

гистологического исследования, и независимо от показателей биохимических тестов, мы назначаем иммуносупрессоры (преднизолон, делагил) с профилактической целью. Тем более коррекция лечения, отмена иммунокорректоров осуществляются строго под контролем СЧЛБП.

Среди научных направлений кафедры, связанных с морфологическими исследованиями печени, значительная роль отводится изучению морфофункционального состояния гепатоцитов при ХДЗП. Выявлены диагностически значимые различия индекса альтерации и ядерно-цитоплазматического отношения при невоспалительных (синдром Жильбера) и воспалительных (гепатиты и циррозы) ХДЗП. Эти количественные критерии наряду с качественными гистологическими изменениями были положены в основу диагностических признаков синдрома Жильбера. Другим направлением являлось изучение микроциркуляторного русла печени с помощью гистохимических методов выявления фибрина (по Зербино Д.Д., Лукасевичу Л.Л.). Был подтвержден факт перманентного локального внутрисосудистого свертывания крови в печени при прогрессирующих формах ХДЗ.

В настоящее время с помощью СЧЛБП проводится изучение процессов регенерации печени методом проточной цитометрии. Исследование плоидности гепатоцитов в динамике патологического процесса, влияния на него различных методов лечения представляет несомненный интерес для понимания и прогнозирования печеночной недостаточности.

Таким образом, СЧЛБП, являясь необходимым методом в гепатологии, заняла в научно-практической деятельности кафедры полагающееся ей достойное место.

ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ И ПЕРСПЕКТИВЫ ВНЕДРЕНИЯ В ПРАКТИКУ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ НОВЫХ МЕТОДОВ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЖЕЛЧЕВЫВОДЯЩЕЙ СИСТЕМЫ

О.С.Аверьянова, М.П.Груздев

В предыдущие два десятилетия диагностика ряда заболеваний желчевыводящей системы (желчнокаменной болезни, полипоза желчного пузыря) представляла существенные трудности, а диагностика бескаменной формы хронического холецистита (ХХ) рассматривалась как клиническая задача (Ногаллер А.М., Агаджанян Г.М., 1979) в силу категорического отрицания значения лейкоцитов в дуоденальном аспирате в качестве маркера воспалительного процесса в ЖВС (Комаров Ф.И., Иванов А.И., 1972). Прижизненная неинвазивная диагностика холестероза и 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% случаев диагностировать ХХ. Основными эхоэмиотическими 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 дает основание дифференцированно подходить к оценке общепринятой нормы толщины стенки (от 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 15,3% случаев по нашим данным. В связи с этим мы предлагаем активнее использовать холеретики (оксафенамид) или холеспазмолитики за 2-3 ч до УЗИ, что позволяет повысить выявляемость этих образований. Так, у двух наблюдаемых нами больных использование данного методического приема позволило установить правильный диагноз ЖКБ.

Существенным подспорьем в оценке активности воспалительного процесса и адекватности проводимой терапии больных ХХ являются иммунологические тесты, особенно отражающие ответную иммунную реакцию организма на гомологичный тканевой (желчнопузырный) антиген. В частности, высокий титр противоорганных антител отмечен нами у 62% больных, сниженный индекс миграции лейкоцитов — у 78%, причем максимальные изменения касались величины площади миграции лейкоцитов под влиянием желчнопузырного антигена.

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 холецистит 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 много-

моментного хроматического фракционного дуоденального зондирования (МФХДЗ) с использованием одного и того же раздражителя при повторном зондировании, а также использование различных раздражителей весьма часто дают неоднородные результаты (Иванов А.И., 1980). Кроме того, имеются данные о высоком проценте расхождения результатов МФХДЗ и холецистографии (Ногаллер А.М., Агаджанян Г.М., 1979). К тому же следует отметить, что МФХДЗ имеет и ряд серьезных противопоказаний к применению. В этом плане вполне приемлемым нам представляется широкое использование УЗИ желчного пузыря с пищевыми раздражителями для установления кинетической функции желчного пузыря, а для верификации гипотонии – холеретической пробы по В.С.Пиманову (1988).

Компьютерная томография является высокоэффективным методом диагностики рака (100%), водянки и эмпиемы желчного пузыря, но не ЖКБ и ХХ, поскольку визуализирует лишь достаточно крупные камни или мелкие, но обязательно содержащие кальций. В последнем случае конкременты хорошо видны 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 калькулезным холангитом, с холангитом, вызванным либо сдавлением головкой поджелудочной железы, либо нарушением дуоденальной проходимости. Несомненные достоинства этого параклинического теста позволяют рекомендовать его для активного внедрения в практическую деятельность гастроэнтерологического центра.

Полагаем, что наибольшей перспективой для внедрения в практику обладает метод фракционного определения гидроперекисей в желчи, позволяющий с высокой степенью достоверности дифференцировать ХБХ, ХХХ, цирроз печени, а также метод иконических изображений, разграничивающий дискинезию желчного пузыря, ХХ и холестероз.

В настоящее время для скрининговой диагностики вторичного иммунодефицита мы начали испытывать метод термодиагностики при помощи прибора "Хэлпер" (Нижегородский институт клинической патофизиологии и иммунологии и разработки новых методов диагностики и лечения), основанный на выявлении гипотермии в кожных микрizonaх, рефлекторно связанных с тимусом. Немногочисленные пока наблюдения все же дают воз -

возможность сделать вывод о взаимосвязи температурных колебаний с проявлениями тимусзависимого иммунодефицита.

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 на 25% повышает точность диагностики. Совершенное владение физическими приемами исследования, классифицированными Я.С.Циммерманом и Б.В.Головским (1972), позволяет диагностировать не только фазу течения, установить глубину патологического процесса, но и дифференцировать ХХ от первичных дискинетических расстройств (Головской Б.В., 1978).

В связи с принципиально новым подходом к лечению физико-химической стадии ЖБ, 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, предусматривающем дробный прием пищи с циклическим включением в течение года отрубей и зелени. Считаем, что не следует целиком исключать сливочное масло, поскольку сокращение поступления полных 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 стимуляторы оксидантных систем, ускоряющих синтез желчных кислот (фенобарбитал), а также препараты хено- и урсодезоксихолевых кислот, снижающих синтез холестерина (хенодиол, урсофальк, литофальк и др.). При невозможности их использования следует широко назначать лиобил, липрахол, уролесан, розанол, обладающие также способностью снижать литогенный потенциал желчи. Кроме того, мы применяем и сбор лекарственных трав (трилистник, мята, птичий горец) сроком до 6 мес., который также достоверно снижает литогенные свойства желчи.

Определенные успехи достигнуты и в лечении ХБХ. При наличии соответствующих показаний к противовоспалительной терапии мы назначаем новые антибактериальные препараты кинолонового ряда (нолицин, таривид, ципробай), обладающие способностью создавать высокую концентрацию в желчи. Данная группа средств подымает рост стафилококков и псевдомонаса.

В то же время при лабораторно доказанной тенденции к иммуноде-

фициту мы предпочитаем использовать нитрофурановые производные. При наличии лямблиоза успешно себя зарекомендовала трехкомпонентная терапия, включающая нитрофураны, фазжин и трихопол. Эффективность данной схемы дегельминтизации по нашим наблюдениям достигает 92%.

При гиперкинетической дискинезии доказал свое преимущество среди спазмолитиков отечественный препарат феникаберан. Очень эффективным при лечении ХХ оказался препарат из цветков пижмы танацехол, обладающий многокомпонентным действием – холеретическим, холеспазмолитическим и гепатопротекторным.

Следует отметить, что в последнее время пересмотрен механизм действия оксафенамида. Сейчас он рассматривается как холеспазмолитик. Вероятно, этим обстоятельством обусловлено отсутствие лечебного эффекта у этого препарата в прежние годы у больных с гипокинезией и гипотонией желчного пузыря. Новый желчегонный препарат 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. Ногалера и соавт. (1989) о возможности использования желчегонных средств при сопутствующей патологии печени, т.к. холеретики повышают функциональную нагрузку на гепатоциты.

Из 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.

Перспективным к практическому применению следует считать назначение синтетического холецистокинина – октапептида при сниженной двигательной и тонической функции желчного пузыря, принимая во внимание удобный, простой для больного интраназальный путь его введения.

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