

## ОСОБЕННОСТИ СОВРЕМЕННОГО ТЕЧЕНИЯ РЕВМАТИЗМА

Ботровский В. В., к. м. н., ассистент кафедры терапии  
Дами Бль Фарра, студ. V к. медфакультета  
СумГУ

Ревматизм наиболее распространенная нозологическая единица из ревматических болезней. Острое начало в виде ревматической лихорадки встречается редко, имея сразу первично-хроническое затяжное течение, приводя к развитию клапанных поражений сердца. При анализе случаев ревматического поражения сердца обращает на себя внимание отсутствие четкой связи между лабораторными признаками активности процесса и степенью поражения сердца, а также скоростью прогрессирования процесса. Рассмотрение ревматизма как инфекционно-иммунного процесса, предполагает интерес к изучению возможных факторов, влияющих на состояние клеточного иммунитета.

Обследованы больные вялотекущим ревматизмом, часть из них носители поверхностного антигена вируса гепатита В. У больных имелся митральный порок сердца, не было в анамнезе указаний на эпизод ревматической лихорадки, длительность заболевания установить не представлялось возможным. У больных определялась тропность макрофагов к вирусу гепатита В: лимфоциты и макрофаги выделялись на градиенте фиколл-верографин, выполнялся стандартный тест адгезии лимфоцитов на стекле с количественным учетом в присутствии и в отсутствии поверхностного антигена гепатита В. Во всей обследованной группе независимо от носительства антигена гепатита В адкерено-тест выявил тропность клеточных элементов к вносимому извне вирусному антигену. Течение ревматизма у носителей антигена было более активным, пороки (митральные) более выраженные. Тропность клеточных элементов к поверхностному антигену гепати-

та В указывает на некомпетентную клеточную наследуемую память к этому вирусу.

## УЛЬТРАЗВУКОВАЯ ДИАГНОСТИКА ХРОНИЧЕСКОГО ХОЛЕЦИСТИТА

ст. III курса Ювченко А.А. 402 гр.

Ультразвуковой метод исследования занимает одно из ведущих мест в диагностике хронического некалькулезного холецистита.

Характерными признаками для некалькулезного холецистита являются: утолщение стенки желчного пузыря, наличие перетяжек, перегородок и деформаций желчного пузыря, неоднородность эхогенности полости желчного пузыря, наличие плотной, "замазкообразной" желчи. Признаками некалькулезного холецистита являются уменьшение или увеличение желчного пузыря, наличие отдельных бесформенных очагов повышенной эхогенности в окружающей желчный пузырь паренхиме.

Однако ряд признаков вряд ли являются достаточно достоверными. Так, толщина стенки желчного пузыря весьма сильно зависит от фазы пищеварения, состояния окружающих органов, анатомических особенностей пациента. Наличие эхогенной желчи может быть не связанным с процессами воспаления. Болезненность при пальпации датчиком желчного пузыря может быть обусловлена патологией печени или дуоденальной двенадцатиперстной кишки. Данные литературы свидетельствуют о том, что ультразвуковое заключение "хронический холецистит" совпадает с данными клиники и дуоденального зондирования приблизительно в 60% случаев.

Таким образом ультразвуковая семиотика хронического холецистита нуждается в уточнении, в том числе необходимо выработать условно понимаемые "нормальные" критерии неизмененного желчного пузыря.