных заболеваний и частоты их совместного течения была проведена оценка динамики сывороточных уровней билирубина и показателей АЛТ и АСТ при хирургическом лечении механической желтухи у пациентов с артериальной гипертензией.

Цель: Изучить: редукцию лабораторных признаков внепеченочного холестаза (прямого и непрямого билирубина) у пациентов в анамнезе которых находится артериальная гипертензия, как сопутствующей патологии и пациентов без данной патологии, после хирургического лечения путем исследования сывороточных уровней непрямого и прямого билирубина; влияния артериальной гипертензии на синдром цитолиза путем сопоставления значений коэффициента де Ритиса (в условии повышенных значений АЛТ и АСТ в сыворотке крови) у основной группы и группы контроля

Задачи.

1. Сравнить показатели лабораторной оценки сывороточных уровней непрямого и прямого билирубина до и после лечения у пациентов основной группы (пациенты с АГ) и группы сравнения (пациенты без АГ). 2. Проанализировать связь сывороточных уровней билирубина после лечения и степени артериальной гипертензии. 3. Сравнить показатели коэффициента де Ритиса у основной и контрольной группы

Материал и методы. Дизайн исследования включал ретроспективный анализ медицинских карт 80 пациентов, госпитализированных в хирургическое отделение «УЗ» 3-я ГКБ им. Е.В. Клумова с 2013 год по 2017 год по поводу механической желтухи в возрасте от 30 до 89 лет. Среди них 53% это женщины, а 47% мужчины. При этом во всех случаях для декомпрессии желчных протоков было выполнено оперативное вмешательство. Основная группа — 50 пациентов с артериальной гипертензией и группа сравнения – пациенты (30 человек) без гипертензии (различия между группами по возрасту недостоверны). Всем пациентам с АГ проводилась рациональная антигипертензивная терапия. Причины внепеченочного холестаза у 49 пациентов – ЖКБ, у 28 – опухоль головки pancreas, у 3 – обострение хронического панкреатита. Статистическая обработка выполнена в программах Microsoft Excel 2010, SPSS statistics с использованием U-критерия и построение ROC-кривых.

Результаты и их обсуждение. После вычисления коэффициента де Ритиса для каждого пациента в отдельности, с помощью непараметрического метода статистики сравнивались основная группа и группа сравнения. Получены следующие результаты (рисунок 1 и рисунок 2).

Клиническая медицина

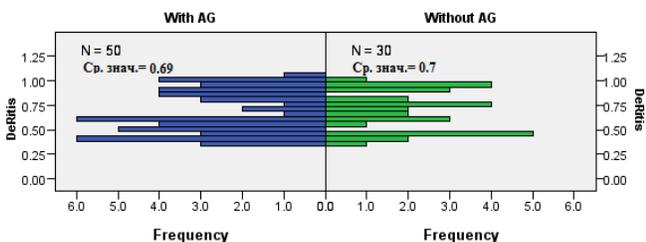


Рис. 1 — Распределение значений коэффициента де Ритиса у пациентов до проведенного лечения (U=800 и p=0.619)

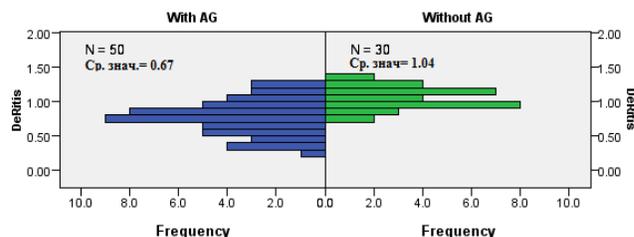


Рис. 2 — Распределение значений коэффициента де Ритиса у пациентов на момент выписки (U=1237,5 и p=0.002)

В результате проведенного анализа, мы можем утверждать об отсутствии влияния АГ на коэффициент де Ритиса при поступлении пациентов в стационар с механической желтухой (различия между группами не достоверны). Однако в послеоперационном периоде наблюдается тенденция к восстановлению коэффициента де Ритиса у пациентов без АГ и сохранения коэффициента на прежнем уровне у пациентов группы с АГ. Данный факт может свидетельствовать о затянувшемся цитолизе клеток печени у пациентов с АГ.

При сравнении сывороточных значений уровня непрямого и прямого билирубина у пациентов с артериальной гипертензией и пациентов группы сравнения до лечения в хирургическом стационаре достоверных различий не установлено. (Рисунки 3 и 4)

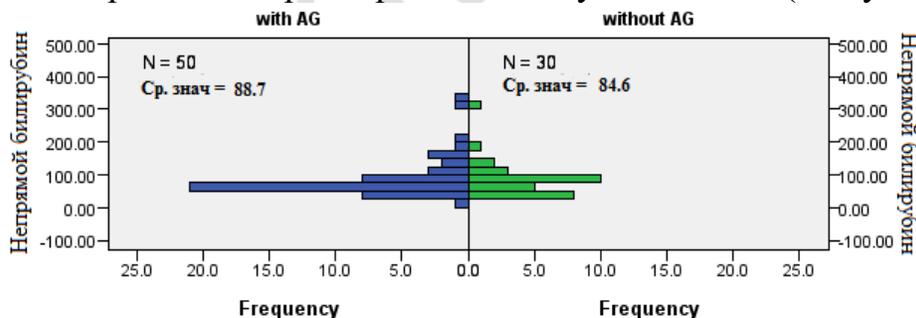
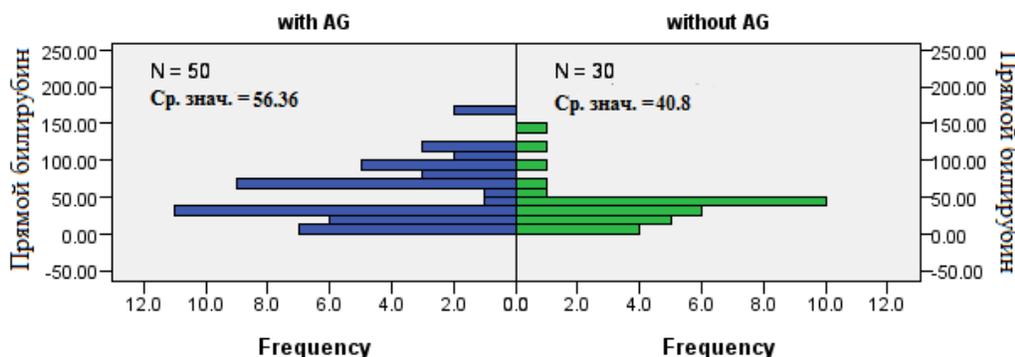


Рис. 3 — Распределение значений непрямого билирубина у пациентов до лечения (U=367 p=0,624)



Клиническая медицина

Рис. 4 – Распределение значений прямого билирубина у пациентов до лечения (U=306 p=0,09)

При последующем сравнении было выявлено, что сывороточные значения уровня непрямого и прямого билирубина у пациентов с артериальной гипертензией и пациентов группы сравнения после лечения имели достоверные различия. (Рисунки 5 и 6)

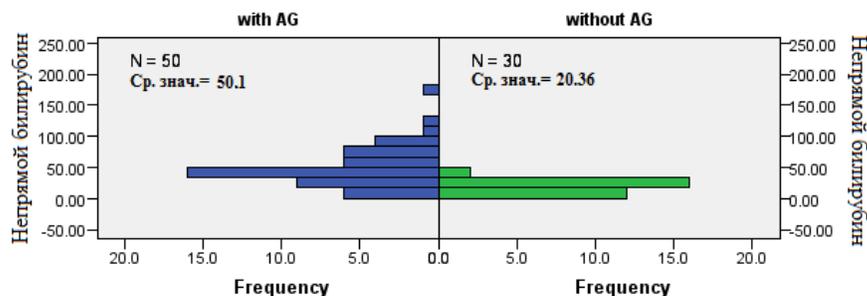


Рис. 5 – Распределение значений непрямого билирубина у пациентов после лечения (U=113 p=0,01)

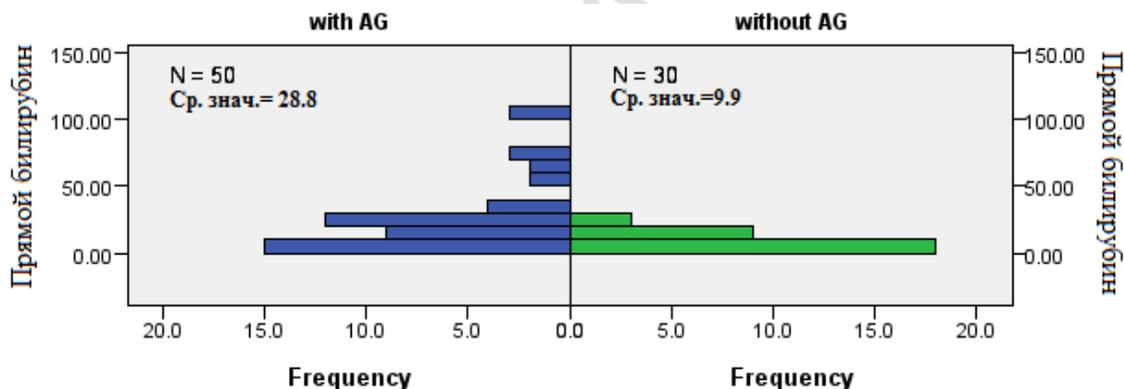


Рис. 6 – Распределение значений прямого билирубина у пациентов после лечения (U=147 p=0,039)

При проведении шага 4 редукция сывороточных уровней непрямого билирубина достоверно отличались между пациентами с различными степенями артериальной гипертензии (U=79 p=0,017), тогда как редукция прямого билирубина были недостоверным (U=40 p=0,791). (Рисунок 7 и 8 соответственно)

Клиническая медицина

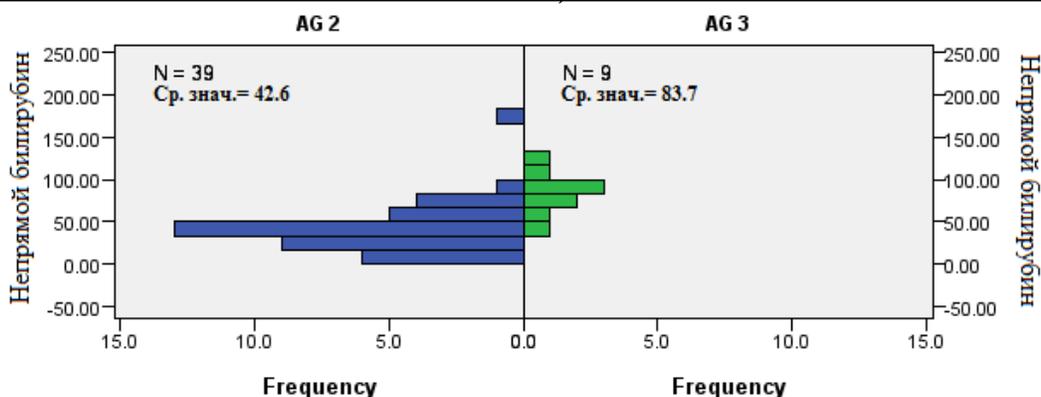


Рис. 7 – Взаимосвязь сывороточных уровней непрямого билирубина и АГ между пациентами с различными степенями АГ после лечения.

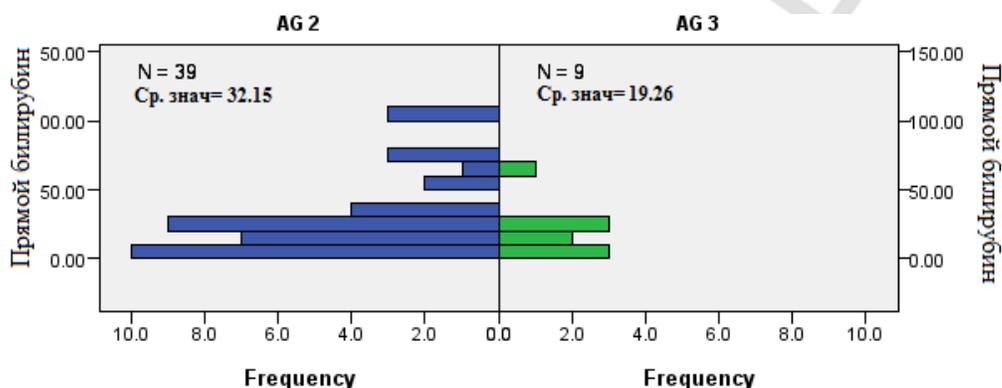


Рис. 8 – Взаимосвязь сывороточных уровней прямого билирубина и АГ между пациентами с различными степенями АГ после лечения.

Выводы.

1. Артериальная гипертензия достоверно соответствует низким значениям коэффициента де Ритиса в послеоперационном периоде. 2. Исследования показали, что снижение лабораторных признаков внепеченочного холестаза во время лечения было связано с цифрами артериального давления. 3. Степень снижения непрямого билирубина после лечения достоверно ассоциирована с тяжестью течения (степенью) артериальной гипертензии. 4. Раскрытие наличия взаимосвязи артериальной гипертензии и сдвигов лабораторных показателей внепеченочного холестаза (прямого и непрямого билирубина) после хирургического лечения механических желтух диктует необходимость проведения дополнительных исследований, с возможным последующим изменениями в тактике ведения пациентов с данной патологией.

Литература

1. 1999 World Health Organization and International Society of Hypertension Guidelines for the Management of Hypertension / Guidelines Subcommittee; edited by J. Chalmers // Journal of Hypertension –

Клиническая медицина

1999. – Vol.(17) №2. – P. 151-183. Гальперин, Э.И. Руководство по хирургии желчных путей / Э.И. Гальперин, П.С. Ветшев. – М.: Видар, 2006. – 568 с.
2. Виноградов, В. В. Непроходимость желчных путей / В. В. Виноградов, П. И. Зима, В. И. Кочиашвили. // М.: Медицина – 1997.
3. Гальперин, Э.И. Руководство по хирургии желчных путей / Э.И. Гальперин, П.С. Ветшев. – М.: Видар, 2006. – 568 с.
4. Оценка биохимических методов исследования в диагностике синдрома холестаза / П. В. Гарелик, В. М. Цыркунов, К. А. Фомин и др. // Клиническая медицина. - 1991. – №2. – С. 75-77.
5. Капранов, С. А. Чрескожные эндобилиарные вмешательства при стриктурах желчных протоков / С. А. Капранов, М. В. Авалиани, В. Ф. Кузнецова // Анналы хирургической гепатологии. – 1997. – Т. 2. – С. 123-131.