дазы, липидов, билирубина(конъюгированного), желчных кислот в сыворотке крови;

б) геморрагического синдрома, требующего исследования системы гемостаза: ПТИ; фибриногена, $АТ_{III}$; тромбоэластограммы (К, t, МА) ; фибринолитической системы крови, ПДФ, фибрин-мономеров;

в) в ходе лечения стероидами необходимо контролировать сахар крови, мочи; слизистую желудка и двенадцатиперстной кишки, состояние скелета, легких.

Диагноз ХДЗП является клинико-морфологическим. По совокупности клинико-лабораторных-ультразвуковых-радиоизотопных данных можно говорить о "вероятном" диагнозе. В настоящее время оптимальным является сочетание вирусологического и морфологического исследований, обеспечивающих раннюю, необходимую для вторичной профилактики, диагностику.

В стационаре врач обязан проводить обследование в полном объеме, включая определение этиологии, нозологии, активности процесса, функционального состояния печени и осложнений; при амбулаторном наблюдении - контролировать активность, степень паренхиматозной и сосудистой недостаточности, развитие осложнений.

РОЛЬ ПУНКЦИОННОЙ БИОПСИИ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКИХ ДИФФУЗНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПЕЧЕНИ

Н.А.Серов, И.К.Бродская

Пункционная биопсия печени - метод, позволяющий осуществлять прижизненное морфологическое исследование данного органа при различных патологических состояниях. В практике терапевта при хронических диффузных заболеваниях печени (ХДЗП), когда патологические изменения распределяются относительно равномерно по всему органу, предпочтение отдается слепой чрескожной пункционной биопсии правой доли печени (СЧПБП) аспирационным способом.

Показаниями к проведению СЧПБП являются: гепатомегалия неясного генеза (при исключении очаговых поражений печени по данным абдоминального УЗИ), повышенное содержание трансаминаз в сыворотке крови, необходимость разграничения ХДЗП: фиброз, гепатит, цирроз; уточнение этиологии, активности и стадии гепатопатий, особенно алкогольной болезни печени и первичного билиарного цирроза (ПБЦ); желтуха и холестаз немеханического происхождения; уточнение морфофункционального

состояния органа у лиц с персистенцией $HB_s Ag$ при нормальных печеночных тестах; контроль эффективности лечения.

Информативность СЧПБП при ХДЗП не уступает прицельной биопсии. Метод позволяет выявлять ранние структурные изменения печени в то время, когда клинико-биохимические сдвиги отсутствуют, что делает его незаменимым для ранней диагностики гепатопатий. Несмотря на то, что при пункции получают около I/30 000 части массы печени, уже при визуальном осмотре можно оценить цвет, плотность, однородность (что имеет большое значение при опухолевом процессе), плавучесть в формалине, фрагментированность гепатобиоптата. Независимо от размеров и качества пунктата при ХДЗП во всех случаях выявляются жировая и белковая дистрофии, внутридольковый холестаз, пигменты: Дабина-Джонсона, гемосидерин, липофусцин и др.; амилоид. При хроническом активном гепатите (ХАГ) гистологическая диагностика (требующая наличия в препарате нескольких портальных трактов) возможна при длине биоптата от 5 до I5-20 мм. Микронодулярный цирроз также успешно диагностируется при получении столбика ткани от I0 мм и более. В то же время возможности диагностики макронодулярных циррозов без лапароскопии резко ограничены. При вирусных ХДЗП на любой стадии возможно выявление в печени вирусных маркеров: $HB_s Ag$; $HB_c Ag$, а при болезнях накопления-определение гемосидерина и медь-белковых комплексов. Алкогольная этиология по данным ряда авторов может быть установлена только морфологически (наличие алкогольного гиалина, жировой дистрофии, центровенулярного фиброза, преобладание нейтрофилов). Гистологическая картина гепатобиоптата может "занизить" степень активности в связи с допускаемой изменчивостью перипортального воспаления в различных зонах дольки, но не может "завысить" этот показатель, поэтому при нормальных биохимических параметрах морфологические критерии ХАГ требуют пересмотра диагноза в пользу гистологического.

На кафедре внутренних болезней № I СЧПБП проводится с практической и научной целью с I98I г. За I3 лет сделано около 700 биопсий как стационарным, так и амбулаторным больным, у части пациентов -до 2-3 раз и более в динамике. Гистологическое исследование гепатобиоптатов производится в морфологическом отделе ЦНИЛ. Методически проведению СЧПБП предшествует абдоминальное УЗИ для исключения очаговой патологии правой доли печени. Процент "пустых" биопсий не превышает 2. Осложнениями при ХДЗП были легкий болевой синдром в месте пункции, проходящий в течение нескольких часов и не требующий назначения анальгетиков. В одном случае при нераспознанном очаговом пора -

жении правой доли печени (метастазы опухоли) возникло профузное кровотечение из новообразованной сосудистой сети между узлами, повлекшее за собой смерть больной. Это осложнение еще раз подтверждает необходимость проведения СЧПБП только в случае исключения очаговых поражений печени. При ХДЗП биопсия проводится больным как на стадии хронического гепатита, так и на стадии цирроза (в ряде случаев - декомпенсированного).

За указанный период при гистологическом исследовании гепатобиоптатов были верифицированы такие нозологические формы, как жировой и пигментный гепатозы, включая синдром Дабина-Джонсона; хронические гепатиты и циррозы разной степени активности вирусной и алкогольной этиологий; цирроз при болезни Вильсона; различные стадии алкогольной болезни; фиброзы печени, ПБЦ на всех стадиях болезни; гемохроматоз и амилоидоз печени, гематологические заболевания (остеомиелосклероз); первичные и метастатические опухоли; редкие случаи: склероз воротной вены с синдромом портальной гипертензии; микст: сочетание вирусного $HB_s Ag$ (+) гепатита с ПБЦ; общедистрофические изменения при патологии внутренних органов.

В практическом плане на кафедре придерживаются клинико-морфологического подхода к ХДЗП, требующего гистологического подтверждения гепатопатий, уточнения активности процесса, по возможности его этиологии, дифференциации гепатит-цирроз-фиброз. Кафедра располагает большим материалом, свидетельствующим о несоответствии клинико-биохимических параметров тяжести и активности процесса в печени. Во многих случаях показатели индикаторных ферментов цитолиза, холестаза, иммуно-воспалительные тесты остаются неизменными, в то время, как морфологически выявляются ХАГ различной степени активности. Таким образом, каждый случай заболевания, подозрительного на хронический гепатит (или цирроз), должен быть верифицирован гистологически. Дифференциация т.н. "синдрома доброкачественной гипербилирубинемии" также осуществляется с помощью СЧПБП. В настоящее время в связи с улучшением качества диагностики антигенов частицы Дейна (и других вирусов) СЧПБП проводится всем носителям $HB_s Ag$ независимо от лабораторных показателей. Учитывая появившуюся в последнее время информацию о гипердиагностике т.н. "мускатной печени" при недостаточности кровообращения биопсия проводится также и данной категории пациентов.

Мы полагаем, что адекватное лечение больных, особенно иммуно-корректорами, зависит главным образом от морфологической картины печени. В ряде случаев в зависимости от активности процесса по данным

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 СЧПБП.

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 явилось 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 СЧПБП 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, СЧПБП, 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.