

**Цель исследования:** провести сравнительную оценку выраженности фиброза печени при НАЖБП неинвазивными методами на основе изучения сыровоточных показателей фиброза, доплеровского исследования сосудов печени и результатов непрямой эластометрии печени.

**Материалы и методы.** Методом рандомизации была сформирована группа из 24 пациентов с признаками НАЖБП и стойким повышением уровня аминотрансфераз. Всем пациентам была выполнена пункционная биопсия печени и проведен сравнительный анализ результатов морфологического исследования ткани печени с показателями ультразвуковой эластометрии, доплерографии печеночных артерий и биохимических маркеров фиброза.

**Результаты и обсуждение.** Результаты эластометрии печени были сопоставимы с гистологической картиной во всех стадиях фиброза печени, однако

максимальная диагностическая точность наблюдалась на поздних стадиях фиброза. При расчете биохимических индексов фиброза и сопоставлении их с данными биопсии и эластометрии корреляция была с индексом вероятности фиброза (FPI). Максимальная диагностическая точность была получена при показателях FPI, соответствующих высокой вероятности наличия фиброза: чувствительность и специфичность индекса 92% и 94%. При анализе показателей печеночной гемодинамики была установлена корреляция между морфологической стадией фиброза печени и повышением индекса резистентности печеночной артерии с максимальным значением  $0,83 \pm 0,02$ .

**Заключение.** Таким образом, совместное использование различных методов неинвазивной диагностики фиброза печени позволяет получить клинически важную информацию о фиброгенезе печени при НАЖБП.

### Изменения иммунологического профиля (ИП) у больных с хроническим панкреатитом (ХП) после холецистэктомии (ХЭ)

**Цель исследования:** изучить ИП у больных с ХП после ХЭ.

**Материалы и методы.** Обследованы 36 больных с ХП после ХЭ. Больные были в возрасте от 27 до 65 лет, средний возраст составлял  $(40,1 \pm 7,7)$  года; мужчин было 12, женщин 24. ХЭ была проведена в среднем  $(4,8 \pm 2,3)$  года тому назад. Больным определяли уровни компонентов комплемента С3, С4 и концентрации иммуноглобулинов (Ig) А, М, G с помощью хромогенного анализа на аппарате Sysmex 500 и 560 (Япония), используя реактивы фирмы Siemens.

**Результаты.** У больных показатели С3 были ниже нормы и составляли  $(0,85 \pm 0,04)$  г/л при норме  $(1,40 \pm 0,07)$  г/л. Изменения ИП у больных с ХП после ХЭ отобразились также на спектрах Ig. Наблюдали увеличение уровня IgA до  $(12,4 \pm 1,0)$  г/л при норме  $(2,11 \pm 0,14)$  г/л как ответ иммунной системы (ИС) на ферментативную интоксикацию организма

у больных с ХП после ХЭ. Также зарегистрировали увеличение уровня IgG до  $(24,1 \pm 1,0)$  г/л (норма  $(11,82 \pm 0,23)$  г/л) в результате выраженных воспалительных изменений в поджелудочной железе (ПЖ). При этом наблюдали нормальные уровни IgM —  $(47,1 \pm 0,4)$  г/л.

Полученные результаты свидетельствуют о нарушении в функционировании ИС у больных с ХП после ХЭ. Увеличение уровней IgA, IgG является доказательством активизации ИС организма, а именно, его гуморального звена, что можно расценивать как возможный механизм формирования ХП после ХЭ. Проведенные исследования указывают на несомненную роль ИС в формировании ХП у больных после ХЭ.

**Выводы.** У больных с ХП после ХЭ наблюдается активация гуморального звена ИС, что, в свою очередь, способствует прогрессированию хронического воспалительного поражения ПЖ.

### Опыт применения транзитной эластографии печени у детей с гликогеновой болезнью

**Цель исследования:** оценка диагностической значимости транзитной эластографии (ТЭП) у детей с гликогеновой болезнью (ГБ) в определении стадийности фиброза печени.

**Пациенты и методы.** За период 2010–2013 гг. обследованы 26 детей с ГБ, из них 9 детей — с I типом, 3 — с III, 14 — с VI/IX типом заболевания. Всем пациентам проводилась ТЭП на аппарате FibroScan® 502 с применением датчиков в зависимости от окружности грудной клетки (ОГК): S+ (1,2) и M. Датчик S1 с частотой 5 МГц использовался у пациентов, имевших ОГК менее 45 см, S2 с частотой 5 МГц — при ОГК от 45 до 75 см, M с частотой 3,5 МГц — при ОГК более 75 см. Статистическую обработку полученных данных проводили с использованием пакета прикладных программ «Statistica» (StatSoft Inc. США, версия 6.0).

**Результаты.** По данным ТЭП у 14 (53,8%) из 26 детей с ГБ была диагностирована стадия F0 по

шкале METAVIR. Остальные 11 (46,2%) пациентов имели фибротические изменения печеночной паренхимы (колебания медианы составили от 6,1 до 18,6 кПа), а именно: у 7 (26,9%) детей — слабый фиброз (стадия F1), у 2 (7,8%) — умеренный фиброз (стадия F2), у 3 (11,5%) — цирроз печени (стадия F4). При этом у 9 (56,3%) из 16 пациентов с ГБ с медианой F0 выявлялись отдельные очаги со значениями от 6,3 до 69,1 кПа.

**Выводы.** ТЭП является информативным, неинвазивным, безопасным, безболезненным методом диагностики различных стадий фиброза печени у детей с ГБ. У 46,2% детей с ГБ формируются фибротические изменения паренхимы печени различной степени выраженности, при этом в 11,5% случаев имеет место цирроз печени. ТЭП позволяет выявить пациентов из группы риска по формированию диффузного печеночного фиброза.

### Профилактика желчного камнеобразования при жировом гепатозе

**Цель исследования:** оценка эффективности занятий в школе здоровья у пациентов с жировым гепатозом.

**Материалы и методы.** В группу исследования вошли 64 пациента с жировым гепатозом. Мужчин

было 40 человек, женщин — 24. Для верификации диагноза «жировой гепатоз» помимо клинических данных были использованы результаты ультразвукографического исследования, показатели

Русин В. И., Сирчак Е. С., Курчак Н. Ю.

Ужгородский национальный университет (медицинский ф-т), Украина;

e-mail: szircsak\_heni@bigmir.net

Сурков А. Н., Намазова-Баранова Л. С., Потапов А. С.

Научный центр здоровья детей РАМН, Москва, Россия

Сучкова Е. В., Хохлачева Н. А., Вахрушев Я. М., Циренщикова Н. А. Ижевская ГМА, Россия