

301

ЗНАЧЕНИЕ ОПРЕДЕЛЕНИЯ СОДЕРЖАНИЯ АПОЛИПОПРОТЕИНА А1 В СЫВОРОТКЕ КРОВИ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ГЕПАТИТОМ С

Козько В.Н., Соломенник А.О., Бондарь А.Е., Анцыферова Н.В., Ткаченко В.Г., Гаврилов А.В., Копейченко Я.И., Зоц Я.В.

Национальный медицинский университет, Харьков, Украина

Цель исследования – изучить содержание белка аполипопротеина А1 (АроА1) в сыворотке крови больных хроническим гепатитом С (ХГС) в зависимости от биохимической активности процесса, степени воспалительно-некротической активности и стеатоза, стадии фиброза.

Материал и методы. Под наблюдением находилось 22 больных ХГС. Их них мужчин было мужчин – 14 (63,6%), женщин – 8 (36,7%). Средний возраст пациентов составил 41,23±2,68 лет. Всем больным проводили оценку активности процесса, стадии фиброза и степени стеатоза по системе FibroMax, определяли содержание в сыворотке крови АроА1 турбодиметрическим методом, активность АЛТ и АСТ. Статистическую обработку полученных данных проводили с использованием критерия t Стьюдента для малых выборок и коэффициента корреляции r.

Результаты. Активность АЛТ в сыворотке крови в среднем составила 71,52±9,95 МЕ/л, АСТ – 49,2±7,47 МЕ/л. Воспалительно-некротические изменения в печени отсутствовали у 6 (27,3%) пациентов, минимальная степень активности выявлена у 5 (22,7%), умеренная – у 3 (13,6%), выраженная – у 8 (36,4%) больных. Фиброз отсутствовал у 7 (31,8%), слабо выраженный фиброз диагностирован у 4 (18,2%), умеренно выраженный – у 4 (18,2%), выраженный (тяжелый) – у 3 (13,6%), цирроз – у 4 (18,2%) больных. Степень выраженности стеатоза печени у обследованных пациентов колебалась от 0 до 4 баллов. Содержание АроА1 в сыворотке крови у всех больных не выходило за пределы нормальных значений (1,08–2,25 г/л), составив в среднем 1,5±0,06 г/л, что не отличалось от контроля (p>0,05). Не выявлено зависимости между этим показателем и активностью АЛТ (r=–0,05; p>0,05), АСТ (r=0,27; p>0,05) в сыворотке крови, а также степенью воспалительно-некротической активности (r=–0,16; p>0,05), стадией фиброза (r=–0,28; p>0,05) ХГС, степенью стеатоза (r=0,11; p>0,05) печени у обследованных больных по результатам FibroMax.

Выводы. Определение содержания белка аполипопротеина А1 в сыворотке крови не позволяет оценить состояние функционально-морфологических изменений в печени у больных ХГС.

303

ПРИМЕНЕНИЕ ПРЕПАРАТА «ГЕПА-МЕРЦ» В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ У БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ ОБШИРНЫХ РЕЗЕКЦИЙ ПЕЧЕНИ

Котельникова Л.П., Будянская И.М.

Пермская государственная медицинская академия, Россия

Цель исследования: изучить эффективность применения препарата «Гепат-Мерц» в комплексном лечении больных после резекций печени в раннем послеоперационном периоде.

Материалы и методы. За последние 7 лет в Пермской краевой клинической больнице оперировано 107 пациентов с очаговыми заболеваниями печени в возрасте от 19 до 70 лет. Показанием к операции служили в 47% злокачественные поражения печени, в 30% доброкачественные опухоли и в 23% паразитарные кисты печени. Большинству (63%) выполнены обширные резекции печени, 37% – малые резекции. Наиболее частым осложнением послеоперационного периода была печеночная недостаточность различной степени тяжести, поэтому 24 больным в раннем послеоперационном периоде был назначен препарат «Гепат-Мерц» (1 группа). Результаты лечения сравнили с 2 группой больных (24 чел.), сопоставимой по возрасту, основному заболеванию и объему операции, в лечении которых «Гепат-Мерц» не применяли. До и после операции больным определяли уровень общего белка, билирубина, активности АлАТ и АсАТ.

Результаты исследования. Выявлено позитивное влияние препарата «Гепат-Мерц» на динамику биохимических показателей в раннем послеоперационном периоде. Различия их в обеих группах до операции и в первые сутки после нее были статистически незначимы, что свидетельствует об однородности исследуемых групп. На 6 сутки уровень общего белка в 1 группе составил 61,4±1,8 г/л, во 2 группе – 54,3±3,5 г/л (p=0,001). Активность АлАТ и АсАТ к 6 суткам в основной группе составила 43±5,8 и 68±10,5, тогда как в группе сравнения – 58±10,7 и 88±12,6 соответственно (p < 0,05). Уровень общего билирубина к 6 суткам у пациентов 1 группы снизился до нормальных показателей, а во 2 группе он был повышен в 2 раза (p < 0,001).

В раннем послеоперационном периоде умерло 4 больных, не получавших «Гепат-Мерц», 1 из них от прогрессирующей печеночной недостаточности. В 1 группе все больные были выписаны на амбулаторное лечение.

Выводы. Применение препарата «Гепат-Мерц» у больных после обширных резекций печени способствовало улучшению функционального состояния печени за счет снижения цитолиза и повышения ее белковосинтетической функции.

302

МИНИИНВАЗИВНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ КИСТОЗНЫХ ОБРАЗОВАНИЯХ ПЕЧЕНИ

Котельникова Л.П., Белякова Я.В., Сугак Т.В.

Пермская государственная медицинская академия, Россия

Цель работы – оценить ближайшие результаты применения различных мининвазивных методик в лечении кистозных образований печени.

Материал и метод. За последние 2 года пролечено 26 больных кистозными образованиями печени с применением чрескожной пункции и дренирования под контролем УЗИ, лапароскопической фенестрации и операции из мини-доступа. Среди кистозных образований диагностировано 5 билломы печени после ее обширной резекции, 11 ретенционных, 2 посттравматических, 1 паразитарная (эхинококковая) и 1 билиарная кисты печени. У шести больных обнаружен поликистоз печени. Часть пациентов (7 чел.) обратились уже по поводу рецидива заболевания после различных видов лечения. При УЗИ и КТ оценивали количество, локализацию кист, толщину их стенок, характер их содержания. Кроме того, определяли антитела к эхинококку методом ИФА. Выбор мининвазивной методики лечения зависел от наличия оперативных вмешательств на органах брюшной полости в анамнезе и результатов топической диагностики.

Результаты. При наличии операций в анамнезе и доступности кисты, билломы для чрескожных вмешательств под контролем УЗИ сначала производили пункцию, затем дренирование и склеротерапию спиртом, которую повторяли 2-3 раза (14 чел.). Через сутки киста спадалась, что контролировали УЗИ, дренаж удаляли. Процедуру проводили под местной анестезией. Осложнений не было. При билломах дополнительного производили фистулографию для выявления связи ее с протоковой системой печени. При тонкостенных кистах 2, 3, 4, 5, 6 сегментов выполняли лапароскопическую их фенестрацию (9 чел), при эхинококковой кисте – эхинококкэктомия. У 1 пациентки в послеоперационном периоде отмечали желчеистечение по контрольному дренажу в течение 5 дней, которое прекратилось самостоятельно. При толстостенных многокамерных кистах 3, 4, 5 сегментов (3 чел.) выполнили их фенестрацию и обработку их оболочки спиртом под местной анестезией из мини-доступа. Осложнений не было.

Выводы. Мининвазивные вмешательства значительно легче переносятся, могут быть выполнены под местной анестезией, практически не дают осложнений. Выбор способа лечения зависел от локализации кистозного образования, его природы, толщины капсулы.

304

ВЫРАЖЕННОСТЬ ФИБРОЗА ПЕЧЕНИ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМИ ГЕПАТИТАМИ В И С В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТИ БОЛЕЗНИ (ПО ДАННЫМ ИНСТРУМЕНТАЛЬНОЙ НЕПРЯМОЙ ЭЛАСТОМЕТРИИ)

Краснова Л.И.¹, Баранова И.П.¹, Афтаева Л.Н.², Никольская М.В.¹

¹ Пензенский институт усовершенствования врачей, ² Областной центр специализированных видов медицинской помощи, Пенза, Россия

Цирроз печени является исходом хронического гепатита и представляет собой последнюю стадию фиброза. В настоящее время появились неинвазивные методы определения степени фиброза печени, одним из которых является непрямая эластометрия, определяющая реакцию материала на сжатие или эластичность ткани печени, которая выражается в килопаскалях.

Цель исследования: оценить выраженность развития фиброза у пациентов с хроническими гепатитами В и С в зависимости от продолжительности заболевания.

Материалы и методы: обследован 71 пациент в возрасте от 21 до 58 лет, из них с хроническим гепатитом В (ХГВ) – 10 пациентов и 61 – с хроническим гепатитом С (ХГС). Диагноз верифицировали методом ИФА, ПЦР с проведением генотипирования. Уровень вирусной нагрузки у 81% больных был больше 105 МЕ/мл (у 68% пациентов с гепатитом В – 105 МЕ/мл ДНК-НВВ и более, у 64% пациентов с гепатитом С – 106 МЕ/мл РНК-НСV и более). Фиброз печени определяли методом непрямого эластометрии на аппарате «Фиброскан» с оценкой степени фиброза по шкале METAVIR.

Результаты исследования. При ХГВ и длительности болезни 1-4 года у 3 пациентов фиброз печени – F0; у 5 пациентов с продолжительностью болезни 1-7 лет развился фиброз F1 – F2; у 2 – с длительностью заболевания 4,5 и 8,5 лет развился цирроз печени (F4). При ХГС у 30% больных с длительностью болезни 4,6±1,1 лет фиброз печени не определялся (F0); у 45% с такой же длительностью болезни обнаружен фиброз F1-F2; у 15% с длительностью гепатита 5,3±1,4 лет диагностирован фиброз F3 и у 10% пациентов с длительностью заболевания 10,8±1,0 лет – цирроз печени (при p<0,05).

Выводы. При ХГВ не выявлено достоверной зависимости развития степени фиброза печени от длительности заболевания; – При ХГС с длительностью заболевания 10 лет и более риск развития F4 стадии фиброза по METAVIR достоверно возрастает.