

6. Оленников Д.Н., Зилфикаров И.Н., Торопова А.А., Ибрагимов Т.А. Химический состав сока каллизии душистой *Callisia fragrans* W. и его антиоксидантная активность (in vitro) // Химия раст. сырья. — 2008. — № 4. — С.95-100.
7. Петров Р.В., Хаитов Р.М., Чередеев А.Н. и др. Иммунофармакологические подходы к оценке иммуномодуляторов // Иммуномодуляторы. — М., 1987. — С.9-10.
8. Прокопенко Л.Г., Афанасьев В.А., Авакян А.Р. Иммуно-метаболические аспекты холодового стресса. — Курск, 1998. — 167 с.
9. Сергиенко В.И., Бондарева И.Б. Математическая статистика в клинических исследованиях. — М., 2000. — 263 с.
10. Сур С.В., Гриценко Э.Н. Проблемы и перспективы разработки и внедрения современных лекарственных средств растительного происхождения // Фарматека. — 2001. — № 9. — С.10-14.
11. Темирбулатов Р.А., Селезнев Е.И. Метод повышения интенсивности свободнорадикального окисления липид-содержащих компонентов крови и его диагностическое значение // Лабор. дело. — 1981. — № 4. — С.209-211.
12. Фрейдлин И.С. Использование культуры мышиных перитонеальных макрофагов в качестве модели для изучения клеток мононуклеарной фагоцитарной системы организма и их изменений под влиянием биологически активных веществ: методич. рекомендации. — Л., 1976. — С.8-10.
13. Чевари С., Чаба И., Секей Й. Роль супероксиддисмутазы в окислительных процессах клетки и метод определения ее в биологических материалах // Лабор. дело. — 1985. — № 11. — С.678-681.
14. Anderson M.E. Glutathion: chemical, biochemical and medicinal aspects // Pt.A. — N.Y., 1989. — P.333-405.
15. Cunningham A.J. A method of increased sensitivity for detecting single antibodyforming cells // Nature. — 1965. — Vol. 207, № 5001. — P.1106-1107.

Адрес для переписки:

670024, г. Улан-Удэ, ул. Добролюбова 35. кв.16, Алексеева Эльвира Алексеевна, E-mail: alecseevaevlira@mail.ru

СЛУЧАИ ИЗ ПРАКТИКИ

© ОСТАНКО В.Л., БЕЛОБОРОВОДА Е.В., ГИБАДУЛИНА И.О., БЕЛОБОРОВОДА Э.И. — 2009

ОЦЕНКА КОЛЛОИДНОЙ СТАБИЛЬНОСТИ ЖЕЛЧИ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКИМИ ГЕПАТИТАМИ РАЗЛИЧНОЙ ЭТИОЛОГИИ

В.Л. Останко, Е.В. Белобородова, И.О. Гибадулина, Э.И. Белобородова

(Сибирский государственный медицинский университет, г. Томск, ректор — д.м.н., акад. РАМН, проф. В.В. Новицкий, кафедра терапии факультета повышения квалификации и последипломной подготовки специалистов, зав. — д.м.н., проф. Э.И. Белобородова)

Резюме. Цель данной работы — выявить структуру нарушений коллоидной стабильности пузырной желчи у больных с хроническим вирусным гепатитом С (ХГС) и при сочетанном злоупотреблении алкоголем (ХГС+алк). Обследовано 100 больных: 50 — с «чистым» ХГС и 50 — ХГС+алк. В результате фракционного хроматического минутированного дуоденального зондирования с биохимическим исследованием состава пузырной желчи у обследованных больных нарушения биохимии пузырной желчи были диагностированы в 100% случаев (в сторону ее литогенности). Степень изменения основных биохимических показателей пузырной желчи зависела от этиологии заболевания. Полученные данные необходимо учитывать в лечебной тактике ведения больных с хроническим вирусным гепатитом С и при сочетанной этиологии.

Ключевые слова: хронический вирусный гепатит С, алкоголь, биохимический состав желчи.

THE EVALUATION OF COLLOID STABILITY OF BILE IN PATIENTS WITH CHRONIC HEPATITIS OF DIFFERENT ETHIOLOGY

V.L. Ostanko, E.V. Beloborodova, I.O. Gibadulina, E.I. Beloborodova
(Siberian State Medical University)

Summary. The presented results show the structure of deteriorations of colloid stability of gall bile in the patients with chronic viral hepatitis C and in the patients with both chronic viral hepatitis C and alcohol abuse. The object of this study were 100 patients: 50 patients with chronic viral hepatitis C and 50 patients both with chronic viral hepatitis C and alcohol abuse. In results of fractionous chromatic minutes duodenal intubation with biochemical study of the composition of gall bile in the patients with chronic viral hepatitis C and patients with alcohol abuse. The degree of the change in the main biochemical factors in gall bile depended on etiology of a diseases. The data obtained should be taken into account in the treatment of patients with chronic viral hepatitis C and mixed etiology.

Key words: chronic viral hepatitis C, alcohol abuse, biochemical composition, gall bile.

На сегодняшний день одной из наиболее актуальных проблем современной гастроэнтерологии является проблема хронических вирусных гепатитов [1,2,5]. Наряду с этим Российская Федерация занимает лидирующую позицию в мире по потреблению алкоголя. Ряд авторов доказали быстропрогрессирующее течение хронического гепатита С на фоне повреждающего действия алкоголя, который «провоцирует» активацию HCV-инфекции и приводит к быстрому формированию цирроза печени [1,3,6].

Доказано, что клиническое течение хронических вирусных гепатитов крайне вариабельно, что и обуслов-

ливает различный по продолжительности период формирования цирроза печени. Нарушение оттока желчи с развитием внутрипротокового холестаза в сочетании с инфекционным фактором может приводить к более выраженной альтерации паренхимы печени и изменениям физико-химического состава желчи, проявляющимся, прежде всего, ее коллоидной дестабилизацией. Все вышеперечисленное обуславливает образование «порочного круга» взаимосвязанных патологических процессов в гепатобилиарной системе, значительно повышая риск развития быстропрогрессирующего фиброза в печени у данной категории больных.

Целью настоящей работы явилось выявление структуры нарушений коллоидной стабильности пузырной желчи у больных с хроническим вирусным гепатитом С и хроническим вирусным гепатитом С в сочетании со злоупотреблением алкоголя.

Материалы и методы

Обследовано 100 больных: 50 — с хроническим вирусным гепатитом С (ХГС) составили 1 группу; 50 — с хронической HCV-инфекцией в сочетании со злоупотреблением алкоголя 2 группу. В контрольную группу включены 50 здоровых добровольцев. Средний возраст был равен $33,4 \pm 6,7$ лет. Соотношение мужчин и женщин — 2:1 соответственно. Больные прошли комплексное обследование. Диагноз ХГС выставляли на основании выявления положительных серологических маркеров к HCV с помощью иммуно-ферментного анализа (ИФА) и положительной

В результате исследования биохимии пузырной желчи была выявлена ее коллоидная дестабилизация у 100% больных (табл. 1).

У всех больных был снижен уровень билирубина, но в каждой группе этот показатель отличался: у больных с «изолированной» HCV-инфекцией его уровень составил $610,6 \pm 50,2$ ммоль/л, у больных с хроническим вирусным гепатитом С в сочетании с алкогольным фактором — $566,4 \pm 59,5$ ммоль/л (что ниже от должного в 1,09 и 1,18 раза соответственно, $p < 0,001$). Уровень липидов оказался также снижен у всех больных: до $6,3 \pm 0,7$ ммоль/л в группе с «изолированным» хроническим вирусным гепатитом С, до $6,1 \pm 0,6$ ммоль/л — с HCV-инфекцией в сочетании со злоупотреблением алкоголя (ниже от должного в 1,12 и 1,15 раза соответственно,

Таблица 1

Биохимический состав пузырной желчи

Показатель	HCV		HCV+alc		норма		P _{HCV-контроль}	P _{HCV+alc-контроль}	P _{HCV-HCV+alc}
	М	σ	М	σ	М	σ			
Холестерин, ммоль/л	4,3	1,3	4,3	1,3	2,3	0,18	<0,001	<0,001	0,825
Билирубин, ммоль/л	610,6	50,2	566,4	59,5	667,8	36,42	<0,001	<0,001	<0,001
Фосфолипиды, ммоль/л	3,3	0,9	2,8	0,7	4,62	0,32	<0,001	<0,001	0,003
Общие липиды, г/л	6,3	0,7	6,1	0,6	7,06	0,66	<0,001	<0,001	0,243
Желчные кислоты, ммоль/л	26,6	1,4	26,0	2,2	28,86	1,2	<0,001	<0,001	0,124
Суммарный дебит желчных кислот, мг/ч	260,7	23,2	250,5	50,1	294,3	12,8	<0,001	<0,001	0,191
Индекс Thomas-Hofmann	1,1	0,1	1,1	0,1	0,73	0,1	<0,001	<0,001	0,006
Индекс Рубенса	1,4	0,4	1,6	0,6	0,5	0,05	<0,001	<0,001	0,028
Индекс Свелла	2,8	0,9	3,3	1,2	0,95	0,06	<0,001	<0,001	0,03
ХХК (индекс Эндрюса)	7	0,8	7,15	1,3	10	0,01	<0,001	<0,001	0,02

полимеразной цепной реакции (ПЦР). Всем больным было проведено ультразвуковое исследование печени и желчевыводящих путей по стандартным методикам (сканеры Just Vision-400 фирмы «Toshiba» (Япония) и Logic-400 фирмы «General Electric» (США)) с использованием секторальных и конвексных датчиков с частотой 2,5-5,0 МГц; фракционное хроматическое минутированное дуоденальное зондирование с биохимическим исследованием состава пузырной желчи (с определением билирубина, общих липидов, холестерина, фосфолипидов, желчных кислот, а также с подсчетом индексов литогенности). Статистическая обработка результатов проводилась с помощью пакета прикладных программ SPSS 11.5 for Windows. Статистическая обработка результатов проводилась с использованием пакета прикладных программ SPSS 11.5 for Windows. Использованы следующие методы статистического анализа: проверка на нормальность распределения количественных данных проводилась специализированным критерием Шапиро-Вилка. Математическую обработку результатов исследования проводили с использованием описательных статистик: медиана (Me) и интерквартильный размах (в виде 25 и 75 перцентилей, Q1 — Q3) — для данных, не соответствующих нормальному закону распределения; среднее значение (M) и стандартное отклонение (σ) — для нормально распределенных данных. Описание качественных данных проводилось путем построения таблиц сопряженности с указанием абсолютных и относительных (%) частот встречаемости признаков. Для определения значимости различий качественных признаков использовали анализ таблиц сопряженности (критерий χ^2 Пирсона, а также двусторонний точный тест Фишера в случае, если ожидаемое значение хотя бы в одной ячейке таблицы сопряженности было меньше 5). Для анализа нормально распределенных количественных признаков, при сравнении двух независимых выборок применяли критерий Стьюдента. Для анализа количественных признаков, не подчиняющихся нормальному закону распределения, при сравнении двух независимых выборок применяли критерий Манна-Уитни [4].

Результаты и обсуждение

Всем больным после проведения фракционного хроматического минутированного дуоденального зондирования было выполнено биохимическое исследование состава пузырной желчи.

Содержание холестерина в пузырной желчи у всех больных оказалось повышенным в 1,88 раза в сравнении с группой контроля ($p < 0,001$). При сравнительном анализе между группами обращало на себя внимание значимо более низкое содержание фосфолипидов — одного из основных компонентов, обеспечивающих коллоидную стабильность желчи, у больных с сочетанной этиологией заболевания ($p < 0,05$).

Учитывая выявленные изменения в количественном содержании ведущих компонентов пузырной желчи, были совершенно закономерны обнаруженные нарушения индексов литогенности. В обеих группах отмечено изменение индексов литогенности со статистической значимостью по отношению к группе контроля ($p < 0,001$). Полученные изменения данных индексов свидетельствовали о высокой литогенности желчи, как при «изолированном» течении хронического вирусного гепатита, так и при сочетанной патологии. В сравнительном анализе между группами у больных, злоупотребляющих алкоголем при ХГС, индексы литогенности Thomas-Hofmann, Рубенса, Свелла, Эндрюса были изменены со статистической значимостью в большей степени в отличие от «изолированного» течения HCV-инфекции ($p_{HCV-HCV+alc} < 0,001$), то есть желчь данных больных была более литогенной.

Таким образом, хронические гепатиты как вирусной, так и сочетанной этиологии, сопровождаются нарушением коллоидной стабильности пузырной желчи у 100% больных. Степень изменения основных биохимических показателей пузырной желчи зависит от этиологии заболевания — менее выражена у больных с «изолированным» хроническим вирусным гепатитом С и более выражена при сопутствующем злоупотреблении алкоголем. Данный факт, необходимо учитывать для применения комплекса лечебных мероприятий на основе дифференцированного подхода к коррекции биохимических расстройств желчевыводящей системы, а значит и для предотвращения холелитиаза и возможного прогрессирования фиброобразования в печени.

ЛИТЕРАТУРА

1. Белобородова Е.В. Поражение печени при хронических вирусных гепатитах и их сочетании с алкогольной болезнью и опийной наркоманией. Прогноз течения и исходы: Дисс. ... докт. мед. наук. — Томск, 2007. — 434 с.
2. Ивашкин В.Т. Болезни печени и желчевыводящих путей: Руководство для врачей / Под ред. В.Т. Ивашкина. — 2-е изд. — М.: М-Вести, 2005. — 536 с.
3. Игнатова Т.М. Естественное течение хронической HCV-инфекции // Российский журнал гастроэнтерол., гепатол., колопроктол. — 2002. — Т. 4, № 2. — С.20-37.
4. Майборода А.А., Калягин А.Н., Зобнин Ю.В., Щербатых

- А.В. Современные подходы к подготовке оригинальной статьи в журнал медико-биологической направленности в свете концепции «доказательной медицины» // Сибирский медицинский журнал (Иркутск). — 2008. — Т. 76, №1. — С.5-8.
5. Майер К.П. Гепатит и последствия гепатита: Практич. рук. / Пер. с нем. — М.: ГЭОТАР-Медицина, 2004. — 720 с.
6. Сюткин В.Е., Лопаткина Т.Н., Попова И.В. Факторы риска прогрессирования поражения печени при хроническом гепатите вирусной этиологии // Кремлевская медицина (клинический вестник). — 2000. — № 1. — С.40-44.

Адрес для переписки:

634041, г.Томск, ул. Новгородская, д.44, кв.6. Останко Валентина Леонидовна — очный аспирант кафедры терапии ФПК и ППС, e-mail: valala@yandex.ru; Белобородова Екатерина Витальевна — д.м.н., профессор, Белобородова Эльвира Ивановна — д.м.н., профессор, зав. кафедрой, Гибадулина Ирина Олеговна — д.м.н., доцент.

© ПИНСКИЙ С.Б., ДВОРНИЧЕНКО В.В., РЕПЕТА О.Р. — 2009

РЕДКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ МНОЖЕСТВЕННОЙ ЗЛОКАЧЕСТВЕННОЙ ПАРААНГЛИОМЫ ШЕИ

С.Б. Пинский, В.В. Дворниченко, О.Р. Репета

(Иркутский государственный медицинский университет, ректор — д.м.н., проф. И.В. Малов, кафедра общей хирургии с курсом урологии, зав. — д.м.н., проф. С.Б. Пинский; Иркутский институт усовершенствования врачей, ректор — д.м.н., проф. В.В. Шпрах, кафедра онкологии, зав. — д.м.н., проф. В.В. Дворниченко)

Резюме. Приводится редкий случай множественной злокачественной параанглиомы шеи — сочетание двусторонних каротидных и интратиреоидной опухолей. Отмечаются трудности клинической и морфологической диагностики. Опухоли были обнаружены и удалены поэтапно с интервалами в 8 и 5 лет после первой и, соответственно, второй операции. Длительность наблюдения составляет 23 года.

Ключевые слова: каротидная параанглиома.

RARE OBSERVATION OF MULTIPLE MALIGNANT PARANGLIOMA OF NECK

S.B. Pinsky, V.V. Dvornichenko, O.R. Repeta

(Irkutsk State Medical University, Irkutsk State Institute for Medical Advanced Studies)

Summary. It is shown the rare case of multiple malignant paranglioma of neck — combination of bilateral carotid and intratireoid tumors. The difficulties of clinical and morphological diagnosis are noted. The tumors were diagnosed and removed step by step with intervals in 8 and 5 years after the first and second operation. The duration of observation amounted to 23 years.

Key words: carotid paranglioma.

Среди трех основных групп внеорганных опухолей шеи — нейроэктодермальных, мезенхимальных и дисэмбриональных, особое внимание клиницистов в последнее десятилетие привлекают параанглиомы, ранее известные под названием хемодектомы. Параанглиомы относятся к числу редких заболеваний, этиология и патогенез которых остаются до конца неясными. Их частота не превышает 1% от общего числа внеорганных опухолей шеи, а среди всех онкологических заболеваний головы и шеи — 0,01% [9,10,34]. По данным С.О. Подвызникова и М.А. Кропотова (1991), частота злокачественных параанглиом составила 16,9% от всех наблюдавшихся ими злокачественных внеорганных опухолей головы и шеи.

Среди параанглиом шеи чаще всего встречаются каротидные и реже — вагальные. Каротидные параанглиомы развиваются из параанглионарных клеток в области бифуркации общей сонной артерии и располагаются между ее ветвями. Вагальные параанглиомы исходят из узлового или яремного ганглиев блуждающего нерва, преимущественно локализируются в заднебоковом окологлоточном пространстве, нередко интимно связаны с внутренней сонной артерией, внутренней яремной веной, подъязычным и языкоглоточным нервами. Ряд авторов выделяют атипичные локализации параанглиом шеи, которые чаще возникают в верхнебоковых отделах шеи, характеризуются упорным рецидивированием и высокой частотой злокачественности.

К 1967 г. отечественными авторами было описано более 100, а в мировой литературе — около 500 наблюдений параанглиомы шеи [1], а к 1977 г., соответствен-

но, 120 и 600 случаев этого заболевания [5]. По данным Т.К. Дудицкой (2000), в мировой литературе к 1998 г. приведены сведения о 1700, а к 2003 г. — о 2000 подобных наблюдений [20]. Во многих отечественных публикациях приводятся единичные наблюдения хирургического лечения этого заболевания [24,27,31].

Литературные данные о соотношении параанглиом шеи различной локализации варьируют в широких пределах. По данным Б.М. Втюрина и соавт. (1983), у 22 из 29 больных опухоли исходили из каротидного гломуса, у 5 — из гломуса блуждающего нерва и у 2 — располагались атипично. Г.В. Фалилеев и соавт. (1987) отметили у 56 из 93 больных каротидную, у 32 — вагальную и у 5 — атипичную локализацию опухолей. А.И. Пачес (2000) указывает о 141 наблюдении каротидной и 20 вагальной параанглиомы шеи. По данным И.В. Белоцерковского и соавт. (2005), у 32 (85%) из 38 больных были каротидные и у 6 (15%) — вагальные параанглиомы. Е.Г. Матякин и соавт. (2005) установили у 113 (57%) больных каротидные, у 55 (27,8%) — вагальные, у 17(8,5%) — атипичные и у 13 (6,6%) — множественные параанглиомы цервикальной локализации. В значительном количестве сообщений приводятся данные только о каротидных параанглиомах шеи [14,16,17,24,30].

В подавляющем большинстве наблюдений отмечены односторонние локализации солитарных параанглиом шеи. Вместе с тем, особый интерес представляют множественные (сочетание двух и более локализаций) параанглиомы шеи. Среди множественных чаще всего встречается сочетание двух первичных опухолей различной локализации. Различают множественные спо-