

НСV и его генотипов в инициации ряда клинических проявлений при поражении вирусной инфекцией печени, а также других органов и систем человеческого организма, решение которых может быть использовано в установлении предикторов клинического течения заболевания, в решении диагностических задач и в выборе оптимальных схем лечебно - корректирующих мероприятий. Данная проблема требует дальнейшего интенсивного изучения с привлечением доказательного фактического материала.

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИЮ ХРОНИЧЕСКИХ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ

М.П. Груздев, О.С.Аверьянова

В предыдущие десятилетия диагностика ряда заболеваний желчевыводящей системы (желчекаменной болезни, полипоза желчного пузыря) представляла существенные трудности, а диагностика бескаменной формы хронического холецистита (ХХ) рассматривалась как клиническая задача (А.М.Ногаллер, Г.М.Агаджанян, 1979) в силу отрицания значения лейкоцитов в дуоденальном аспирате в качестве маркера воспалительного процесса в ЖВС. Прижизненная неинвазивная диагностика рака желчного пузыря принципиально считалась невозможной.

Достижения научного прогресса в последние годы позволили сделать весомый вклад в диагностическую технику. Наибольшее распространение в клинической практике получила ультрасонография (УЗИ) желчного пузыря, позволяющая в 80% диагностировать ХХ. Основными эхо семиотическими признаками ХХ считаются эхоплотность стенки пузыря и его толщина.

В то же время абсолютизировать эти признаки (особенно толщину) нельзя,

т.к. подобные изменения могут быть обусловлены другими патологическими процессами (ранние стадии рака желчного пузыря), зачастую совершенно не связанными с патологией билиарного дерева (заболевания почек и т.д.). Одновременно наш клинический опыт даёт основание дифференцированно подходить к оценке общепринятой нормы толщины стенки (до 2 мм), которая зависит в свою очередь от пола, типа конституции и отдела желчного пузыря. Несмотря на высокую выявляемость билиарных конкрементов указанным методом, все же камни остаются нераспознанными в 5,3% по нашим данным. В этой связи мы предлагаем активнее использовать холеретики или холеспазмолитики за 2-3 часа до УЗИ, что позволяет повысить выявляемость этих образований.

Большое развитие получили различные варианты кристаллографического метода. Мы использовали метод поляризационно-оптической микроскопии желчи без добавок, позволяющий устанавливать и разграничивать хронический воспалительный процесс в ЖВС (раннее формирование жидкокристаллической фазы, быстрое образование кристаллов типа густых веток или листьев) и холестериновый холелитиаз на ранней стадии (I стадия ЖКБ по Х.Х. Мансурову).

По-прежнему болевой точкой в гастроэнтерологии является оценка моторно-тонической деятельности желчного пузыря, сфинктерного аппарата ЖВС и уточнение типа дискинезии. Дело в том, что данные многомоментного хроматического фракционного дуоденального зондирования (МХФДЗ) с использованием одного и того же раздражителя при повторном зондирования, а также использование различных раздражителей весьма часто дают неоднородные результаты. Кроме того, имеются данные о высоком проценте расхождения результатов МХФДЗ и холецистографии (А.М.Ногаллер, Г.М.Агаджанян, 1979). К тому же следует отметить, что МХФДЗ имеет и ряд серьезных противопоказаний к своему применению.

В этом плане вполне приемлемым нам представляется широкое использование УЗИ желчного пузыря с пищевыми раздражителями для установления кинетической функции желчного пузыря. Однако наиболее перспективным в последние годы является использование синтетических аналогов гормона холецистокинина.

Компьютерная томография является высокоэффективным методом диагностики рака (100%), водянки и эмпиемы желчного пузыря, но не ЖКБ и ХХ, поскольку визуализирует лишь достаточно крупные камни (больше 5 мм) или мелкие, но содержащие обязательно кальций. В последнем случае конкременты хорошо видимы и при УЗИ. Следует также подчеркнуть достаточно высокую разрешающую способность УЗИ в диагностике рака желчного пузыря (87%).

Совершенствование фармакорентгенологических методик дало возможность существенно расширить диагностический арсенал в билиологии. Предложенный Е.З.Поляк и соавт. (1990) метод с использованием прозерина и атропино-новокаинового коктейля позволяет дифференцировать синдром периодической желтухи, обусловленный калькулёзным холангитом, с холангитом, вызванным либо сдавлением головкой поджелудочной железы, либо нарушением дуоденальной проходимости. Несомненные достоинства этого параклинического теста требуют активного внедрения в практическую деятельность гастроэнтерологического центра.

В связи с новыми представлениями о роли инфекционного фактора в билиологии чрезвычайно актуальным представляется внедрение в практическую деятельность принципиально иных бактериологических исследований желчи на выявление представителей рода *Helicobacter*-*H. billis*, *H. hepaticus*, *H. mustelae*.

Несмотря на существенный прогресс в параклинических методах исследования, мы считаем, что распознавание ХХ - это прежде всего клиническая задача. Известно, что детальный анализ субъективных и объективных признаков повышает на 25% точность диагностики. Совершенное

владение физическими приемами исследования, классифицированными Я.С. Циммерманом и В.В. Головским (1972), позволяет диагностировать не только фазу течения, установить глубину патологического процесса, но и дифференцировать ХХ от первичных дискинетических расстройств (В.В. Головской, 1978).

В связи с принципиально новым подходом к лечению физико-химической стадии ЖКБ, предотвращающему дальнейшее камнеобразование, мы активно рекомендуем подобным больным систематические физические нагрузки, меры по ликвидации излишней массы тела, нарушений функции желудочно-кишечного тракта. Особый акцент делается на режиме питания, предусматривающего дробный прием пищи с циклическим включением в течение года отрубей и зелени. Считаем, что не следует целиком исключать сливочное масло, поскольку сокращение поступления полноценных жиров нарушает динамическое соотношение между желчными кислотами и холестерином, что в конечном итоге вновь способствует камнеобразованию.

В этой же стадии показано и медикаментозное воздействие на процесс дисхолии, включающее препараты хено- и урсодезоксихолевых кислот, снижающих синтез холестерина (хенодиол, урсофальк, урсосан, литофальк и др.). При невозможности их использования следует широко назначать лиобил, аллахол, холензим, обладающие также способностью снижать литогенный потенциал желчи. Кроме того, мы применяем и сбор лекарственных трав (трилистник, мята, птичий горец) сроком до 6 месяцев, который также достоверно снижает литогенные свойства желчи. Определенные успехи достигнуты и в лечении ХБХ. При наличии соответствующих показаний к противовоспалительной терапии мы назначаем антибактериальные препараты хинолонового ряда (нолицин, таривид, ципробай), обладающие способностью создавать высокую концентрацию в желчи. Данная группа средств подавляет рост стафилококков и псевдомонасы.

В то же время при лабораторно доказанной тенденции к иммунодефициту мы предпочитаем использовать нитрофурановые производные. При наличии

лямблиоза успешно себя зарекомендовала 3-х компонентная терапия, включающая нитрофураны, фазижин и трихопол. Эффективность данной схемы дегельминтизации по нашим наблюдениям достигает 92%.

При гиперкинетической дискинезии доказал свое преимущество среди спазмолитиков препарат дюспаталин, обладающий двойным механизмом действия без развития гипотонии. Одестону свойственно избирательное действие на моторику желчных путей. Очень эффективным при лечении ХХ оказался препарат из цветков пижмы танацехол, обладающий многокомпонентным действием - холеретическим, холеспазмолитическим и гепатопротекторным. В отличие от танацехола, зифлан, представляющий собой препарат из цветков бессмертника, обладает кроме холеретического и гепатопротекторного действия и свойством повышать тонус желчного пузыря.

Такой желчегонный препарат как флакумин в принципе не уступал по своему эффекту известному аллохолу. Калефлон, обладающий противовоспалительными свойствами, вполне успешно нами использовался при сопутствующей гастроэнтерологической патологии (язвенная болезнь, хронический дуоденит и колит).

В то же время мы не можем согласиться с утверждением А.М. Ногаллера и соавт. (1989) о возможности использования желчегонных средств при сопутствующей патологии печени, т.к. холеретики повышают функциональную нагрузку на гепатоциты.

Из относительно новых физических методов лечения следует выделить микроволново-резонансную терапию на точки акупунктуры, обладающую выраженным положительным эффектом без развития побочных и аллергических реакций даже в качестве самостоятельного вида лечения в период обострения ХХ.

При проведении санаторно-курортного лечения наиболее оптимально, по нашему мнению, использование минеральных вод Маянского и Обуховского водоисточников, состав которых по степени минерализации близок к составу воды соответственно «Ессентуки-17» и «Нафтуса»

Таким образом, соединение традиционных и современных методов диагностики и терапевтической коррекции позволяют поднять на качественно новую ступень распознавание и лечение различных заболеваний ЖВС.

Изменение эндотелиальных ростовых факторов и сывороточных цитокинов при сахарном диабете 2 типа

Бревнова А.Л., Трельская Н.Ю., Зеленина М.С., Лагерева Ю.Г.

Актуальность проблемы. При сахарном диабете 2 типа (СД 2) имеется повышенный риск развития атеросклероза, что способствует высокой сердечно-сосудистой заболеваемости и смертности. При этом традиционные факторы риска, такие как дислипидемия, артериальная гипертензия, курение не могут полностью объяснить распространение риска сердечно-сосудистых заболеваний при СД 2, что определяет необходимость идентифицировать другие факторы, которые могут влиять на этот процесс. В настоящее время большое внимание уделяется состоянию эндотелия и его роли в развитии атеросклеротического поражения.

Цель: Изучить состояние эндотелиальных ростовых факторов и сывороточных цитокинов у больных СД 2.

Материалы и методы: Было обследовано 70 больных СД 2, для сравнения была взята контрольная группа: 30 здоровых лиц без отягощенной наследственности по СД 2. В сыворотке определяли следующие факторы: FGFb_{as} (основной фактор роста фибробластов), VEGF (сосудистый эндотелиальный фактор роста), sVEGFR1, sVEGFR2 (растворимые рецепторы к сосудистому эндотелиальному фактору роста 1 и 2), ENDT1 (эндотелин 1), TNF α (фактор некроза опухоли α), IL-6 (интерлейкин-6) и IL-8 (интерлейкин-8). Обработка полученных данных проводилась с использованием статистических программ «SPSS v.14.0».