

297

**КЛИНИКО-ИНСТРУМЕНТАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ТРОМБОЗА ВОРОТНОЙ ВЕНЫ**

Качковский М.А., Симерзин В.В., Астафьева Т.О., Терешина О.В.

Самарский государственный медицинский университет, Россия

**Цель** – определить информативные методы диагностики тромбоза воротной вены.

**Материалы и методы.** Проведено клиничко-инструментальное обследование пациентки 20 лет, доставленной санитарной авиацией в клинику СамГМУ с диагнозом «синдром Бадда-Киари». Ультразвуковое исследование печени и доплеровское исследование вен выполнено на аппарате LOGIC 7.

**Результаты.** Больная предъявляла жалобы на выраженную слабость, увеличение живота в объеме, одышку, умеренные боли в правом подреберье. Из анамнеза: 17.05.2009 г. родоразрешение путем кесарева сечения при сроке беременности 38-40 недель, послеоперационный период без особенностей. 03.08.2009 г. после того, как поела арбуз появились боли в животе, рвота, диарея, повышение температуры тела до 38°C. Диагностирована пищевая токсикоинфекция. Лечение дало временный эффект и не позволило стабилизировать состояние пациентки.

При госпитализации у больной выявлены следующие клинические синдромы: боль в животе, асцит, гепатомегалия, геморрагический синдром, печеночная энцефалопатия, артериальная гипотония. Из лабораторных синдромов преобладали лейкоцитоз со сдвигом лейкоцитарной формулы влево, гипопротейнемия, гиперкалиемия, незначительные гипербилирубинемия, цитолиз. Маркеры вирусных гепатитов были отрицательными. УЗИ исследование выявило увеличение размеров и неравномерность экоструктуры печени, неровность ее контура, тромботическую окклюзию воротной и селезеночной вен, асцит.

**Выводы.** Использование синдромного принципа диагностики позволяет выявить патологию печени. Быстрое прогрессирование поражения печени при отсутствии маркеров вирусных гепатитов и алкогольной этиологии требует исключения редких заболеваний печени, включая тромбоз вен. С помощью современных ультразвуковых сканеров возможна прижизненная диагностика тромбоза вен, включая тромбоз воротной вены.

299

**ВОДОРОДНЫЙ ДЫХАТЕЛЬНЫЙ ТЕСТ В ДИАГНОСТИКЕ ДИСБИОТИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ КИШЕЧНИКА У БОЛЬНЫХ ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ**

Козлов К.В., Куртуков М.В., Сукачев В.С., Захаренко С.М., Гусев Д.А., Жданов И.В.

Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова МО РФ, Санкт-Петербург, Россия

По данным различных авторов, у 45–60% больных циррозом печени (ЦП) вне зависимости от его этиологии определяется синдром избыточного бактериального роста (СИБР). Однако в настоящее время существует мало исследований о частоте встречаемости и особенностях течения дисбиотических изменений при ЦП различной этиологии.

**Обследовано** 40 больных ЦП в возрасте от 31 до 69 лет, в среднем – 50±1,2 года (17 мужчин, 23 женщины). Из них 22 больных ЦП вирусной этиологии: 7 больных ЦП на фоне ХГС, 7 – на фоне ХГВ, 5 – на фоне ХГС в сочетании с алкогольным поражением печени, 3 больных ЦП на фоне ХГВ+С и 18 больных ЦП невирусной этиологии: 11 больных ЦП на фоне хронического недифференцированного гепатита, 6 больных алкогольным ЦП, 1 больной ЦП на фоне аутоиммунного гепатита 1-го типа. ЦП класса А по Чайлд-Пью имел место у 6 больных, класса В – у 18 больных, класса С – у 16 больных. Наряду с общепринятыми методами исследования для оценки микробиоценоза кишечника у 39 больных проводили водородный дыхательный тест (ВДТ). Измерение H<sub>2</sub> в выдыхаемом воздухе проводилось в частях на миллион (ppm) через 15 мин в течение 4 часов. Тест оценивался как положительный при повышении уровня водорода на 20 и более ppm от исходного после однократного приема натощак 20 мл лактулозы, что свидетельствовало о наличии дисбиотических нарушений.

**Установлено,** что у всех больных вирусным ЦП (21 пациент) по результатам ВДТ имело место нарушение микробиоценоза кишечника, тогда как у больных ЦП невирусной этиологии подобные нарушения отмечены лишь в 6 (33%) случаях. Так, СИБР выявлен у 5 (24%) больных ЦП вирусной и 1 (6%) больного ЦП невирусной этиологии. Дисбиоз в толстой кишке отмечен у 12 (57%) больных ЦП вирусной и 5 (28%) больных ЦП невирусной этиологии. У 4 (19%) больных вирусным ЦП имело место сочетание СИБР и дисбиоза толстой кишки.

**Таким образом,** у больных ЦП вирусной этиологии дисбиотические нарушения кишечника выявляются чаще, чем у больных ЦП невирусной природы.

298

**ПРОТИВОВИРУСНАЯ ТЕРАПИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА С РЕАЛЬДИРОНОМ В КОМБИНАЦИИ С РИБАВИРИНОМ**

Ковалева Н.Б.

Уральская государственная медицинская академия, Екатеринбург, Россия

**Цель работы:** изучить эффективность реальдиона (интерферон α-2b) в комбинации с рибавирином (ребетол либо рибавег) в терапии больных хроническим вирусным гепатитом С (ХВГС) в зависимости от генотипа вируса С и уровня виремии.

**Материалы и методы:** под наблюдением с XII-07 г. по XII-09 г. находилось 55 пациентов: М – 32, Ж – 23 в возрасте от 20 до 59 лет, средний возраст которых составлял 35 лет. Наиболее часто выявлялось инфицирование генотипом 3а – 34 чел. (61% случаев); 1b генотип определен у 17 пациентов (30%) и 2 генотип определен у 4 пациентов (8%). Высокая виремия (>600000 МЕ НСV/мл) отмечена у 21 чел., в 6 случаях – 1 генотип и 15 случаях – 3а генотип. Более высокая активность АЛТ отмечена у пациентов, инфицированных 3а генотипом (136±8,4 ед), в то время как при генотипе 1b средняя активность АЛТ составила 101±5,3 ед.

Из факторов риска наиболее часто выявлялась наркомания, татуаж и пирсинг (42% случаев) у лиц моложе 40 лет; в более старшей возрастной группе имели место: переливание крови, донорство, оперативные вмешательства, лечение зубов. Больные получали реальдирон по 3 млн. ед. п/к через день в комбинации с рибавирином 800 мг/сут (при м.т. менее 65 кг), 1000 мг/сут (при м.т 65-85 кг) и 1200 мг/сут (при м.т более 85 кг).

**Результаты и обсуждение:** устойчивый вирусологический ответ (УВО) был достигнут у 48 пациентов (88%). Из 7 больных, не ответивших на терапию реальдирином, 5 человек имели 1b генотип НСV, двое больных – 3а генотип вируса. Все больные (4 чел.) с наличием 2 генотипа НСV положительно ответили на терапию (достигнут) УВО.

**Выводы:** Терапию реальдирином в комбинации с рибавирином можно считать высокоэффективной ибо УВО достигнут в 88% случаев.

300

**ДИАГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ОПРЕДЕЛЕНИЯ СОДЕРЖАНИЯ ОСНОВНЫХ СУБПОПУЛЯЦИЙ ЛИМФОЦИТОВ В ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ КРОВИ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ГЕПАТИТОМ С**

Козько В.Н., Соломенник А.О., Аныферова Н.В., Могиленец Е.И., Винокурова О.Н., Гаврилов А.В., Юрко Е.В., Загороднева О.В.

Национальный медицинский университет, Харьков, Украина

**Цель исследования** – оценить состояние показателей клеточного иммунитета у больных хроническим гепатитом С (ХГС) с различной степенью гистологической активности процесса.

**Материал и методы.** Под наблюдением находилось 100 больных ХГС. Основные популяции и субпопуляции лимфоцитов в периферической крови идентифицировали иммунофлуоресцентным методом с помощью моноклональных антител к соответствующим CD-структурам мембран лимфоцитов («Клоноспектр», Россия). 14 больным проведена аспирационная биопсия печени с последующим определением гистологического индекса степени активности (ГИСА) и стадии хронизации ХГС по В.В. Серову и Л.О. Севериной. Статистический анализ полученных данных проводили с использованием критерия t Стьюдента, в том числе для малых выборок и рангового коэффициента корреляции Спирмена р.

**Результаты.** У обследованных больных отмечалось снижение в периферической крови содержания CD3+ (p<0,001), CD4+ (p<0,001), CD56+ (p<0,001), CD8+ (p<0,001), повышение содержания CD20+ (p<0,05). ХГС со слабой степенью гистологической активности (ГИСА 16,5±0,79 балла) установлен у 4, с умеренной (ГИСА 25,0±0,91) – у 9 больных. Содержание CD3+, CD8+, абсолютное количество CD4+ и относительное количество CD20+ достоверно отличались у больных этих групп. Выявлена обратная связь между содержанием CD8+ и ГИСА (ρ=-0,64; p<0,02). С учетом этого нами была предложена формула для вычисления лимфоцитарного индекса (ЛИ) = (CD8+, % + CD56+, %)/CD20+, % (патент Украины №65181). При значении 1,6<ЛИ<3 у больного предполагают слабую, при ЛИ<1,6 – умеренную степень активности процесса.

**Выводы.** У больных ХГС отмечается зависимость между содержанием в периферической крови CD3+, CD4+, CD8+, CD20+ и гистологической активностью печеночного процесса. Определение этих показателей с последующим вычислением ЛИ может быть использовано в качестве дополнительного критерия для оценки активности ХГС.