

Таблица 1

## Показатели иммунной системы у больных НХЛ

| Показатель             | Больные НХЛ<br>(n=64) | Здоровые лица<br>(n=50) |
|------------------------|-----------------------|-------------------------|
| CD3+-клетки, %         | 34,6±1,08             | 64,5±1,77               |
| CD4+-клетки, %         | 23,3±1,23             | 38,2±2,84               |
| CD95+-клетки, %        | 34,8±1,87             | 27,6±2,01               |
| CD16+-клетки, %        | 12,6±1,22             | 24,4±3,26               |
| ФАН, %                 | 43,3±0,56             | 75,0±1,60               |
| НСТ-стимулированный, % | 14,7±0,21             | 31,5±1,55               |

Таблица 2

## Сравнительный анализ отдельных показателей иммунитета в I и во II группах больных

| Показатель      | Больные НХЛ<br>I группы (n=20) | Больные НХЛ<br>II группы (n=64) |
|-----------------|--------------------------------|---------------------------------|
| CD4+-клетки, %  | 18,7±0,43                      | 23,3±1,23                       |
| CD25+-клетки, % | 16,1±0,67                      | 26,3±1,27                       |
| CD95+-клетки, % | 20,4±0,89                      | 34,8±1,87                       |
| IgG, г/л        | 18,9±1,34                      | 10,9±0,18                       |

Никонов П.В., Никонова Е.А.  
**РОЛЬ УЛЬТРОСОНОСКОПИИ  
 В ДИАГНОСТИКЕ И ВЫБОРЕ СПОСОБА  
 ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ХОЛЕЦИСТИТА  
 У БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО  
 И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТОВ**

Муниципальная больница №1 г. Новотроицк,  
 Оренбургская обл.

Проблема выбора более рационального метода хирургического лечения больных с осложненными формами ЖКБ является в настоящее время достаточно сложной задачей. Несмотря на широкое внедрение новых диагностических и лечебных технологий, результаты лечения больных острым холециститом (ОХ) в категории пожилых больных остаются неудовлетворительными. Использование данных контрольно-динамических ультрасоноскопии (УСС) при выборе способа оперативного вмешательства в хирургическом лечении ОХ у больных данной категории ставит на качественно новый уровень диагностику характера и формы воспалительного процесса в стенке желчного пузыря и во многом определяет прогноз при этой патологии.

Целью настоящего сообщения явилась разработка дифференцированного подхода в определении способа оперативного вмешательства у больных ОХ пожилого и старческого возраста путем использования возможностей и преимуществ УСС.

Материалы и методы: проанализированы результаты УСС у 403 пациентов пожилого и старческого возраста, оперированных по поводу острого деструктивного холецистита. Заболевание чаще встречалось у женщин-312 (77,6%), реже - у мужчин-91 (22,4%), в соотношении 1:3,4 в возрасте от 60 до 89 лет. Позже 24 часов на стационарное лечение поступило 292 (72,6%) больных по причине поздней обращаемости. Катаральный холецистит был выявлен в 25

(6,2%) случаев, флегмонозный-304(75,4%), гангренозный-74(18,4%). При этом у 147 (36,4%) больных был выявлен перивезикальный инфильтрат, у 14(3,4%) - перивезикальный абсцесс, а в 32(7,9%) случаях - перитонит. Диагностику ОХ проводили на основании клинико-лабораторных данных; результатов исследований на ультразвуковой диагностической системе Lodgig 500 (GE USA) конвексным датчиком частотой 3,5МГц по стандартным методикам. Диагноз в приемном покое включал в себя форму воспаления в желчном пузыре.

Результаты: больным, поступившим с типичной или сомнительной клиникой перитонита, эхографически подтвержденными признаками наличия свободной жидкости в брюшной полости, эхопризнаками острого деструктивного холецистита, с прямыми или косвенными признаками перфорации стенки желчного пузыря в 46(11,4%) случаях проведена неотложная традиционная холецистэктомия через 2-3 часа от момента поступления в отделение. На выбор способа операции у пожилых и старых больных с деструктивным холециститом влияли тяжесть их физического состояния, характер осложнений основного заболевания, а так же характер сопутствующей патологии. При отсутствии ультрасоноскопических данных о воспалительно-инфильтративных изменениях в области гепато-дуоденальной связки, которые затрудняли идентификацию её структур с риском повреждения общего желчного протока, при минимальном анестезиологическом риске и отсутствии противопоказаний к наложению пневмоперитонеума выполнялась лапароскопическая холецистэктомия (ЛХЭ). Эта операция проведена у 125(31%) больных, в том числе у 87 больных в течение 48 часов и у 38 больных в отсроченном порядке, после купирования приступа посредством наложения холецистостомии под УЗ-контролем. Холецистэктомия из минилапаротомного доступа 3,5-4см в правом подреберье с использованием набора инструментов «Миниассистент» прово-

дилась при невозможности ЛХЭ из-за выраженного инфильтрата в области шейки пузыря, подтвержденного данными УСС в 170(42,2%) случаев, в том числе у 16 в отсроченном порядке после холецистостомии. При некупирующемся приступе ОХ в течение 6-24 часов, с сохраняющимися эхографическими признаками обтурации желчного пузыря, наличием интрамуральной эхопрозрачной полосы в стенке более 2мм с появлением нечеткости контуров стенки, а также у больных острым бескаменным холециститом в 106 случаях мы применили пункционную холецистостомию под УЗ-контролем. ЧЧХЦС накладывали под местной анестезией в условиях операционной по стандартной методике датчиком 3,5МГц с пункционной насадкой иглой 14G с мандреном и катетером диаметром 3мм. Контроль за положением трубки и лечебные мероприятия (промывание просвета, введение спазмолитиков и антибиотиков) проводили ежедневно 2-3 раза в день в сочетании с инфузионно-капельной терапией и другими мероприятиями общего плана. В результате после купирования приступа ОХ 38 пациентам проведена ЛХЭ и 16 оперированы с использованием набора «Мини-Ассистент». Тяжелая сопутствующая патология не позволила провести радикальную плановую операцию у 26 больных, а 26 сами отказались от операции.

Выводы: Благодаря широкому использованию УСС в диагностике и лечении ОХ можно добиться успешной и менее травматичной ликвидации гнойно-деструктивного очага, а также заметно расширить круг показаний к оперативным вмешательствам у больных пожилого и старческого возраста с сопутствующими заболеваниями. Высокая точность УСС, в особенности, при её использовании в динамике, позволяет определить тяжесть воспаления в стенке желчного пузыря, контролировать течение заболевания и корректировать хирургическую тактику.

Павлова О.О.

### **ВОЗМОЖНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ БЕТУЛИНА У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ГЕПАТИТОМ С**

*Санкт-Петербургская государственная медицинская  
академия им. И.И.Мечникова,  
НИИ гриппа РАМН Санкт-Петербург*

Цель исследования: оценить эффективность бетулина, тритерпеноида коры березы, в клиническом исследовании у больных ХГС.

Материалы и методы: В процессе клинической апробации обследован 21 пациент ХГС. Выполнено клинико-лабораторное обследование (АСТ, АЛТ, ГГТП) и количественное определение РНК методом ПЦР до и после курса терапии бетулином в различных дозировках. 13 больных получали бетулин в дозе по 40 мг, 8 больных – по 100 мг 3 р/д. в течение 4 недель.

Полученные результаты: На фоне терапии бетулином у 75% пациентов наблюдался положительный эффект, однако, если у больных, получавших бетулин в дозе по 40 мг 3 р/д., наблюдали тенденцию к снижению выраженности цитолитического синдрома, то при повышении терапевтической дозировки

до 100 мг 3 р/д. снижение показателей характеризующих цитолиз гепатоцитов (АЛТ, ГГТП) носило более выраженный характер. Усредненный коэффициент эффективности препарата составляет 50%. У больных с повышенным уровнем активности ГГТП происходила достоверная нормализация активности гепатоспецифического фермента. Бетулин в наших исследованиях не влиял на динамику вирусологических показателей и вирусную нагрузку.

Выводы и заключение: Таким образом, весьма перспективным представляется использование бетулина в терапии ХВГС в дозе 100 мг 3 р/д в течение не менее 3 месяцев с целью купирования цитолитического синдрома.

Пашенко И.Г., Камнев М.С., Пашенко Н.Н.

### **ДИАГНОСТИКА НАРУШЕНИЙ ЖЕЛЧЕВЫДЕЛИТЕЛЬНОЙ ФУНКЦИИ ПЕЧЕНИ У БОЛЬНЫХ СТЕАТОЗОМ ПЕЧЕНИ**

*Ульяновский государственный университет  
г. Ульяновск*

Цель исследования: изучить состояние желчевыделительной функции и оценить биохимический состав желчи у больных стеатозом печени (СП).

Материал и методы: исследования проведены у 57 больных (37 женщин и 20 мужчин в возрасте от 20 до 65 лет), у которых при комплексном обследовании был диагностирован СП, развившийся на фоне патологии легких (бронхиальная астма, хроническая обструктивная болезнь легких).

Для оценки желчевыделительной функции печени использовались результаты многомоментного дуоденального зондирования с последующим исследованием биохимического состава желчи порций В и С. Определялось количество желчи порции В, количество желчи порции С, регистрировалось время латентного периода. В обеих порциях желчи исследовалось содержание билирубина, холестерина, суммарных желчных кислот, белково-липидного комплекса. Рассчитывались индекс концентрации желчи порции В, холато-холестериновый коэффициент, отношение холе-вая-дезоксихолевая желчной кислоты.

Наряду с этим проводилось целенаправленное ультразвуковое исследование печени, желчного пузыря, внутрипеченочных и внепеченочных желчных протоков, а также радионуклидная гепатография с Б.Р. J<sup>131</sup>.

Функциональное состояние печени оценивалось по показателям основных биохимических синдромов: цитолитического, холестаза, меземхимально-воспалительного, печеночной недостаточности, которые в большинстве случаев были в пределах нормальных колебаний.

Группой сравнения были 12 здоровых людей (добровольцев).

Полученные результаты: результаты проведенных исследований свидетельствовали о том, что у больных СП вследствие дискинезий желчного пузыря и сфинктера общего желчного протока отмечалось увеличение времени латентного периода с  $14,1 \pm 1,1$  мин. у здоровых лиц до  $22,3 \pm 3,2$  мин. у больных ( $p < 0,05$ ).