

прошивание продольных трещин кардия – 24
Всего 59 (63%)

2. консервативное лечение - эндоскопическая остановка кровотечения (электрокоагуляция, инъекционный метод) – 32 больных (37%)

Использование комбинированных методов эндоскопического гемостаза и оперативного лечения больных с

гастродуоденальным кровотечением в большинстве случаев дает возможность добиться окончательной остановки кровотечения.

В дальнейшем такие больные встают на учет к гастроэнтерологу и получают противоязвенное лечение, для предупреждения осложнения.

Морфологическая диагностика заболеваний печени

Рысулы М.Р.

НИИ кардиологии и внутренних болезней МЗ РК, г. Алматы

Задачи морфологического исследования. Чаще всего диагностика нужна для подтверждения мнения клинициста. Бывают ситуации, когда лишь биопсия печени ставит правильный диагноз. Исследуя биоптат печени, морфолог должен хорошо знать гистологические маркеры заболеваний (гепатоз, гепатит, фиброз, цирроз). Задачи следующие: подтверждение или коррекция клинического диагноза; определение активности, тяжести и формы поражения печени; дифференциальная диагностика системных заболеваний с моногенными поражениями печени; оценка эффективности лечения; выяснение морфологического субстрата функционально-метаболических нарушений, лихорадки неясного генеза и т.д.

Степень активности процесса. О степени активности процесса можно судить по-разному. В настоящее время обязательно нужно изучать биоптаты на предмет активности процесса. Введен специальный индекс гистологической активности процесса. Это полуквантитативное исследование, которое выражается в баллах. Определенное количество баллов говорит о той или иной степени активности.

Стадия процесса или хронизация. Одно гистологическое описание выраженности фиброза не удовлетворяет современному гепатологу. Необходимо вывести индекс степени фиброза, который может быть минимальным, умеренным, выраженным и преддверием цирроза. В этом случае клинический патолог также обязан вычислять соответствующий индекс степени фиброза печени.

Оценка эффективности терапии. Такая оценка нередко необходима. Например, нужно сделать повторную биопсию для определения, является ли проведенный курс лечения эффективным или нет. Здесь индексы гистологической активности процесса, степени фиброза становятся чрезвычайно важными. Необходимо не просто сказать, что стало лучше или хуже, нужно дать количественную оценку этим изменениям. Это касается не только гепатитов и циррозов,

а в равной мере и неопластических процессов в печени. В отношении прогноза тоже все ясно. Сам диагноз говорит о прогнозе. Если вы получаете диагноз «мостовидные некрозы в печени», «фульминантный гепатит», то каков прогноз? Заранее известно, что больного ждет цирроз печени. Если вы имеете дело с циррозом печени, то он монолобулярный в одном случае и мультилобулярный в другом. Где будет лучше прогноз? Безусловно, при монолобулярном циррозе. В каждом конкретном случае решается вопрос прогноза.

Холестаз. Морфологические изменения, обусловленные непосредственно холестазом, включают билирубиностаз в гепатоцитах, купферовских клетках, канальцах, а также: расширение, фиброз портальных трактов, пролиферацию протоков, баллонную («перистую») дистрофию гепатоцитов, лимфогистиоцитарную инфильтрацию, некрозы гепатоцитов. Все указанные изменения носят неспецифический характер и не зависят от этиологии холестаза. При внепеченочном холестазе пролиферация желчных протоков и изменения гепатоцитов развиваются уже через 36 ч после обструкции желчных протоков. Примерно через 2 недели степень изменений в печени уже не зависит от продолжительности холестаза. Скопления полиморфно-ядерных лейкоцитов в желчных протоках, а также в синусоидах могут свидетельствовать о восходящем бактериальном холангите. Изменения в биоптате печени в ранних стадиях при некоторых формах внутрипеченочного необструктивного холестаза могут отсутствовать – «холестаз минимальных изменений». При разрешении холестаза морфологические изменения могут подвергаться обратному развитию. При длительном холестазе формируется билиарный цирроз (по структуре мелкоузловой). Классическими примерами синдрома «исчезающих желчных протоков» являются деструктивные холангиты, при которых основную массу воспалительных клеток вокруг протоков составляют цитотоксические Т-лимфоциты.

Сравнительная характеристика популяции лимфоцитов у больных ХГВ И С при терапии РИЛ-2+ИНФ

Садькова Ш.С., Курманова Г.М.

КаЗНМУ им.С.Д. Асфендиярова, г. Алматы

С целью проведения анализа и сравнения изменений популяции лимфоцитов в периферической крови и оценить эффективность комбинированной терапии у больных хроническим вирусным гепатитом В и С с множеством предикторов неэффективности стандартной интерферонотерапии на фоне лечения препаратами –РИЛ-2+ α -интерфероном.

Всех больных с хроническим вирусным гепатитом, получивших лечение комбинированной терапией в зависимости от этиологии разделили на две группы: 1-ая группа – больные с HCV инфекцией (42) и 2-ая группа – больные с HBV инфекцией (51больной).

В 1-ой группе (42) 36 больных с HCV моноинфекцией,

2 больных с гепатитом В+С. По активности процесса 26 больных с минимальной активностью, 12 - с низкой и 4 – с умеренной активностью процесса, средний возраст составил $38,1 \pm 8,9$ лет. 2-ая группа - 51 человек, из них 46 с HBV моноинфекцией, 5 больных с гепатитами В+Д. По активности процесса 42 больных с минимальной и 9 - с умеренной активностью, средний возраст в этой группе составил $37,6 \pm 7,0$ лет.

Диагноз был верифицирован на основании результатов ПЦР (HCV RNA, HBV DNA), а также исследования маркеров гепатитов методом ИФА.

Рекомбинантный ИЛ-2 применялся в дозе 500тыс. МЕ 1 раз в 3 суток, подкожно. Инъекцию α -интерферона