

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, диагностику анатомо-топографических и функциональных нарушений ВНЧС необходимо проводить с применением клинических, рентгенологических и функциональных методов исследования; лечение пациентов должно осуществляться под рентгенологическим контролем состояния ВНЧС; при выдвижении нижней челюсти кпереди следует учитывать топографию суставной головки в суставной ямке; протезированию должна предшествовать ортодонтическая подготовка зубочелюстной системы, направленная на нормализацию окклюзионно-артикуляционных взаимоотношений зубных рядов и анатомо-топографического строения ВНЧС.

Предложенный аппарат предназначен для лечения дисфункции ВНЧС и коррекции привычных сагиттальных сдвигов нижней челюсти, что повысит эффективность лечения пациентов с данной патологией.

ЛИТЕРАТУРА

1. Дмитриенко С. В., Гариб Б. М., Зайченко С. И. // Вестник ВГМА. – 2000. – № 6. – С. 211–213.
2. Каламбаров Х. А. // Стоматология. – 1996. – Т. 75, № 1. – С. 53–60.
3. Калиераджиян Э. С., Лещева Е. А., Картавец Н. Г. и др. // Там же. – 1999. – Т. 78, № 2. – С. 31–33.
4. Кибкало А. П., Линченко И. В., Стекольников Н. В. // Актуальные вопросы стоматологии. – Волгоград, 1996. – С. 160–164.
5. Николенько В. Н., Сальников В. Н., Музурова Л. В. // Вестник проблем биологии и медицины. – Полтава, 2003. – № 3. – С. 30–31.
6. Персин Л. С. Ортодонтия. Лечение зубочелюстных аномалий. – М.: Ортодент-Инфо, 1999. – 298 с.
7. Хватова В. А., Ступников А. А. // Новое в стоматологии. – 2001. – № 1 (91). – С. 25–33.
8. Wish Baratz S., Hershkovitz I., Arensburg B., et al. // Am. J. Phys. Anthropol. – 1996. – Vol. 101 (3). – P. 387–400.

УДК 615:616–036.22:615:33:615.24

ИНВАЗИВНЫЕ И НЕИНВАЗИВНЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ В ОЦЕНКЕ СОСТОЯНИЯ ПЕЧЕНИ ПРИ ХРОНИЧЕСКИХ ГЕПАТИТАХ В ВОЛГОГРАДЕ И ВОЛГОГРАДСКОЙ ОБЛАСТИ

В. И. Петров, М. В. Абрамова, Н. В. Григорьева

Кафедра клинической фармакологии и интенсивной терапии ВолГМК,
МУЗ КГБ СМП № 25

В статье проанализировано соотношение между биохимическими показателями крови, уровнем виремии, ультразвуковой картиной ткани печени и морфологическим изменением ее структуры. Показано отсутствие зависимости между гистологическими изменениями (активность некрозовоспалительного процесса в печени и фиброза) при хронических гепатитах вирусной и невирусной этиологии и биохимическими показателями крови, эхографическими характеристиками ткани печени и уровнем виремии. Обоснована необходимость проведения биопсии печени под контролем УЗИ как наиболее информативного и безопасного метода.

Ключевые слова: хронический гепатит, инвазивные методы исследования, неинвазивные методы исследования.

INVASIVE AND NON-INVASIVE METHODS OF DIAGNOSTICS IN EVALUATION OF LIVER CONDITION IN CHRONIC HEPATITIS IN VOLGOGRAD AND VOLGOGRAD REGION

V. I. Petrov, M. V. Abramova, N. V. Grigoryeva

Abstract. In this study we analyzed the correlation between biochemical parameters of blood, HCV RNA level, ultrasonic image of liver tissues and morphological changes of liver structure. No dependence between histological changes (inflammation and fibrosis in liver tissue) in both viral and non-viral chronic hepatitis and biochemical parameters of blood, fibrosis ultrasonic characteristics of a liver and an HCV RNA level was noted. A necessity of liver biopsy by ultrasonic control as the most informative and safe method for today is justified.

Key words: chronic hepatitis, invasive methods of investigation, non-invasive methods of investigation.

В настоящее время в г. Волгограде и Волгоградской области при постановке диагноза хронического гепатита (ХГ) вирусной или невирусной этиологии для определения активности воспалительного процесса в большинстве случаев используется кратность увеличения биохимических

показателей аминотрансфераз (аланиновой аминотрансферазы – АлАТ, аспарагиновой – АсАТ). Тогда как в общемировой практике некрозовоспалительная активность оценивается на основании изучения гистологической картины ткани печени (по Knodell, Ishak, METAVIR). Возможно, это

зависит от нежелания пациента проводить данную процедуру, либо о недостаточной информативности врачей о безопасности ее проведения. Техника проведения биопсии печени постоянно совершенствуется, и сегодня она занимает достойное место среди диагностических методик, доступных современной гепатологии. Низкий уровень смертности (0,01–0,17 %) и небольшое количество осложнений после проведения процедуры должны послужить толчком для ее широкого применения в повседневной клинической практике в г. Волгограде и Волгоградской области.

Сегодня широко изучаются и возможности неинвазивной оценки и мониторинга фиброза в печени. Предложены различные индексы, основанные на соотношении ряда клинико-биохимических показателей: Fibrotest (Imbert-Bismut F., 2001), Forns index (Forns X., 2002), APRI (Wai C. T., 2004) и ряд других, также разработан метод эластографии печени (FibroScan). Однако их диагностическая значимость неоднозначна и требует дальнейших исследований.

ЦЕЛЬ РАБОТЫ

Проанализировать соотношение между биохимическими показателями крови, уровнем виремии (для хронических вирусных гепатитов), ультразвуковой картиной (УЗИ) ткани печени и морфологическим изменением структуры печени, а также оценить безопасность проведения биопсии печени под контролем УЗИ.

МЕТОДИКА ИССЛЕДОВАНИЯ

На базе МУЗ КБ № 25 обследовано 46 больных ХГ, у 34 пациентов выявлен хронический гепатит С, что подтверждено иммуноферментными методами анализа и методом полимеразной цепной реакции (ПЦР), у 12 пациентов – ХГ невирусной этиологии (отрицательный результат на наличие HCV RNA методом ПЦР в биоптате). Всем больным выполнялись стандартные биохимические анализы. УЗИ печени выполнялось на аппарате Philips HD-3 с конвексным датчиком 3,5 МГц, количественный анализ вируса гепатита С в сыворотке проводился методом ПЦР-диагностики (LCx HCV RNA Quantitative Assay). Пункционная биопсия печени проводилась под непрерывным УЗИ-контролем методом "свободной руки" аспирационным набором с биопсийными иглами G 18 под местной анестезией, в том числе трем больным двукратно. При проведении

биопсии печени осложнений не выявлено. Биоптаты обрабатывались по общепринятым методикам. В гистологических срезах, окрашенных гематоксилином и эозином, по ван Гизону, Перлсу, определяли индекс гистологической активности и стадию фиброза, используя критерии R. G. Knodell (1981), K. G. Ishak (1995), шкалу METAVIR (1996). Статистическая обработка данных проводилась с помощью стандартного пакета статистических программ "Statistica 6.0" с использованием непараметрического метода анализа с коэффициентом корреляции Спирмена.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

При проведении биопсии печени осложнений не выявлено, за исключением выраженного болевого синдрома у 10,9 % обследованных пациентов с иррадиацией в правое плечо и надключичную область, который самостоятельно купировался в течение суток, что сопоставимо с российскими и европейскими литературными источниками [1].

Обращает на себя внимание отсутствие корреляционных связей между изменением эхографических характеристик печени при ХГ и результатами гистологической оценки по Knodell, Ishak, METAVIR, за исключением слабых достоверных связей между оценкой сливающихся некрозов по Ishak (B) и диффузными изменениями, повышением эхогенности по УЗ-картине. Слабые отрицательные связи по Спирмену показывают, что чем более выражен данный вид гистологических изменений в биоптате (по Ishak (B) – очаговые, или внутридольковые некрозы и инфильтраты), тем реже выявляются изменения на УЗИ. Появление диффузных изменений характерно для более 50 % больных, независимо от стадии фиброза (см. табл.).

Среди всех пациентов выявлены достаточно слабые корреляционные связи по Спирмену между биохимическими показателями (АлАТ, АсАТ, тимоловой пробой, прямым билирубином) и гистологическими изменениями, аналогичные связи отмечались у пациентов с вирусными гепатитами ($n = 34$). Поиск связей между отдельными гистологическими показателями и комплексом биохимических показателей методом множественной регрессии также не выявил статистически значимых корреляций.

Частота выявления патологических изменений эхографической картины ткани печени у пациентов с различной степенью фиброза по METAVIR (1996), K. G. Ishak (1995)

Пациенты с изменением эхографических характеристик печени, %	METAVIR (1996), стадии фиброза					K. G. Ishak (1995), фиброз (баллы)			
	0	1	2	3	4	0	< 1	< 2	> 2
Диффузные изменения	53,8	65	50	100	0	53,8	70,6	44,4	71,4
Повышенная эхогенность	53,8	55	50	66,7	53,9	53,8	58,8	44,4	57,1
Нарушение однородно-	92,3	95	1	1	92,3	–	–	–	–

При оценке коэффициентов корреляции выявлены слабые корреляционные связи (коэффициент корреляции по Спирмену для системы Knodell $R = 0,39$, для Ishak суммарно $R = 0,40$) между гистохимическими показателями и количеством вируса в крови, а также между показателями размеров *v. portae*, печени по данным УЗИ и активностью некрозовоспалительных изменений в печени по METAVIR.

При выполнении биопсии печени под контролем УЗИ нам удалось снизить риск кровотечения вследствие травматизации сосудов печени, а также исключить повреждение соседних органов.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

1. Не обнаружено зависимости между гистологическими изменениями (активность некрозовоспалительного процесса и фиброза) в печени при хронических гепатитах вирусной и невирусной этиологии и биохимическими показателями крови, эхографическими характеристиками ткани печени и уровнем виремии.

2. Единственным достоверным способом оценки состояния печени (активности и стадии патологического процесса) при ХГ вирусной и невирусной этиологии на сегодняшний день является гистологическое исследование биоптата печени.

3. Пункционная биопсия печени под контролем УЗИ является эффективным, высокоинформативным и малотравматичным методом при строгом соблюдении всех аспектов обследования пациента.

ЛИТЕРАТУРА

1. Барсуков А. В., Лемешко З. А., Сергеев И. Е. Малоинвазивные вмешательства под ультразвуковым контролем в клинике внутренних болезней. — Смоленск, 2005. — 191 с.
2. Комарова Д. В., Цинзерлинг В. А. Морфологическая диагностика инфекционных поражений печени. — СПб.: Сотис, 1999. — 245 с.
3. Логинов А. С., Аруин Л. И. Клиническая морфология печени. — М.: Медицина, 1985. — 240 с.
4. Маев И. В. Биопсия печени: учеб.-метод. пособие. — М.: ГОУ ВУНМЦ, 2002. — 28 с.
5. Майер К. П. Гепатит и последствия гепатита: практич. рук.: пер. с нем. — М.: ГЭОТАР Медицина, 1999. — 432 с.
6. Некрасова Т. П. // Клин. гепатол. — 2006. — № 2. — С. 42–45.
7. Ющук Н. Д., Знойко О. О., Сафиуллина Н. Х. и др. // Клин. персп. гастроэнтерол., гепатол. — 2002. — № 1. — С. 9–16.
8. Ishak K., Baptista A., Bianchi L., et al. // J. Hepatol. — 1995. — Vol. 22. — P. 6969–6999.
9. Knodell R. G., Ishak K. G., Black W. C., et al. // Hepatology. — 1981. — Vol. 4. — P. 431–435.

УДК 612.821:613.6

КАЧЕСТВО И ФИЗИОЛОГИЧЕСКАЯ СТРУКТУРА НОЧНОГО СНА У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА

О. В. Ильина, Е. А. Маслова, С. Л. Болотова

Кафедра нормальной физиологии ВолГМУ

В работе сравниваются данные субъективной (опрос, анкетирование) и объективной (полисомнографическое обследование) оценки сна у здоровых молодых людей. Выявлены изменения в физиологической структуре сна у обследуемых, которые позволили выделить группу риска развития инсомний.

Ключевые слова: качество ночного сна, полисомнография, дельта-сон.

QUALITY AND PHYSIOLOGICAL STRUCTURE OF SLEEP IN HEALTHY YOUNG SUBJECTS

O. V. Ilyina, E. A. Maslova, S. L. Bolotova

Abstract. In the paper we compare findings of subjective (interrogation, questionnaire) and objective (polysomnography investigation) assessment of sleep quality in healthy young subjects. In this group we revealed changes in the structure of sleep. This makes it possible to determine a risk group for development of insomnia.

Key words: quality of sleep, polysomnography investigation, delta-sleep.

Проблемы адаптации лиц молодого возраста к условиям интеллектуальной деятельности, проходящей на фоне выраженных психоэмоцио-

нальных нагрузок, дефицита времени, а в ряде случаев и несоблюдения режима труда и отдыха, зачастую проявляются нарушением цикла "сон —