

амбулаторно УЗИ ОБП патологии не было выявлено, по результатам РКТ ОБП обнаружены признаки панкреатита, стриктуры холедоха, увеличение желчного пузыря до 112×42 см. Проводилась лекарственная терапия (бускопан, ферментная терапия, хофитол, зипантола), самочувствие несколько улучшилось.

При поступлении в стационар состояние пациентки удовлетворительное, обращает внимание желтушная окраска кожных покровов и склер. При объективном обследовании отмечается болезненность при пальпации в эпигастрии и правом подреберье; увеличение печени (выступает на 6 см из-под края правой реберной дуги), пальпируется увеличенный безболезненный желчный пузырь (симптом Курвуазье). Селезенка не пальпируется. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Стул – светло-коричневого цвета, моча темная.

В лабораторных анализах отмечается ускорение СОЭ до 20 мм/ч, гипербилирубинемия за счет повышения прямой фракции, признаки цитолиза (АЛТ - 2-3N), холестаза (щелочная фосфатаза - 2N, ГГТП – 4N).

На основании жалоб, данных объективного обследования, лабораторных и инструментальных исследований был выставлен предварительный диагноз: Механическая желтуха. Стриктура холедоха неясного генеза.

Для уточнения генеза стриктуры холедоха была проведена эндоскопическая ультрасонография (ЭУС) верхнего отдела желудочно-кишечного тракта. По результатам ЭУС были выявлены следующие изменения: поджелудочная железа - структура неоднородная, в головке определяется объемное образование до 30х24 мм, овальной формы, смешанной эхогенности, преимущественно ан- и гипоехогенное, с достаточно четкими контурами с вовлечением стенки 12 п.к., вплоть до утолщенной мышечной пластинки слизистой. Образование прилежит к воротной вене, с незначительным сдавлением, при сохранении интимы воротной вены. Желчевыводящие протоки расширены в в/3 и с/3 до 12 до 16 мм, с ровными стенками, неомогенным содержимым, с постепенным сужением в н/3 и полным блоком контуров холедоха на расстоянии до 26-28 мм от БДС. Вирсунгов проток в образовании не дифференцируется, выше расширяется до 3.5-6 мм, в теле и хвосте до 2 мм. Желчный пузырь: до 110 х40 мм, стенки до 3.5 мм, содержимое однородное. Убедительных данных за увеличение регионарных лимфатических узлов не обнаружено.

**Заключение.** Эхо - признаки объемного образования головки поджелудочной железы с признаками сдавления и прорастания интрапанкреатической части холедоха и вовлечения стенки двенадцатиперстной кишки, билиарной гипертензии (Susp.Ca). Предположительно Т2-Т3, Nx, Mx. Проведение ретроградного стентирования холедоха на момент осмотра невозможно.

Пациентка консультирована онкологом, рекомендовано оперативное лечение (стентирование и холецистостомия).

**Выводы.** Настоящее клиническое наблюдение демонстрирует высокую информативность эндоскопической ультрасонографии в выявлении патологии билиарной системы и поджелудочной железы, в том числе при отсутствии видимых изменений при проведении трансабдоминального УЗИ.

## 246. ЦЕЛЕСООБРАЗНОСТЬ ПРОВЕДЕНИЯ МОДИФИЦИРОВАННОГО МЕМБРАННОГО ПЛАЗМАФЕРЕЗА В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ВИРУСНЫМИ ГЕПАТИТАМИ

Саидханов Б.А., Азимова М.Т., Косникова И.В., Гутникова А.Р.

РСЦХ имени академика В.Вахидова, Ташкент, Узбекистан

**Цель исследования:** изучение влияния усовершенствованной методики проведения плазмафереза (ПА) больным с хроническими гепатитами вирусной этиологии на эффективность детоксикации, процессы перекисного окисления липидов и антиоксидантную защиту.

**Методы исследования.** Сеансы (2 - 4) лечебного мембранного плазмафереза (ЛМПА) проводились у 20 больных, среди которых 14 мужчин и 6 пациенток. Средний возраст составлял 37,2 лет. Пациенты находились в терапевтических отделениях с диагнозом Гепатит С и получали стационарное комплексное лечение. Поводом их обращения в стационар служило в первую очередь обнаружение в крови анти- HCV и признаков хронического гепатита. А также жалобы на общее недомогание, слабость, некоторые отмечали незначительную тупую боль в правом подреберье, снижение аппетита. При функциональном обследовании практически у всех пациентов фиксируется увеличение печени в размерах. Кроме стандартной терапии, куда входили гепатопротекторы, инфузионные растворы, иммуномодулирующие препараты и антибиотики, больным был назначен курс ЛМПА. По нашей методике ПА проводился без предварительной гепаринизации пациента, вместо цитратных растворов и 0.9% NaCl применялся нейтральный анолит, получаемый на установке СТЭЛ-1М (Патент на изобретение №IAP 03988 от 20.07. 2009).

**Результаты исследования:** У большинства пациентов при поступлении исходные показатели среднемoleкулярных пептидов (СМ), билирубина, активности ферментов цитолиза (АЛТ и АСТ) были значительно выше нормы. Фиксировалась положительная реакция на С-реактивный белок (СРБ). На активацию процесса перекисного окисления липидов (ПОЛ) указывало повышенное значение МДА и увеличение активности ферментов антиоксидантной защиты (АОЗ) - каталазы и глутатионредуктазы (ГР). Проведение плазмафереза по измененной методике с включением в нее раствора нейтрального анолита в значительной степени повышает эффективность детоксикации, что сопровождается позитивной динамикой всех исследованных индексов уже после 2-го сеанса. После 3-его сеанса у большинства пациентов концентрация СМ снизилась на 43%, уровень билирубина снизился с 118,934,2 до 19,9±6,1 мкмоль/л. Значительно уменьшилась активность АСТ и АЛТ (в 2,5 и 2,1 раза, соответственно). Уровень СРБ с 20,1±1,8 уменьшился до 6,4±1,0 мг/л, указывая на купирование воспалительного процесса. О нормализации ПОЛ можно было судить по нормализации концентрации МДА, снизившейся с 4,9±0,5 до 1,7±0,09 нмоль/л и

уменьшению активности ферментов АОЗ в среднем на 55%.

**Заключение.** При проведении плазмафереза с включением раствора нейтрального анолита отмечается усиление детоксикационного эффекта, проявляющееся в купировании свободнорадикальных процессов и улучшении клинических и биохимических показателей на более ранних сроках. Подобное действие достигается благодаря комплексованию эфферентной и окислительной детоксикационных технологий, и подтверждает целесообразность применения разработанной методики.

#### 247. ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЧЕСКОЕ ОБЩЕСТВО КАК ИННОВАЦИОННАЯ ОБРАЗОВАТЕЛЬНАЯ ТЕХНОЛОГИЯ В СИСТЕМЕ НЕПРЕРЫВНОГО ПОСЛЕДИПЛОМНОГО ОБРАЗОВАНИЯ СПЕЦИАЛИСТОВ.

Кафедра терапии ГОУ ДПО Казанская государственная медицинская академия.

Сайфутдинов Р.Г., Галеева З.М.

Одной из актуальных задач любого цивилизованного общества является создание максимально благоприятных условий для сохранения здоровья своих граждан. Реальность этих условий базируется, как на уровне научно-технического прогресса, так и на постоянном усовершенствовании работы по улучшению знаний, умений, оптимизации клинического мышления врача. Кроме того, в условиях возрастающего информационного потока, постоянного внедрения в клиническую практику новых лекарственных препаратов, новых методов диагностики и лечения, врач оказывается в ситуации острого ощущения потребности в постоянном повышении квалификации. В этом аспекте прогресс отечественной медицинской науки и непрерывное профессиональное развитие медицинских кадров приобретает особо важное значение.

С целью повышения эффективности последипломного образования врачей на базе кафедры терапии Казанской государственной медицинской академии в 2005 году была создана и внедрена инновационная образовательная технология - гастроэнтерологическое общество врачей Республики Татарстан. Целью создания данной формы обучения было оптимизация подготовки врачей по вопросам гастроэнтерологии в системе непрерывного последипломного образования специалистов. На наш взгляд для обеспечения адекватного уровня образования врача в области гастроэнтерологии необходимым является: использование в преподавании результатов доказательных клинических исследований, материалов национальных руководств и согласительных документов. В рамках этого общества с периодичностью два раза в месяц проводится обсуждение наиболее актуальных вопросов гастроэнтерологии с позиции доказательной медицины. Заседания общества проходят с участием профессорско-преподавательского состава различных кафедр, главных специалистов Министерства здравоохранения РТ, Москвы, Санкт-Петербурга, врачей городских и республиканских учреждений Министерства здравоохранения. На кафедре также разработана система

анкетирования для практических врачей, по результатам которой определяются наиболее актуальные тематики заседаний. Особое внимание в работе общества уделяется наиболее социально значимым вопросам гастроэнтерологии, на основании анализа структуры заболеваемости по данным отчетности Министерства здравоохранения РТ.

На наш взгляд образование врача не должно сводиться только к усвоению данной ему информации, необходимо стимулировать стремление врача к самообразованию, поэтому в рамках программы заседания общества обязательным является разбор истории болезни, клинических случаев с участием врача, согласно выбранной тематике заседания. Только совокупность этих перечисленных факторов может служить мощным основанием для развития клинического мышления врача.

Таким образом, сам образовательный процесс, становится инновационной технологией, обеспечивающей непрерывность и преемственность в развитии медицинской науки и практики, а реализация его в рамках непрерывного профессионального развития медицинских кадров позволит врачам повысить уровень знаний, познакомиться с последними достижениями в области гастроэнтерологии, а населению получить качественную квалифицированную медицинскую помощь и удовлетворить ожидания от взаимодействия с системой здравоохранения.

#### 248. УРОВЕНЬ АНТИТЕЛ К ФОСФОЛИПИДАМ У ПРАКТИЧЕСКИ ЗДОРОВЫХ ЛЮДЕЙ

Сайфутдинов Р.Р.

Кафедра терапии № 1 ГОУ ДПО КГМА Росздрава, РКБ № 3 МЗ РТ, г. Казань, Россия

**Актуальность проблемы:** в настоящее время антитела к фосфолипидам (аФЛ) изучаются не только при антифосфолипидном синдроме (АФС), но и их влияние на тромбозы при развитии другой сосудистой патологии. Появились работы по изучению АФС в кардиологии, неврологии, гематологии, нефрологии и гастроэнтерологии. Так же, представляет определенный интерес встречаемость антител к фосфолипидам и у здоровых людей. В основном они изучались в акушерской патологии и касались ВА и аКЛ. Какова ситуация по встречаемости аФЛ у мужчин? В наше поле зрения попала только одна работа (Ei-Roeiy A., Glcicher N., 1988), посвященная данной проблеме. Авторы выявили аКЛ у здоровых мужчин во фракциях IgG, IgM и IgA в 1,8%, 1% и 2,2% случаях, соответственно.

**Цель работы:** оценить наличие и встречаемость антител к фосфолипидам у здоровых мужчин.

**Материалы и методы:** изучено наличие аФЛ у 30 здоровых мужчин (средний возраст 53,8±3,9 лет). Кровь забирали утром, натощак. Плазму получали центрифугированием при 800 g в течение 12 мин на центрифуге фирмы «Дастан» (Россия). Антитела к фосфолипидам определяли на иммуоферментном анализаторе «Сапфир» (Россия). Использовали наборы для иммуоферментного анализа фирмы «Orgentec» (Германия).