

Секция «Фундаментальная медицина»

Клинические проявления алкогольного гепатита в условиях Якутии

Анисимова А.И.¹, Оконешникова Н.П.²

*1 - Северо-Восточный Федеральный университет имени М.К. Аммосова, Медицинский факультет, 2 - Северо-Восточный федеральный университет имени М.К.Аммосова, Медицинский факультет, Якутск, Россия
E-mail: chika_1202@mail.ru*

Большая распространенность алкоголизма во всем мире, его общеизвестные отрицательные последствия делают эту проблему особенно актуальной и порождают необходимость изучения его осложнений. При хроническом алкоголизме отмечается поражение печени, желудка, кишечника, сердечно-сосудистой системы, поджелудочной железы, нервной системы и других органов [1, 2].

Было обследовано 42 больных с алкогольным хроническим гепатитом (АХГ). Некоренных мужчин (русские) 13 (44,8%), коренных (якуты) 16 (55,1%). Некоренных женщин 6 (46,2%), коренных 7 (53,8%).

Наиболее часто выявляется в возрастной группе мужчин 30-39 и 40-49 лет, со значительным преобладанием у коренных больных. У больных проанализированы клинические синдромы и симптомы. Астено-вегетативный синдром встречался практически у всех больных (97,6%), гепатомегалия (100%), болевой симптом (97,6%) и диспепсические расстройства (28,6%), а спленомегалия редко, определяется только при УЗИ исследований. Желтуха у 14 (33,3%) больных.

Клинические проявления и тяжесть заболевания были более выраженными у лиц коренной национальности. У коренных системные проявления встречались 16 (72,6%), а некоренных 7 (31,8%) больных. Геморрагический синдром у 30,7% без существенных различий по группам. Поражение желудка в виде гастрита наблюдалось у 48,2%, поджелудочной железы в виде хронического панкреатита – 37,5%, слюнных желез в виде паротита – 23,2%, почек – 25% в виде алкогольного нефрита или пиелонефрита – 25%, сердца в виде алкогольной кардиомиопатии часто с аритмией – у 16%, легких в виде бронхитов с затяжным клиническим течением – у 5,4% больных.

При изучении лабораторных показателей оказалось, что у 100% больных выявлялись гипераминотрансфераза. Повышение уровня щелочной фосфатазы у 13 (30,9%) больных. Гипоальбуминемия у 10 (23,8%) больных. Гиперхолестеринемия встречалась у 26 (61,9%).

В биоптатах печени у 86,1% больных одновременно с тельцами Каунсильмена выявлялся алкогольный гиалин, как в цитоплазме печеночных клеток, так и внеклеточно. Вокруг телец Маллори наблюдалось очаговое скопление полинуклеарных лейкоцитов. У 76,4% больных во многих полях зрения выявлялись крупные гепатоциты с мелкозернистой цитоплазмой, которое напоминало матовое стекло. Жировая дистрофия обнаруживалась в срезах печени у 4,2% больных. В паренхиме печени очаги некроза были инфильтрированы преимущественно гистиолимфоцитарными элементами с наличием значительного количества полиморфно-ядерных лейкоцитов. Морфологические признаки холестаза выявлялись в пунктатах печени у трех больных.

Таким образом, в АХГ выявлялся у лиц коренного населения в возрастной группе 30-49 лет. В клинике чаще выявлялись гепатомегалия, астено-вегетативный и болевой

синдромы, в лабораторных данных у всех гипераминотрансфераземия, гиперхолестеринемия. Морфологически одновременно с тельцами Каунсильмена выявлялся алкогольный гиалин и тельца Маллори.

Литература

1. Абдурахманов Д.Т. Алкогольная болезнь печени // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. 2007. №6. С.4-9
2. Мухин А.С. Алкогольная болезнь печени. Автореф. дисс. ... докт. мед. наук. Москва, 1981

Слова благодарности

Спасибо, что проводите такие научные конференции.