

УДК 616-036.1,616.36

К ВОПРОСУ О КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКИХ ОСОБЕННОСТЯХ ХРОНИЧЕСКИХ НЕИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПЕЧЕНИ У ЖЕЛЕЗНОДОРОЖНИКОВ

Зарицкая Л.П., Панов Б.В., Зарицкая Л.Л., Номикосов Н.В.

Украинский НИИ медицины транспорта, г. Одесса

Дорожная больница Одесской железной дороги

Впервые поступила в редакцию 29.06.2006 г. Рекомендована к печати на заседании ученого совета НИИ медицины транспорта, протокол № 5 от 30.06.2006 г.

Железнодорожный транспорт является наиболее динамично развивающейся отраслью транспорта Украины. Данным видом транспорта осуществляется перевозка 65% пассажиропотока и 81% грузопотока всего транспорта Украины. В том числе осуществляется перевозка опасных и особо опасных грузов. Работающие в железнодорожной отрасли подвергаются воздействию разнообразных вредных и опасных факторов производственной среды. Существенная доля вредных и опасных грузов и факторов производственной деятельности железнодорожников обладает гепатотропным эффектом, вызывая неинфекционные поражения печени [7]. Кроме этого на состояние печени, безусловно, оказывает влияние сменный характер труда ряда железнодорожных профессий, и, связанный с этим, характер питания данной категории лиц.

С точки зрения этиологии выделяют инфекционные (в первую очередь вирусные), токсические (в том числе алкогольные, лекарственные), обменные и дисциркуляторные поражения печени, а в зависимости от преобладающего патологического процесса различают гепатозы, (если преобладает дистрофия и некроз гепатоцитов), гепатиты (преобладает воспаление), циррозы (преобладают склероз стромы и нарушение регенерации паренхимы, ведущее к перестройке ее структуры) и опухоли (10). Известно, что вирусы гепатита способствуют развитию 4-х типов поражения печени, которые являются разными стадиями единого процесса: острый и хронический гепатиты, цирроз печени, гепатоцеллюлярная карцинома [4-8, 10-12], неспецифический реактивный гепатит. Диагноз последнего обычно кли-

ницисты определяют как проявление или осложнение другого заболевания, к примеру, желчекаменной болезни, туберкулеза, сепсиса и др.[4,9].

Одной из причин довольно высокого уровня заболеваемости хронической неинфекционной патологией печени у лиц трудоспособного возраста, на наш взгляд, может быть и низкая эффективность работы традиционных водоочистных сооружений в отношении вирусов, солей тяжелых металлов, нитратов, нефтепродуктов, пестицидов.

В настоящее время установлена достоверная связь между содержанием в питьевой воде хлорорганических соединений и появлением канцерогенных тригалометанов, способствующих наиболее распространенным заболеваниям печени: хроническому гепатиту, циррозам, раку.

Таким образом, изучение распространенности неинфекционной патологии печени у работающих на железнодорожном транспорте представляет существенный интерес.

Материал и методики

Для ретроспективного анализа и изучения распространенности неинфекционных заболеваний печени были использованы архивные материалы за 1995-2005гг. патологоанатомического и клинических отделений о: Дорожной больницы Одесской ж/д.

Анализировались годовые отчеты и пояснительные записки к ним, журналы и протоколы вскрытия, изучено 47 историй болезни больных с установленным диагнозом неинфекционного поражения печени, находившихся на стационарном лечении с 1995 по 2005 г.г. и собственные на-

блюдения.

Результаты исследований и их обсуждение.

По данным проведенного исследования за 1995-2005гг. общее число секций составило 733, из них в 47 случаях (6,4%) зарегистрированы умершие от неинфекционных заболеваний печени. Ранговые места нозологических форм при поражении печени среди 47 случаев распределились следующим образом: На 1 месте - цирроз печени - 80,8% (38 чел.), на 2 – рак печени 6,4 % (3 чел.) и на 3 – хронический активный гепатит -4,2% (2 чел.). Гемангиома печени и синдром Бадда-Киари зарегистрированы как единичные случаи.

Все больные с установленным диагнозом заболеваний печени обследованы в Дорожной больнице Одесской ж/д.

Проведенные исследования включали оценку результатов клинико- лабора-

торных, инструментальных, аппаратных методов и морфологические: гистология, биопсия.

По данным настоящего исследования к основным профессиям у железнодорожников относятся: проводники, слесари, грузчики вагонов и прочие.

Материалы патологоанатомического исследования больных с хроническими неинфекционными заболеваниями печени за период 1995-2005гг. приведены в абсолютных цифрах (таблица 1).

Из таблицы следует, что общее число умерших в различные годы от хронических заболеваний печени неинфекционного характера ежегодно уменьшается, что возможно следует объяснить некоторым улучшением жизненного уровня населения, использованием опреснительных установок, воды из бюветов, а также водопроводной воды с помощью фильтру-

ющих насадок. Число мужчин с летальным исходом, от указанной патологии, заметно преобладает и составляет за последние 10 лет -65,9% (31 чел.) против 34,0% (16 чел.) среди женщин.

Данные летальных исходов при неинфекционных хронических заболеваниях печени у железнодорожников, лечившихся стационарно, представлены в таблице 2.

В случае с болезнью Бадда-Киари была проведена клинико-патолого-анатомическая конференция в 1997 году, поскольку имело место расхождение диагноза клинического и патологоанатомического.

Б-й В., 67 лет, по профессии водитель погрузчика, поступил в клинику 24.09.97 г. с диагнозом: Порталь-

Таблица 1.

Показатели летальности при хронической неинфекционной патологии печени с учетом возраста и пола за 1995-2005гг.

Годы	Число секций	Хроническая неинфекционная патология печени								Всего
		Всего	Мужчин возраст, лет			Всего	Женщин возраст, лет			
			До 39	40-59	60 и >		До 39	40-59	60 и >	
1995	114	4	-	1	3	5	-	2	3	9
1996	134	10	2	4	4	2	-	1	1	12
1997	106	5	-	1	4	4	-	-	4	9
1998	82	1	-	-	1	1	-	-	1	2
1999	57	1	1	-	-	2	-	1	1	3
2000	49	3	-	1	2	-	-	-	-	3
2001	39	1	-	1	-	1	-	-	1	2
2002	48	4	1	-	3	-	-	-	-	4
2003	39	-	-	-	-	-	-	-	-	-
2004	30	-	-	-	-	-	-	-	-	-
2005	35	2	-	1	1	1	-	-	1	3
Итого	733	31	4	9	18	16	-	4	12	47

Таблица 2.

Распределение различных хронических заболеваний печени неинфекционного генеза в зависимости от пола и возраста

Нозологиическая форма	Всего	Мужчины, лет			Всего	Женщины, лет			Всего
		до 39	40-59	60 и >		До39	40-59	60 и >	
Цирроз печени	38	3	12	13	28	1	4	7	12
Рак печени	3	-	-	1	1	-	-	2	2
Хронич. гепатит	2	-	-	1	1	-	-	1	1
Гемангиома	1	-	-	1	-	-	-	-	-
Б-нь Бадда-Киари	1	-	-	1	-	-	-	-	-
Итого	47	3	12	17	31	1	4	10	15

ный цирроз печени в стадии декомпенсации. Признаки печеночно-клеточной недостаточности.

Болен с 1965 г, когда у больного наблюдалась впервые картина острого живота на фоне диспептических явлений, увеличения размеров печени и селезенки. Была произведена операция – спленэктомия. Последующий период протекал благополучно до 1985 года, когда наступило ухудшение состояния в связи развившимся в тот период кровотечением из варикозно-расширенных вен пищевода. После этого неоднократно проводилось лечение в условиях стационара по поводу цирроза печени. Последнее поступление в стационар связано с резким ухудшением состояния: нарастанием общей слабости, отвращением к пище, нарастанием признаков энцефалопатии. Несмотря на проводимую адекватную терапию на 2-е сутки наступила смерть больного.

Клинический диагноз:

Портальный цирроз печени в стадии декомпенсации с признаками печеночно-клеточной недостаточности и портальной гипертензией.

ИБС. Атеросклеротический кардиосклероз. АВ блокада 1 ст. Дистрофия миокарда. Острая сердечно-сосудистая недостаточность. НК-ІІБ.

Печеночная энцефалопатия. Варикозное расширение вен пищевода с рецидивирующим кровотечением из них. Постгеморрагическая анемия. Эрозивный гастрит. Эрозивный эзофагит. Мочекаменная болезнь.

Патологоанатомический диагноз:

1. Болезнь Бадда-Киари. Склероз печеночной вены с пристеночным тромбозом и реканализацией.

Конкурирующее заболевание: гепатоцеллюлярный рак печени с метастазами в лимфоузлы печеночно-двенадцатиперстной связки, мезентериальные, парааортальные.

2. Варикозное расширение вен пищевода. Асцит (1,5 л), водянка желчного пузыря. Эрозивный эзофагит. Острые эрозии слизистой оболочки желудка. Паренхиматозная дегенерация внутренних органов. Отек легких.

3. ИБС. Атеросклеротический коронаро-кардиосклероз. Атеросклероз аорты. Хронический бронхит. Мочекаменная болезнь. Камень мочевого пузыря. Аденома предстательной железы.

На аутопсии были обнаружены следующие особенности: Брюшная полость содержит 1500 мл прозрачной желтой жидкости. Коронарные артерии с эксцентрично расположенными атеросклеротическими бляшками, суживающие просвет на 30%. Миокард на разрезах дряблый, серо-красный, с мелкими, единичными прослойками белесовато-серой ткани. Аорта бело-желтая с небольшим количеством кальцинированных бляшек, расположенных преимущественно в брюшном отделе. Вены пищевода утолщены и расширены на всем протяжении. Печень с неровной поверхностью, под капсулой видны белесоватые узлы неправильной формы, размерами от 0,7 до 3,5 см. Размеры печени 35x22x20x10 см. В толще паренхимы – белесые узлы, мягкой консистенции, занимающие значительную площадь. Один из узлов достигает размеров 5 см. Печеночные вены костной плотности. Стенка их резко утолщена, слоистая с тромботическими наложениями. Почки правая размерами 16x6x5 см, левая – 17x7x5,5 см. Чашечно-лоханочная система левой почки умеренно расширена, содержит плотный шероховатый конкремент диаметром 0,5 см. Мочевой пузырь пуст, содержит овальной формы плотный серый конкремент 2x1 см.

Гистологические исследования: Пищевод: выраженное варикозное расширение вен, эрозии слизистой оболочки.

Печень: гепатоцеллюлярный рак печени, зернистая дистрофия гепатоцитов, диссоциация, дисконфлексация печеночных балок, венозное полнокровие, выраженный склероз стромы, геморрагии вокруг печеночных венул.

Таким образом, патолого-анатомическая картина и гистология печени в нашем примере была соответствующей синдрому Бадда-Киари, обусловленному по данным литературы [2] различными факторами вторичной обтурации печеночных вен: полицитемия (эритремия), мигрирующий тромбофлебит, паразитарные инва-

зии, очаговые поражения печени (гумма, киста, опухоль, абсцесс), спаечный процесс в брюшной полости и др., в отличие от болезни Киари, именуемую в литературе как редкий вариант хронического вирусного гепатита, протекающего с прогрессирующим эндофлебитом не только мелких, но и крупных печеночных вен.

Из приведенного нами примера следует, что в данном случае воспалительный процесс в печени протекал длительное время бессимптомно и резкое прогрессирование заболевания с резким венозным застоем в печени и закупоркой печеночных вен, по-видимому, связано с тромбообразованием в пораженных воспалительным процессом венах, с нарастанием признаков портальной гипертензии, проявившейся спленомегалией и застойными явлениями в системе нижней полой вены, асцитом. Несомненно, что в данном случае определенная зависимость в прогрессировании патологического процесса возможно связана с опухолевым процессом.

Из наиболее часто диагностируемых при жизни больных неинфекционных заболеваний печени мы более подробно остановимся на одном из двух случаев гемангиомы печени, которые можно отнести к «секционной находке».

Больной З., 61 год, поступил в больницу с диагнозом: острый живот, печеночная кома.

В течение суток в день поступления в стационар развились боли в животе, в правом подреберье. Из анамнеза выяснено, что больной лечился за последние 5 лет по поводу заболевания печени и желчного пузыря. Через 3 часа после поступления в стационар в хирургическом отделении была произведена операция: лапаротомия, тампонирование кровоточащих участков печени. Обнаружено около 3л крови в брюшной полости, произведено дренирование брюшной полости. Несмотря на проводимое лечение, через 12 часов 30 мин. наступила смерть.

Заключительный клинический диагноз

Цирроз-рак печени с распадом правой и левой доли печени. Внутривенное профузное кровотечение. Постгеморрагическая анемия. ИБС: Атеросклеротический кардиосклероз. НК 1А ст. Хроничес-

кий бронхит.

Было проведено патолого-анатомическое исследование с применением специальных и лабораторных методов исследования (гистология, биопсия) с учетом всех клинических данных по истории болезни.

Патолого-анатомический диагноз:

1. Кавернозная гемангиома правой доли печени (см. рис. №1, №2).

2. Некроз ткани опухоли, кровотечение из ткани опухоли (в брюшной полости до 3-х литров жидкой крови - по данным истории болезни). Лапаротомия, тампонирование, дренирование брюшной полости, произведенная через 12 часов 30 мин. после поступления в больницу и за 12 часов 30 мин. до смерти. Постгеморрагическая анемия. Паренхиматозная дистрофия миокарда, почек, печени. Отек легких.

Портальный цирроз печени, спленомегалия. Варикозное расширение нижней трети пищевода. Рак внутривеночных желчных протоков - высокодифференцированная форма. Эмфизема легких.

to: Гемангиомам посвящено достаточно много работ, как в нашей стране, так и за рубежом [1,3,9,13-17].

Обнаружение гемангиомы печени сопряжено со значительными трудностями, лишь в редких случаях удавалось правильно распознать опухоль до операции.

Ангиомы печени могут долго оставаться незаметными и лишь увеличение их размеров и присоединяющиеся осложнения в виде внезапного их разрыва могут вызвать болезненные симптомы. Тромбозы с последующей организацией каверномы, могут привести к полному замещению соединительной тканью. В таких рубцово-измененных ангиомах можно найти отложение солей. Если ангиомы развиваются в интерлобулярной ткани, то они растут, раздвигая печеночную ткань, и сохраняют свою тонкую капсулу. Реже могут иметь место неограниченное прорастание ангиоматозных элементов в паренхиму печени, когда опухоль принимает инфильтрирующий характер.

Помимо тромбозов, сращений и сдавлений соседних органов, иногда могут появиться боли, напряжение брюшной

стенки, желтуха, восходящие холангиты с повышением температуры и клиническая картина больше всего напоминает холециститы.

За последние годы достигнуто много в отношении рентгенологической, ультразвуковой, томографической диагностики, остановки профузного кровотечения после удаления опухоли, однако до настоящего времени остаются до конца неизученными вопросы о том, какое значение имеет повышенная проницаемость сосудистой стенки, вызванной алкогольной интоксикацией, «ударами» при гемангиомах. На рис. №1 и №2 отчетливо просматриваются морфологические изменения в ткани печени при гемангиоме в приведенном нами случае.

Выводы:

1. Самой распространенной хронической патологией печени неинфекционного характера у железнодорожников, по нашим данным, является цирроз печени.
2. Наиболее высокая летальность отмечена в возрастных группах старше 60 лет, как у мужчин, так и среди женщин.
3. Фактически летальность при хронической патологии печени у мужчин вдвое превышает эти показатели по сравнению с женщинами (31 у мужчин против 15 у женщин).
4. При исследовании лиц, умерших от гемангиомы, в противоположность другим неинфекционным заболеваниям печени, с твердо установленной этиологией, прижизненное распознавание гемангиом печени чрезвычайно трудная задача, несмотря на тщательность поисков и высокую квалификацию лечащих врачей.

Можно полагать, что дальнейшее накопление и изучение материала по редким неинфекционным поражениям печени без стереотипных подходов в прижизненной диагностике будет способствовать более успешному решению задач стоящих перед клиницистами.

Литература

1. Евтухович Ю.И. Вопросы этиологии, клиники и лечения поверхностных гемангиом. Дисс. канд. Воронеж, 1963.

2. Блюгер А.Ф., Ионов В.Г. Заболевания сосудов печени. - В кн.: Основы гепатологии. Рига.-1975.-с.405-420.
3. Корнман И.Е. Гемангиомы. Литературный очерк учения о гемангиомах и собственные патологоанатомические исследования. Одесса.-1913.- С.269-309.
4. Логинов А.С. Новое в проблеме хронических гепатитов.//Тер арх.- 1975. - №9.- С.3-9.
5. Логинов А.С. Международная классификация хронических диффузных заболеваний печени. Проблемы и суждения. В кн.: Актуальные вопросы гастроэнтерологии. -М. - 1977. - №10. - т.1. -С.3-27.
6. Логинов А.С., Аруин Л.И. Клиническая морфология печени. -М.- 1985.
7. Панов Б.В. Професійна захворюваність у транспортній галузі // СЕС профілактична медицина.-2006.- №2. -С.46-48.
8. Майер К.П. Гепатит и последствия гепатита /Практическое руководство// Пер. с нем.- М. - 1999.
9. Петров Н.Н. Ангиомы. В кн.: Общая хирургия /Под ред. Э.Р.Гессе, С.С.Григолова, В.А.Шаак.-Т2.-М.-Л.-1931.-.348 с.
10. Подымова С.Д.Болезни печени /Руководство для врачей. - М.: Медицина. - 1984.-С.149-350; 380-388.
11. Попова И.В.Патологическая анатомия: курс лекций./Учебное пособие под ред. В.В.Серова, М.А.Пальцева -. М.- 1998.-С.435-450.
12. Серов. В.В., Дрозд Т.Н. ,Лебедев С.А. и др. // ВИНТИ. Итоги науки и техники.Сер.: Патологическая анатомия.- 1987.-№6.
13. Albath K. Die Haemangiome und ihre Behandlung.Diss.Berlin.-1938.
14. Johnson E.W. Haemangiomas of the extenities.Minneapolis.- 1950.
15. Laborde S. Le Traitement des angiomes chez les enfants.Paris.- 1956.
16. Malan E., Puglionisi A.Congenital angiodisplasias of the extremities.//J. cardiovasc.Surg.- 1964.-v.5.-P.87.- 1965.-v.6.-P.255.

17. Roselli D. Angiomi tegumentari e angiomatosi.//Mniera derm.-1958.- 33.- 381 p.

Резюме

КЛІНІКО-МОРФОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ХРОНІЧНИХ НЕІНФЕКЦІЙНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ ПЕЧЕНІ У ЗАЛІЗНИЧНИКІВ

Зарицька Л.П., Панов Б.В., Зарицька Л.Л., Номикосов Н.В.

Працівники залізничної галузі транспорту в процесі трудової діяльності підлягають впливу ряду шкідливих факторів, у тому числі и таких, що мають гепатотропну дію.

В той же час терапевти, гастроентерологи и гепатологи в процесі ведення хворих, страждаючих захворюваннями печені, практично не враховують гепатотропну дію виробничих шкідливих факторів, що призводить до серйозних ускладнень в процесі лікування та реабілітації таких хворих.

Проведено ретроспективне вивчення неінфекційних захворювань печені за період 1995-2005 рр. у 47 залізничників, що лікувалися в Дорожній лікарні Одеської залізниці. Аналізували річні звіти та пояснювальні записки до цих звітів, протоколи розтинів, історії хвороб. Установлена наступна структура неінфекційних поражень печені: 80,8% (38 випадків) - цирроз, 6,4% (3 випадка)- рак, 4,2% (2 випадки) хронічний активний гепатит, одиничні випадки гемангіоми печінки та синдрому Бадда-Киарі. Розглянуті клінічні випадки гемангіоми печінки та синдрому Бадда-Киарі. Основні висновки роботи: найбільш часто у залізничників, які страждають на неінфекційну патологію печінки зустрічається цироз; відсутність у лікарів настороженості и знань щодо гепатотропного впливу ряду шкідливих виробничих фак-

торів, знижує ефективність лікування та реабілітації хворих, які страждають на патологію печінки.

Summary

CLINICAL AND MORPHOLOGICAL FEATURES CHRONIC UNINFECTIOUS DISEASES OF A LIVER AT THE RAILWAYMEN

Zaritskaya L.P., Panov B.V., Zaritskaya L.L., Nomikosov N.V.

The workers of railway branch of transport during labour activity are exposed to influence of a number(line) of the adverse and harmful factors, including having by action.

At the same time and during conducting the patients suffering by diseases of a liver, practically do not take into account action of the industrial harmful factors, that results in serious complications during treatment and rehabilitation of such patients.

The retrospective study of uninfected diseases of a liver for the period 1995-2005 yy. at 47 railway men treated in Hospital Odessa railway is carried out(spent). The annual reports and explanatory slip to these reports, protocols of openings, history of illnesses were analyzed. The following structure of not infectious defeats of a liver is established: 80,8 % (38 cases) - cirrhosis, 6,4 % (3 cases) - crawfish, 4,2 % (2 cases) chronic active hepatitis, single instances hemanhioma of a liver and syndrome Badd-Kiary. The clinical cases hemanhioma of a liver and syndrome Badd-Kiary are considered. The basic conclusions of job: most often at the railway men suffering by a not infectious pathology of a liver, meets cirrhosis; the absence at the doctors circumspection and knowledge about hepatotropic influence of a number of harmful production factors, reduces efficiency of treatment and rehabilitation of the patients suffering by a pathology of a liver.