

## ЛИТЕРАТУРА

1. Быкова, В.П. Морфологическое состояние небных миндалин при различных формах воспаления по данным биопсийного исследования / В.П. Быкова, Ф.А. Хафизова. – Российская ринология, №1,2004. – 61 с.
2. Лазарев, В.Н. Хронический тонзиллит: Руководство для врачей. Детская оториноларингология / В.Н. Лазарев. – Москва, 2005. — 308 с.
3. Патогистологическая техника и практическая гистохимия. Лили Р.–М.:Мир.–1969.– С.166–169,499–500.

## ОБОСНОВАНИЕ ТЕРАПИИ ЛИПОПОЛИСАХАРИДАМИ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМ ГЕПАТИТОМ С НЕ ОТВЕТИВШИХ НА ИНТЕРФЕРОНОТЕРАПИЮ

*Черняк С.А., Дорошенко Е.М., Черняк Л.К.*

*Гродненский государственный медицинский университет*

Актуальность. Известно, что бактериальные липополисахариды (БЛПС), наряду с противофиброзным, обладают другими важными механизмами при хронических воспалительных процессах [2].

Цель: обосновать выбор схемы терапии БЛПС у пациентов не ответивших на ИФТ.

Методы исследования: Обследованы 44 пациента с диагнозом ХГС с не-ответом на интерферонотерапию. Пациенты были разделены на 2 группы: 1-я группа (n=21) получала монотерапию БЛПС (пирогеналом, курс до 10 инъекций через день в нарастающей по 5 мкг дозе на введение), 2-я (n=21) – комбинированную терапию БЛПС+преднизолон (суточная доза 30-40 мг, короткий 6-ти дневный курс). Продолжительность курса терапии в обеих группах составила около 1 месяца. Показанием для комбинированной терапии была умеренная и высокая активность, монотерапии пирогеналом – низкая активность ХГС по результатам биопсии.

Перед началом терапии пациентам в обеих группах была проведена проба с пирогеналом, многолетний опыт применения которой имеется в нашей клинике [1,2]. Проведение пробы позволило установить индивидуальную реакцию пациентов и определить показания в выборе схем терапии. Оценивалась динамика уровня 3,4-дигидроксифенилуксусной кислоты (DOPAC) и 3-метокси-4-гидроксифенилгликоля (MHPG) в сыворотке крови до и через один час после однократного введения пирогенала в дозе 5 мкг.

Критериями эффективности терапии в 1-й и во 2-й группах были показатели печеночных трансаминаз в сыворотке крови, а так же снижение уровня фиброза в печени, для оценки которого использовалась дискриминационная счетная шкала Bonacini [4]. Результаты терапии оценивались через месяц от начала терапии в виде ответа (снижение или улучшение изучаемых показателей) и не-ответа (отсутствие динамики или ухудшение данных тестов).

Результаты и их обсуждение. У 17 (73,9%) пациентов 2-й группы, ответивших на терапию, средний уровень АЛТ снизился с 210,3 до 119,6 ЕД (на 43,1%), уровень АСТ – со 140,7 до 81 ЕД (на 42,4%). Среди 11 (52,4%) пациентов 1 группы снижение АЛТ составило 27,2% (с

87,2 до 63,5 ЕД), АСТ – 24,4% (с 57,4 до 43,4 ЕД).

У 6 (26,1%) пациентов 2 группы уровень АСТ и АЛТ вырос, из них рост АСТ составил 18,8% (с 164,3 до 202,4 ЕД), АЛТ – 7,1% (с 276 до 257,6 ЕД). Среди 10 (47,6%) пациентов 1 группы, не ответивших на монотерапию, рост АСТ составил 19% (с 53,7 до 66,3 ЕД), АЛТ – 16,6% (с 72,4 до 86,8 ЕД).

Анализ результатов проведения пробы с пирогеналом в группах пациентов с разным ответом выявил существенные различия. У 18 из 21 (84,5%) пациентов, ответивших на комбинированную и монотерапию снижением печеночных трансаминаз, средний уровень DOPAC вырос с 0,35 нмоль до 0,39 нмоль (рост – 10,3%).

Среди 11 из 14 (78,6 %) пациентов, не ответивших на оба вида терапии, средний уровень DOPAC до инъекции пирогенала составил 0,73 нмоль/л, что было на 52,1% выше показателя пациентов, ответивших на терапию. После пробы средний уровень DOPAC снизился до 0,29 нмоль/л или на 60,3%, что также явилось различием с группой «ответа».

У 14 (60,8%) пациентов, получавших монотерапию, средний показатель фиброза снизился на 40,8%: с 4,9 (умеренный фиброз) до 2,9 (слабый фиброз) баллов; у 4 (17,4%) пациентов динамика отсутствовала – среднее значение фиброза до и после монотерапии составило 3,25 баллов; у 5 (21,7%) пациентов отмечен рост данного показателя на 31,6% (с 2,6 до 3,8 баллов, что соответствовало слабому фиброзу).

При оценке показателя фиброза у пациентов получавших комбинированную терапию установлено, что у 6 (28,5%) пациентов произошло снижение среднего показателя по шкале Bonacini на 30% с 5 баллов (умеренный фиброз) до 3,5 баллов (слабый фиброз). У 9 (42,8) пациентов, которые не отреагировали на комбинированную терапию, средний уровень фиброза до и после терапии составил 3,6 балла, у 3 (14,3%) пациентов на фоне комбинированной терапии показатель фиброза вырос на 25,4% (с 4,7 до 6,3 баллов, что соответствовало умеренной степени фиброза).

Анализ результатов проведения пробы с пирогеналом и определением уровня MHPG с разной динамикой показателя фиброза по шкале Bonacini выявил существенные различия.

Среди 11 из 14 (78,5%) пациентов, ответивших снижением фиброза в печени, через час после пробы произошло снижение среднего уровня MHPG на 49% (с 1,02 до 0,5 нмоль/л). В группе с отсутствием противофиброзного эффекта от моно- и комбинированной терапии уровень MHPG повысился у 6 из 8 (75%) пациентов, а средний показатель, находящийся на низком уровне (0,22 нмоль/л) до введения пирогенала, в динамике не изменился.

Выводы: Терапия БЛПС, а также БЛПС+ГКС снижает активность воспаления и способствует задержке прогрессирования фиброза в печени. Предиктором положительного ответа на терапию можно считать рост уровня DOPAC и снижение MHPG при проведении пирогеналовой пробы. Показанием для назначения антифиброзной монотерапии пиро-

геналом является умеренный фиброз с низкой активностью гепатита.

#### *Литература*

1. Способ определения индивидуальной чувствительности к пирогеналотерапии : пат. № 2009497 (RU) / В.М. Цыркунов, А.Н. Васильева, В.С. Васильев ; Гродн. гос. мед. ин-т. – № а 4917141/14 ; заявл. 05.03.1991 ; опубл. 15.03.94 // Открытия. Изобретения. – 1994. – № 5. – С. 177.
2. Васильев, В.С. Клинико-патогенетическое обоснование применения пирогена и преднизолона в комплексной терапии вирусного гепатита : дис. ... д-ра мед. наук : 14.00.10 / В.С. Васильев. – Гродно, 1980. – 473 с.
3. Нагорнов, И.В. Диагностика развития фиброза печени и его оценка при хронических гепатитах / И. В. Нагорнов // Военная медицина. – 2009. – № 3. – С. 103-110.

### **НАШ ОПЫТ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С НЕСТАБИЛЬНЫМ ТИПОМ ПОВРЕЖДЕНИЙ ПОЗВОНОЧНИКА В ШЕЙНОМ ОТДЕЛЕ**

***Чешик С.Л., Швед А.Е., Гарпушкин Е.А., Конецкий А.А.,  
Генечко В.И., Гавина Н.Л.***

*УО «Гродненский государственный медицинский университет»,  
УЗ «Городская клиническая больница скорой медицинской помощи  
г. Гродно», Беларусь*

Введение. Согласно данным литературы, в настоящее время удельный вес переломов шейного отдела позвоночника в общей структуре травм позвоночника составляет до 10-12%. При этом повреждение спинного мозга в этой группе пациентов составляет порядка 30%. Остается высокой и летальность среди пациентов с осложненной травмой позвоночника - до 40%, а инвалидность вследствие перенесенной позвоночно-спинномозговой травмы доходит до 95%. Для клинической практики и определения тактики лечения большое значение имеет определение стабильности повреждения. В шейном отделе, отличающимся от других отделов позвоночника большой амплитудой и разнообразием движений, нестабильность возможна и без переломов тел и дужек позвонков, а только вследствие повреждений связок. В настоящее время разработаны и внедрены в клиническую практику различные методики декомпрессивно-стабилизирующих операций, направленные на раннюю и полноценную декомпрессию сосудисто-нервного содержимого позвоночного канала и восстановление анатомических взаимоотношений, а также на прочную стабилизацию поврежденного позвоночного сегмента.

#### **Материал и методы**

Материал основан на динамическом наблюдении за пациентами с нестабильными повреждениями позвоночника, проходившими лечение в клинике травматологии и ортопедии на базе УЗ «ГК БСМП г. Гродно» за период с 2005 по 2013 г.г.. Всего за этот период было пролечено 266 пациентов, из них мужчин - 156 (59%), женщин - 110 (41%).

В обследовании применялись общедоступные методы: клинико-неврологический, рентгенографический (рентгенография в стандартных проекциях, рентгеновская компьютерная томография), МРТ (магнитно-резонансная томография). В зависимости от диагностических данных