

НСV-инфекция и внепеченочные проявления

Цель исследования: изучение внепеченочных проявлений хронической НСV-инфекции.

Материалы и методы. Обследованы 229 больных. У 191 больного заболевание протекало на стадии хронического гепатита, у 36 — на стадии цирроза печени, у 2 верифицирована гепатоцеллюлярная карцинома (ГЦК). НСV-инфекция подтверждалась при выявлении РНК-НСV. У 102 больных зарегистрирован генотип 1b, у 27 — генотип 3a. Целенаправленно оценивали показатели цитолиза, углеводов, липидов и порфиринов. Определяли гормональный статус щитовидной железы, при ультрасонографии по показаниям проводили ее биопсию. Для верификации смешанной криоглобулинемии исследовали кровь на криоглобулины.

Результаты. Внепеченочные проявления выявлены у 67 (29,3%) больных. ПКП диагностирована у 32, смешанная криоглобулинемия — у 13, аутоиммунный тиреоидит (АИТ) — у 10, сахарный диабет (СД) — у 7, синдром Шегрена (СШ) — у 2, идиопатический фиброзирующий альвеолит — у 2,

хроническая рецидивирующая крапивница — у 1. Особенности в клиническом течении этих заболеваний не наблюдалось. Преимущественно гепатотропная вирусная инфекция выявлялась у больных при контрольных обследованиях основного заболевания. Только у 8 пациентов с хроническим вирусным гепатитом С АИТ был выявлен в ходе подготовки к противовирусной терапии. НСV-инфекция у больных ПКП выявлялась в среднем через 10–15 лет после ее манифестации. Сочетание внепеченочных проявлений обнаружено у 5 (7,5%) больных, из которых АИТ и СД было выявлено у 2, ПКП и АИТ — у 2, у 1 больного ПКП сочеталась с АИТ и СШ. ГЦК обнаруживалась только у больных с внепеченочными проявлениями.

Выводы. Этиологическую роль НСV как триггерного фактора при внепеченочных проявлениях необходимо рассматривать в сложной взаимосвязи с другими факторами риска и оценивать как один из важных компонентов патогенетического механизма.

Кривошеев А. Б., Куи-мов А. Д., Тугулева Т. А., Кондратова М. А. Новосибирский ГМУ, Россия, e-mail: krivosheev-ab@narod.ru

Применение различных систем оценки гистологической активности процесса и степени фиброза печени у больных НСV-инфекцией с внепеченочными проявлениями

Цель исследования: сравнить морфологические изменения печени у больных хроническим вирусным гепатитом С (ХВГС) с внепеченочными проявлениями (ВПП).

Материал и методы. Проведена чрескожная биопсия печени 121 больному до проведения противовирусной терапии. У 73 человек диагностированы ВПП НСV-инфекции: криоглобулинемия у 32 человек, поражение нервной системы — у 18, почек (хронический гломерулонефрит) — у 11, сердечно-сосудистой системы — у 12. Распределение генотипов: 1b — 32 человека, 3a — 41 человек. Остальные пациенты (48) вошли в группу сравнения, где распределение по генотипам выражалось: 1b — 22 человека, 3a — 26 человек. Длительность течения ХВГС у больных с ВПП составила (3,0±0,9) года против (3,2±0,5) года. Оценка ИГА проводилась по шкале Knodell, Ishak и METAVIR, а стадия фиброза (ГИС) — по шкале Desmet, Ishak и METAVIR.

Результаты. Распределение показателей ИГА по METAVIR в группе больных без и с ВПП: А1–52,1%

против 26,0%, А2–35,4% против 53,4%, А3–12,5% против 20,5% соответственно. Индекс фиброза по METAVIR в группах без и с ВПП: F1–56,3% против 28,8%, F2–29,2% против 50,7%, F3–14,6% против 20,5% соответственно.

В группе с ВПП ИГА имел средние значения по Knodell — 7,88, по Ishak — 7,55, по METAVIR — 1,95. В группе без ВПП соответственно: по Knodell — 7,02, по Ishak — 6,63, по METAVIR — 1,60. ГИС в сравниваемых группах был выше у пациентов с ВПП: по Desmet 1,77 против 1,46; по Ishak 2,93 против 2,44; по METAVIR 1,92 против 1,58. Различия по всем полученным показателям достоверны (χ^2 — критерий Пирсона).

Заключение. Гистиоструктурные изменения печени у больных ХВГС с ВПП показывают более выраженную активность процесса и степень фиброза, сопоставимую в разных системах морфологической оценки стадийности патологического процесса.

Кузнецов П. Л., Рузанов Е. В. Уральский ГМУ, Екатеринбург, Россия

Суточные расстройства сердечного ритма при циррозе печени

Цель исследования: установить частоту и характер нарушений сердечного ритма (НР) при циррозе печени (ЦП) по данным холтеровского мониторинга ЭКГ (ХМ).

Материал и методы. ХМ ЭКГ проводилось на кардиорегистраторе системы «ДМС» у 50 больных ЦП в возрасте от 30 до 60 лет и у 25 составивших контрольную группу (КГ) здоровых лиц соответствующего возраста. Всем обследованным выполняли эхокардиоскопию на ультразвуковом сканере «АЛОКА-5500 Prosaund» (Япония).

Результаты. У больных ЦП по данным ХМ зарегистрированы следующие виды аритмий: у 35% больных — суправентрикулярные экстрасистолы более 100/сут (в КГ 10%), у 20,1% — желудочковые монотопные экстрасистолы с частотой 50–100/сут (в КГ 6%), у 15,3% — желудочковые монотопные экстрасистолы с частотой 100–500/сут

(в КГ 2%), у 6,6% — желудочковые политопные экстрасистолы, у 3,3% — снижение сегмента ST при физической нагрузке. НР зависели от класса тяжести ЦП по Child-Pugh. Установлено, что в группах ЦП класса «В» и «С» достоверно чаще ($p < 0,05$), чем в КГ и при ЦП класса «А», наблюдались желудочковые монотопные экстрасистолы с частотой 50–100/сут и 100–500/сут. Желудочковые политопные экстрасистолы зарегистрированы в 15,6% случаев только при ЦП класса «С». Анализ интервала QT, удлинение которого более 0,44 с является предиктором фатальных НР и одним из критериев развития цирротической кардиомиопатии, показал, что у двух пациентов он имел продолжительность 0,45 с, а у трех — 0,46 с. У всех из них установлен ЦП класса «С». У лиц с удлиненным интервалом QT, а также с политопной желудочковой экстрасистолией

Левитан Б. Н., Касьянова Т. Р., Петелина И. Ю. Астраханская ГМА, Россия

обнаружены достоверные признаки диастолической дисфункции левого и правого желудочков по данным эхокардиоскопии.

Заключение. У больных ЦП при ХМ ЭКГ регистрируются различные виды НР, которые наиболее выражены при ЦП класса С.

Лукашевич А. П., Шулятьева Н. Н.
Ижевская ГМА, Россия

Функциональное состояние тонкой кишки в динамике лечения больных хроническим панкреатитом антисекреторными препаратами

Цель: изучить влияние антисекреторных препаратов на процессы переваривания и всасывания в тонкой кишке при хроническом панкреатите (ХП).

Материалы и методы. Проведено исследование 106 пациентов (80 женщин и 26 мужчин в возрасте от 19 до 80 лет) с ХП, принимающих антисекреторные препараты на этапе стационарного лечения. Из антисекреторных препаратов больные получали комбинацию ингибитора протонной помпы (ИПП) омепразола и М-холинолитика платифиллина. Для оценки пищеварительной и всасывательной функции тонкой кишки исследовались анализы кала до и после лечения и результаты нагрузочных проб с глюкозой.

Результаты. Клиническими симптомами поражения тонкой кишки при ХП были нарушения стула в виде диареи, запора, чередования поносов и запоров, вздутие живота, урчание в животе, боли в околопупочной области, общая слабость, снижение массы тела, ломкость ногтей и выпадение волос.

При копрологическом исследовании у всех пациентов были обнаружены непереваренные частицы пищи: стеаторея встречалась у 52 больных (49%), креаторея — у 46 больных (43,4%), амилорея — у 38 больных (35,8%). На фоне антисекреторной терапии отмечалось увеличение частоты стеатореи до 54,7%, креатореи — до 52,8%, амилореи — до 45,4%, что констатирует снижение полостного пищеварения в тонкой кишке. Уровень гликемии натощак был повышен у 28 больных (26,4%) в сравнении с контролем, после перорального приема 50 г глюкозы прирост гликемии в крови был снижен у 18 (17%) больных, что свидетельствует о нарушении процессов всасывания в тонкой кишке.

Заключение. Проведенные исследования показали, что у 67,8% больных ХП, принимающих антисекреторные препараты, наблюдается повышение частоты нарушений процессов переваривания и всасывания в тонкой кишке.

Митушева Э. И., Кузьмин А. Л., Сайфутдинов Р. Г., Шаймарданов Р. Ш.
Казанская ГМА, Россия

Микробный состав желчи у больных после холецистэктомии

Цель: изучить микробный пейзаж желчи, взятой разными способами, у больных после холецистэктомии.

Материалы и методы. Обследованы 10 больных (средний возраст $(54,0 \pm 8,4)$ года) с удаленным желчным пузырем. Давность холецистэктомии составляла 5–7 лет. Проведено бактериологическое исследование желчи, взятой двумя способами: 1-й — при фракционном дуоденальном зондировании, порция С; 2-й — путем катетеризации холедоха через большой дуоденальный сосочек (БДС) во время дуоденоскопии.

Результаты. По данным фракционного дуоденального зондирования у 9 больных выявлен гипотонус сфинктера Одди, у 1 — гипертонус. У всех пациентов отмечается гиперсекреторный тип желчеотделения. У всех больных выявлены микролиты, кристаллы билирубината кальция по данным микроскопии. Согласно бактериологическим исследованиям в посевах желчи порции С во всех случаях определялись бактерии семейства *Enterobacteriaceae*, в большинстве случаев (80%) высевались ассоциации микроорганизмов

Escherichia coli (70%), *Enterococcus faecalis* (30%), *Klebsiella* (20%), *Proteus* (10%).

В посевах желчи, полученных путем катетеризации холедоха из БДС во время дуоденоскопии, только в одном случае была высеяна *Escherichia coli* у больной с холестаазом, у остальных 9 больных микроорганизмы в желчи не выявлены. После проведенной катетеризации холедоха у больных в крови повысились показатели амилазы (до исследования (46 ± 12) Ед./л, после — (134 ± 16) Ед./л, $p < 0,01$) и липазы (до исследования (38 ± 8) Ед./л, после — (96 ± 18) Ед./л, $p < 0,05$).

Выводы.

1. Бактериологическое исследование желчи, полученной при дуоденальном зондировании, достоверно не отражает показатели микробной обсемененности желчи.
2. Эндоскопический способ забора желчи из холедоха более приближен к асептическим, но приводит к реактивным изменениям со стороны поджелудочной железы.
3. Микроорганизмы в желчи выявляются у больных с холестаазом.

Михайлова О. Д., Капитанова М. М., Вахрушев Я. М., Булычев В. Ф.
Ижевская ГМА, Россия

Хронический панкреатит и электрическая нестабильность миокарда

Целью настоящей работы явилось изучение состояния электрической нестабильности миокарда у больных хроническим панкреатитом (ХП) в сочетании с метаболическим синдромом (МС).

Материалы и методы. Обследованы 32 больных ХП в возрасте от 28 лет до 71 года с сопутствующим МС, диагностированным согласно современным критериям ВНОК (2009). Для оценки свертывающей системы определяли фибриноген по Рутбергу, протромбиновое время крови (протромбиновый индекс) по Квику, активированное частичное

тромбопластиновое время (АЧТВ) по стандартной методике. Состояние микроциркуляции изучалось с помощью конъюнктивальной биомикроскопии (КБМ) на щелевой лампе. У всех больных рассчитывали дисперсию интервала QT (разность между максимальным и минимальным его значениями в 12 стандартных отведениях) и корригированную дисперсию QT (QTcd) по формуле Базетта. Результаты исследований сравнивались с данными контрольной группы (10 практически здоровых лиц).