

## МАТЕРИАЛЫ

13-го Международного Славяно-Балтийского научного форума  
«Санкт-Петербург – Гастро-2011»

## А

## 1. Оценка эффективности рабепразола при язвенной болезни двенадцатиперстной кишки по данным суточного рН-мониторирования

Абдулганиева Д.И.

Казанский ГМУ, Россия

**Цель исследования:** изучение показателей 24-часовой рН-метрии после однократного приема рабепразола у больных язвенной болезнью (ЯБ) двенадцатиперстной кишки.

**Материал и методы.** В исследование проспективно было включено 48 пациентов с ЯБ двенадцатиперстной кишки неосложненного течения. Критерием исключения являлся прием ИПП, Н<sub>2</sub>-блокаторов, холинолитиков до включения в исследование. Все больные проходили 24-часовую рН-метрию при помощи системы для длительного непрерывного мониторингирования «Гастроскан-24» («Исток-Система», г. Фрязино). Фармакологическая проба с рабепразолом («Париет») проводилась в 1-й день приема препарата: через 1 час после начала рН-метрии пациент принимал однократно 20 мг рабепразола per os. Во время рН-мониторинга назначалась стандартная диета (стол № 1 по Певзнеру) и стандартное время приема пищи.

**Результаты.** Анализ показателей 24-часовой рН-метрии показал, что антисекреторное действие впервые принятой дозы рабепразола наблюдалось у 43 пациентов (89,6%). Резистентными к первой дозе (отсутствие повышения рН до 4,0) оказались 5 пациентов (10,4%). У 43 пациентов, ответивших на впервые принятую дозу рабепразола, медиана рН за 24 часа составила 4,1 (3,8-5,5), латентный период – 169 (129–270) мин, продолжительность времени действия препарата (время с рН>4) – 611 (51–783) мин, эффективность действия (% времени с рН>4) – 42,4%.

**Выводы.** У пациентов с ЯБ двенадцатиперстной кишки неосложненного течения впервые принятая доза рабепразола является эффективной у 89,6% больных с медианой рН за 24 часа 4,1.

## 2. Острый калькулезный холецистит: нерешенные проблемы и пути улучшения результатов хирургического лечения

Абдуллаев У.У., Нишанов Ф.Н., Абдуллажанов Б.Р., Хасанов М.М.

Андижанский медицинский институт, Узбекистан

**Цель:** улучшение результатов хирургического лечения больных острым калькулезным холециститом (ОКХ).

**Материал и методы.** Нами проанализированы результаты лечения 1407 больных с ОКХ, оперированных в клинике кафедры хирургических болезней 6-7 курсов АГМИ. Все больные были разделены на две группы. Контрольную группу составили 592 пациента, которые поступили в стационар в период с 1990 по 1995 годы и которым была использована стандартная активно-выжидательная тактика лечения больных с ОКХ и его осложнениями. Косые разрезы в правом подреберье по Федорову или Кохеру использованы у 455 больных, а у 137 пациентов операция выполнена через верхне-срединную лапаротомию. Вторую (основную) группу составили 815 больных, которые находились на стационарном лечении с 1996 года и которым была использована активная тактика, то есть при неэффективности консервативной терапии в течение суток ставился вопрос о хирургическом вмешательстве. Комплекс лечебных мероприятий включал использование минилапаротомного доступа при изолированном остром

холецистите в сочетании с лазеротерапией. В основной группе у 471 больного комплекс лечебных мероприятий был дополнен чрескожной лазеротерапией в послеоперационном периоде. Из них у 99 пациентов с деструктивными формами острого холецистита в послеоперационном периоде произведена чрезнадренная лазеротерапия.

**Результаты и их обсуждение.** Предлагаемая тактика в основной группе позволила улучшить результаты хирургического лечения больных острым калькулезным холециститом. Так, применение разработанного минилапаротомного доступа в сочетании с лазеротерапией позволило сократить осложнения со стороны раны с 14,6% до 6,0%, снизить травматичность операции и частоту ранних послеоперационных осложнений с 28,1% до 10,7% и летальность с 3,6% до 1,4%.

## 3. Оценка отдаленных результатов хирургического лечения больных с острым калькулезным холециститом

Абдуллаев У.У., Нишанов Ф.Н., Ботиров А.К., Абдуллажанов Б.Р.

Андижанский медицинский институт, Узбекистан

**Цель исследования:** улучшение отдаленных результатов оперативного лечения больных с острым калькулезным холециститом и его осложнениями путем совершенствования хирургической тактики.

**Материалы и методы.** В настоящей работе анализируются результаты лечения 407 больных острым калькулезным холециститом и его осложнениями, находившихся на лечении в клинике кафедры хирургических болезней 6-7 курсов АндГосМИ, за период с 2007 по 2010 годы. Все больные были распределены на 2 группы. Первую (контрольную) группу составили 192 (47,2%) больных, которым доступ к желчному пузырю был осуществлен традиционным способом типа разреза по Федорову. Основную группу составили 215 (52,8%) больных, у которых мы использовали разработанный нами метод «косой минилапаротомии» (Патент № 05079 ПВ РУз. от 2002 г.).

**Результаты и их обсуждение.** Из 407 оперированных больных с острым калькулезным холециститом отдаленные результаты удалось исследовать у 346 пациентов, что составило 84%. Из 192 больных контрольной группы обследованы 164 пациента, а из 215 больных основной группы – 182. Отличные отдаленные результаты после хирургического вмешательства при остром калькулезном холецистите в контрольной группе отмечены у 103 (63,3%) пациентов, хорошие результаты – у 33 (20%). Вместе с тем, у больных основной группы отмечены отличные и хорошие результаты у 125 (69,0%) и у 39 (21,4%) пациентов соответственно. У пациентов контрольной группы удовлетворительные результаты отмечены у 17 (10,1%) и в основной группе – у 12 (6,4%) больных.

## 4. Первичная резекция желудка при перфоративных язвах двенадцатиперстной кишки

Абдуллажанов Б.Р., Абдирайимов Б.А., Бозоров Н.Э., Нишанов М.Ф.

Андижанский медицинский институт, Узбекистан

**Цель:** улучшение ближайших и отдаленных результатов хирургического лечения прободных язв ДПК путем применения первичной резекции желудка.

**Материалы и методы.** За период с 2005 по 2010 гг. на базе кафедры хирургических болезней 6-7 курса АГМИ были оперированы

147 больных с перфоративной дуоденальной язвой. Из них 93 (63,6%) составляют мужчины и 54 (36,4%) – женщины.

Все больные разделены на три группы. Первую группу составили 22 (15,1%) больных, которым оперативное вмешательство закончено ушиванием прободной язвы (ПЯ), вторую группу составили 64 (43,5%) больных, которым оперативное вмешательство закончено иссечением ПЯ с пилородилатацией (ПД) дуоденопластикой (ДП). Третью (основную) группу составил 61 (41,1%) больной. Оперированным третьей группы произведена резекция желудка с прободной язвой ДПК и наложением гастродуоденальной газрэнтероанастомоза (ГДА и ГЭА) по усовершенствованной методике клиники. Из 61 больного основной группы 35 (23,8%) больным оперативное вмешательство закончено резекцией желудка вместе с прободной язвой ДПК и наложением ГДА по Габереру, у 22 (14,89%) больных – наложением ГДА по Габереру – Финнею, у 4 (2,8%) больных оперативное вмешательство закончено резекцией желудка вместе с прободной язвой ДПК и наложением ГЭА по Гофмейстеру – Финстереру.

**Результаты.** В первой группе отдаленные результаты нам удалось исследовать из 22 больных у 19 (86,4%), во второй группе – из 64 у 43 (67,2%), а в основной группе отдаленные результаты удалось исследовать из 61 больного у 47 (77,1%), из них 45 случаев с РЖ по Б-И и в 2 случаях РЖ по методу Б-П.

**Вывод.** Ранняя доставка больных и своевременная диагностика ПЯДП, выполнение операции в специализированных клиниках позволяет у большинства пациентов производить первичную резекцию желудка, т.е. радикально излечить больных от ЯБДПК.

##### 5. Отдаленные результаты инвагинационного илеотрансверзоанастомоза

Абдуллажанов Б.Р., Нишанов Ф.Н., Ботиров А.К., Носиров М.М.  
Андижанский медицинский институт, Узбекистан

**Цель:** улучшение результатов хирургического лечения толстокишечной непроходимости.

**Материал и методы.** В третьем хирургическом отделении клиники АндГосМИ за последние 5 лет правосторонняя гемиколэктомия с формированием илеотрансверзоанастомоза выполнена у 24 больных. Мужчины составили 13 (54,2%) больных, женщины – 11 (45,8%). Все больные разделены на две группы. В первой группе 8 больных (33,3%), которым илеотрансверзоанастомоз сформирован в традиционном варианте с выполнением двухрядного шва («бок в бок» – 5, «конец в бок» – 3). Во второй группе 16 больным (66,7%) анастомозы сформированы по принципу «конец в бок» с применением однорядного шва по нашей методике.

**Результаты.** При субъективной оценке оперативного вмешательства в первой группе из 8 пациентов 2 (25,0%) оценили операцию на «хорошо», 4 (50,0%) были удовлетворены результатами операции, у 2 (25,0%) больных результат оценен как «неудовлетворительный». Во второй группе субъективная оценка результатов оперативного вмешательства была следующей: из 16 пациентов 9 (56,3%) оценили операцию на «хорошо», 6 (37,5%) были удовлетворены результатами операции и лишь у 1 (6,2%) больного отдаленный результат оценен как «неудовлетворительный».

**Вывод.** Отдаленные результаты правосторонней гемиколэктомии зависят от методики формирования межкишечного соустья. Илеотрансверзоанастомоз, сформированный методом инвагинации, не препятствует естественному продвижению кишечного содержимого, выполняя при этом клапанную функцию, и предотвращает развитие рефлюкс-энтерита.

##### 6. Распространенность штаммов *Helicobacter pylori*, резистентных к кларитромицину, в городе Казани

Абдулхаков Р.А., Абузарова Э.Р., Абдулхаков С.Р., Чернов В.М., Чернова О.А.  
Казанский ГМУ, КИББ КазНЦ РАН, Казань, Россия

**Цель исследования:** изучить распространенность штаммов *Helicobacter pylori* (*H.pylori*), резистентных к кларитромицину, в Казани.

**Материал и методы.** Были обследованы пациенты с различной патологией желудка и двенадцатиперстной кишки, у которых

при проведении фиброгастродуоденоскопии была взята биопсия. Проводилось выявление *H.pylori* биохимическим (быстрый уреазный тест) или цитологическим методами, а также методом полимеразной цепной реакции (ПЦР). В 50 пробах, в которых методом ПЦР был обнаружен *H.pylori*, проводилось выявление мутаций A2142G, A2143G и T2717C, наличие которых приводило к образованию сайтов рестрикции для рестриктаз MboII, Bso31I (BsaI) и AspLE (HhaI) соответственно. Наличие той или иной мутации, по данным литературы, связано с устойчивостью к кларитромицину.

**Результаты.** Штаммы, резистентные к кларитромицину, были выявлены в пяти пробах из 50 изученных, о чем свидетельствовало обнаружение в пробах мутации A2143G. Мутации A2142G и T2717C не были обнаружены ни в одном из анализированных образцов.

**Выводы.** Распространенность штаммов *H.pylori*, резистентных к кларитромицину, среди пациентов с гастродуоденальной патологией в городе Казани составляет 10%, что позволяет использовать препарат в рекомендованных Маастрихтским консенсусом схемах эрадикационной терапии первой линии.

##### 7. Поражение печени при Крымской-Конго геморрагической лихорадке

Абуова Г.Н., Бердалиева Ф.А., Нурмашева А.А.,  
Маханова Г.М., Тургунова К.А.  
Южно-Казахстанская государственная фармацевтическая академия, Шымкент, Казахстан,  
e-mail: dr.abuova@gmail.com

**Цель исследования:** изучение клинических особенностей поражения печени при Крымской-Конго геморрагической лихорадке.

**Материал и методы.** Обследованы 12 больных с вероятным и подтвержденным диагнозом ККГЛ. Южно-Казахстанская область является одним из неблагоприятных регионов Республики Казахстан по природной очаговости ККГЛ, чему способствуют особенности географического ландшафта региона и циркуляция в природе зараженных вирусом клещей. В 2009 году в области было зарегистрировано 22 случая ККГЛ, показатель заболеваемости на 100 тысяч населения составил 0,9. Разбор клинических проявлений болезни показал, что у 90% заболевших отмечалось повышение температуры, у 45% – кровотечения из носа, у 40% – слабость, у 35% – головная боль, у 20% – геморрагические проявления.

Одной из особенностей ККГЛ является массивное поражение печени, т.к. основными клетками-мишенями для вируса наряду с эндотелиальными клетками служат гепатоциты. Поражение гепатоцитов с развитием дисфункции и нарушением синтеза факторов коагуляции обеспечивает прогрессирование ДВС-синдрома. Летальный исход при ККГЛ наиболее вероятен при наличии у больного сочетания раннего развития геморрагических проявлений с повышением уровня АЛТ  $\geq 2N$  и снижения ПТИ  $\leq 67\%$ .

**Результаты.** В предгеморрагический период у обследованных нами больных наблюдалось увеличение размеров печени без повышения маркеров цитолиза (АЛТ, АСТ) у 8 (66,6%) больных. В геморрагический период гепатомегалия определялась практически у всех больных (97,4%), также выявлены изменения биохимических тестов (гипербилирубинемия, гиперферментемия) у 63% больных. Уровень билирубина в среднем составил 32,26 мкмоль/л, а уровень АЛТ, АСТ в 2-3 раза превышал нормальные значения. К признакам поражения печени мы также отнесли снижение концентрации фибриногена и увеличение протромбинового времени. Значительные изменения биохимических тестов регистрировались преимущественно у больных с тяжелым течением ККГЛ.

**Выводы.** Вовлечение в патологический процесс печени, развитие ДВС-синдрома обуславливают развитие полиорганной недостаточности и неблагоприятный исход.

# 8. Влияние биологически активных веществ экстракта *Parmelia vagans* на степень ulcerогенеза у белых крыс

Абушинова Н.Н., Бадмаева К.Е., Эдеева С.Е.  
Калмыцкий государственный университет, Элиста, Россия,  
e-mail: badmaevase80@gmail.com

**Цель исследования:** изучить возможные протекторные противовоспалительные свойства биологически активных веществ экстракта лишайника *Parmelia vagans* на этаноловой и стрессорной моделях язвообразования.

**Материалы и методы.** Опыты проводили на белых беспородных крысах-самцах весом 200-250 г. Этаноловые повреждения вызывали внутрижелудочным введением 96° этанола в объеме 1 мл/200 г. Водный экстракт пармелии (5 г сухого вещества на 100 мл физиологического раствора) вводили *per os* за 1 час до начала воздействия ulcerогенного фактора в том же объеме, что и этанол. Анализ повреждений в желудках проводили через 1 час после введения 96° этанола.

На стрессорной модели язвообразования водный раствор экстракта пармелии вводили за 1 час до начала стрессорного воздействия – 30-минутного неизбежного плавания при *t*° воды 21°C. Анализ повреждений слизистой оболочки желудка проводили через 1 час после окончания плавания.

Во всех экспериментах контрольные животные получали соответствующие эквивалентные объемы физиологического раствора. Площадь повреждений подсчитывали с помощью бинокулярной лупы с окулярическим метром. Статистическую обработку результатов проводили при помощи пакета прикладных программ STATISTICA, с использованием параметрического LSD-теста.

**Результаты.** Внутрижелудочное введение водного раствора экстракта пармелии предотвращало значительное развитие этаноловых повреждений у животных опытной группы по сравнению с контролем. При этом величина противовоспалительного эффекта составила 45% ( $p < 0,05$ ). Предварительное введение водного раствора экстракта пармелии повышало устойчивость СОЖ и в отношении стрессорного ulcerогенного фактора (противовоспалительный эффект составил 85%,  $p < 0,001$ ).

**Выводы.** Таким образом, биологически активные вещества водного раствора экстракта пармелии при внутрижелудочном введении повышают устойчивость СОЖ к действию таких ulcerогенных факторов, как этанол и стресс.

# 9. Пребиотики, перспективные для создания синбиотиков из бактерий рода *Bacillus*

Авдеева Л.В., Осадчая А.И., Хархота М.А.  
Институт микробиологии и вирусологии  
им. Д.К. Заболотного НАН Украины, Киев, Украина,  
e-mail: kharkhota\_av@mail.ru

Одним из путей усовершенствования препаратов является создание синбиотиков, в которых сочетаются эффекты действия пробиотиков и пребиотиков. На сегодняшний день классическим и наиболее изученным пребиотиком считают лактулозу. На ее основе в сочетании с лактобактериями и бифидобактериями создан ряд эффективных синбиотиков. В последнее время появились сведения о новом родственном лактулозе дисахариде лактите, на основе которого уже получены препараты под названием нормофлорины, содержащие живые клетки бифидо- и лактобактерий. Пребиотические свойства лактита изучены недостаточно. Нами изучено влияние лактита и лактулозы на рост условно патогенных микроорганизмов (УПМ) и пробиотических штаммов *B. subtilis*. Показано, что как лактит, так и лактулоза активно ингибируют рост УПМ. Однако степень влияния этих веществ зависела от их концентрации в среде. Наиболее эффективной была концентрация 15-20% лактита и лактулозы в среде культивирования. При таких условиях наиболее интенсивно ингибировался рост испытуемых УПМ. Исключением были штаммы *P. aeruginosa* 4141 и *P. vulgaris* U-8, на которые влияние лактита и лактулозы было менее значительным. В то же время степень ингибирования лактулозой *P. vulgaris* U-8, *P. vulgaris* 72, *S. flexneri* 337, *S. enterica abony*, *E. coli* 028 была более высокой

по сравнению со степенью ингибирования их лактитом, что, вероятно, связано с различным механизмом действия пребиотических веществ на условно патогенную микрофлору. Кроме того, указанные концентрации лактита и лактулозы значительно стимулировали рост и активность пробиотических штаммов бактерий. Полученные результаты указывают на перспективность использования этих дисахаридов в качестве пребиотиков в составе синбиотиков на основе бактерий рода *Bacillus*.

# 10. Клинико-функциональные признаки гепатобилиарных нарушений у работающих в условиях вредных производственных факторов

Аминова А.И., Устинова О.Ю., Носов А.Е., Толмачева О.Г.  
Федеральный научный центр медико-профилактических технологий управления рисками здоровью населения,  
Пермь, Россия

**Цель исследования:** выявление клинико-функциональных признаков гепатобилиарных нарушений (ГБН) у работающих в условиях экспозиции ароматических углеводородов.

**Материалы и методы.** Обследованы 137 человек с ГБН, разделенные на две группы методом случайной выборки: «О» – 102 человека, подвергающиеся в процессе работы воздействию ароматических углеводородов, и «С» – 35 пациентов без воздействия химических производственных факторов.

**Результаты.** В группе «О» выявлено превышение по отношению к фоновым значениям содержания в крови ряда органических соединений: бензола до  $(0,0015 \pm 0,0003)$  мг/л ( $p = 0,002$ ), толуола – до  $(0,0020 \pm 0,0003)$  мг/л; ксилола до  $(0,0040 \pm 0,0002)$  мг/л; при этом содержание бензола было выше в 3,7 раза ( $p = 0,01$ ), толуола в 20 раз ( $p = 0,002$ ), чем в группе «С». Отмечались явления дислипотеинемии: повышение уровня общего холестерина –  $(5,51 \pm 0,18)$  ммоль/л и  $(4,19 \pm 0,19)$  ммоль/л,  $p = 0,04$ ; ЛПОНП –  $(0,89 \pm 0,12)$  ммоль/л и  $(0,59 \pm 0,09)$  ммоль/л,  $p = 0,04$ ; индекса атерогенности –  $(3,39 \pm 0,47)$  и  $(3,05 \pm 0,44)$ ,  $p = 0,00$ . Установлено увеличение процента фагоцитоза –  $(62,8 \pm 3,4)\%$  и  $(54,3 \pm 3,2)\%$ ,  $p = 0,01$ ; фагоцитарного числа –  $(1,3 \pm 0,1)$  у.е. и  $(1,0 \pm 0,1)$  у.е.,  $p = 0,01$ . В группе «О» достоверно выше (в 8,8 раза), чем в «С», была концентрация интерлейкина-8 –  $(88,1 \pm 8,8)$  пг/см<sup>3</sup> и  $(10,1 \pm 2,3)$  пг/см<sup>3</sup>,  $p = 0,00$ . Отмечалось увеличение содержания С-реактивного белка в печеночной фракции желчи  $(27,09 \pm 5,43)$  и  $(17,15 \pm 3,15)$ ,  $p < 0,04$ ; билирубина –  $(652,44 \pm 67,84)$  и  $(431,65 \pm 38,39)$ ,  $p = 0,01$  в порции В. Зарегистрировано повышение эхогенности печени, обеднение сосудистого рисунка, утолщение стенки желчного пузыря, признаки дисхолии.

Таким образом, длительная экспозиция ароматическими углеводородами способствует поражению гепатобилиарной системы с выраженными признаками иммунного воспаления.

# 11. Клинико-диагностические особенности билиарной патологии у пациентов с ожирением

Анисимова Е.В., Козлова И.В., Волков С.В.  
Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского, Россия

**Цель:** определение клинических и диагностических особенностей хронического холецистита у пациентов с различным трофологическим статусом.

**Материалы и методы.** Проведен анализ историй болезни пациентов в возрасте 25-50 лет, находящихся на лечении в ГКБ № 5 с января 2009 по январь 2010 года. Для оценки трофологического статуса и его нарушений изучали антропометрические показатели, индекс массы тела (ИМТ), калиперометрию, проводилась субъективная глобальная оценка по Detsky (1987). Все пациенты были распределены на 2 группы: с нормальным состоянием питания, с ожирением.

**Результаты.** Обследованы 265 пациентов, имеющих патологию желчного пузыря, из них 57 (31%) с ожирением –  $ИМТ > 30$  кг/м<sup>2</sup>, 223 (69%) – с нормальной массой тела –  $ИМТ \leq 24$  кг/м<sup>2</sup>. У пациентов обеих групп выявлена ЖКБ в 106 (40%) случаях: у 13 (28%) пациентов 1-й группы и у 93 (72%) пациентов 2-й. У пациентов с ожирением ЖКБ ассоциирована со стеатозом (58%), стеатогепатитом (20%). У женщин с ЖКБ стеатоз диагностиро-

ван в 2,5 раза чаще, чем у мужчин. Холестероз желчного пузыря определен у 42 (16%), из них пациентов 1-й группы 8 (20%) и 34 (84%) 2-й. Холестероз желчного пузыря в сочетании со стеатозом печени наблюдался у 23 (55%) пациентов 1-й и 2-й групп. Дисфункциональное расстройство желчного пузыря определено у 117 (44%) пациентов, из них 21 (38%) пациент 1-й группы и 96 (62%) – 2-й. Дисфункциональное расстройство в сочетании со стеатозом печени наблюдалось у 50 (19%) мужчин и женщин 1-й и 2-й групп. При анализе особенностей течения манифестное течение с частыми обострениями ЖКБ выявлено у каждого 4-го пациента с ожирением, постоянная или периодическая абдоминальная боль – у 79 (30%).

**Выводы.** 1. В структуре заболеваний билиарного тракта, ассоциированных с ожирением, у обследованных преобладает дисфункциональное расстройство желчного пузыря (44%). 2. ЖКБ и холестероз желчного пузыря ассоциированы с ожирением, при этом у 8% – с морбидным, болезнь протекает с яркой клинической симптоматикой.

## 12. Дисметаболические нарушения при артериальной гипертензии

Антонов Д.А., Кожин П.М., Шурпаева С.Г.

Клиника НЦ КЭМ СО РАМН, Новосибирск, Россия

**Цель исследования:** изучить особенности сочетания неалкогольной жировой болезни печени (НАЖБ) и других дисметаболических нарушений с гипертонической болезнью (ГБ).

**Материалы и методы.** Обследованы 64 пациента обоего пола с гипертонической болезнью 2-3 стадии, 1-2-й степени, средний возраст (53,8±1,3) года (Рекомендации ЕОГ/ЕОК 2007 г., классификация ВОЗ/МОГ 1999 г.). Проводили УЗИ внутренних органов, определяли показатели: индекс массы тела, окружность талии, биохимические показатели, скорость клубочковой фильтрации. Группу сравнения составил 31 пациент без жировой болезни печени, средний возраст (54,6±1,7) года, и 33 пациента с жировой болезнью печени, средний возраст (53,0±2,0) года.

**Результаты.** Различия между пациентами контрольной группы и пациентами с жировой болезнью печени были получены относительно индекса массы тела –  $p < 0,01$ , (27,78±0,62) кг/м<sup>2</sup> (34,37±1,20) кг/м<sup>2</sup>; объема талии –  $p < 0,01$ , (93,62±2,09) см, (107,12±2,93) см, скорости клубочковой фильтрации –  $p < 0,01$ , (74,48±2,32) мл/мин, (78,85±2,22) мл/мин; ГГТП –  $p < 0,05$ , (67,34±25,40) Ед./л, (72,73±19,35) Ед./л.

Различия между пациентами без жировой болезни печени и при ее наличии при 2-й стадии получены по индексу массы тела –  $p < 0,01$ , (28,11±0,95) кг/м<sup>2</sup>, (32,82±1,21) кг/м<sup>2</sup>; ГГТП –  $p < 0,01$ , (39,52±12,38) Ед./л, (81,89±30,07) Ед./л, а-холестерина –  $p < 0,05$ , (1,57±0,08) ммоль/л, (1,35±0,09) ммоль/л; скорости клубочковой фильтрации –  $p < 0,01$ , (86,18±4,63) мл/мин, (109,58±6,93) мл/мин соответственно. Различия при 3-й стадии по индексу массы тела  $p < 0,01$ , (27,91±1,98) кг/м<sup>2</sup>, (38,96±3,59) кг/м<sup>2</sup> и общему холестерину –  $p < 0,05$ , (5,16±0,40) ммоль/л, (6,16±0,19) ммоль/л соответственно.

**Выводы.** Полученные данные указывают на высокую распространенность ассоциации неалкогольной жировой болезни печени у пациентов с гипертонической болезнью и на более выраженные метаболические изменения в липидном спектре при такой ассоциации. Выявленные дисметаболические изменения следует учитывать при назначении антигипертензивной и гиполлипидемической терапии.

## 13. Опыт использования препарата «Энзистал» в коррекции нарушений пищеварения у лиц старших возрастных групп

Анциферов Р.В.

Госпиталь для ветеранов войн, Санкт-Петербург, Россия

Нарушения процессов пищеварения широко распространены у лиц пожилого и старческого возраста. В коррекции этих состояний широко используются полиферментные препараты, среди которых имеются средства, содержащие в своем составе желчные кислоты. Одним из них является препарат «Энзистал», таб-

летка которого содержит: панкреатин 192 мг; липаза 6000 ЕД, амилаза 4500 ЕД, протеаза 300 ЕД; гемицеллюлаза 50 мг; экстракт бычьей желчи 25 мг. Энзистал имеет защитную оболочку, растворяющуюся в тонкой кишке.

В гастроэнтерологическом отделении Санкт-Петербургского госпиталя для ветеранов войн имеется многолетний опыт применения энзистала. Средний возраст пациентов отделения 80-82 года. В 2010 году этот препарат назначался 192 пациентам. Энзистал доказывает свою эффективность в терапии многих состояний, сопровождающихся нарушением пищеварения. Однако накопленные данные позволяют рекомендовать дифференцированный подход к назначению полиферментных препаратов. Наблюдения показывают, что энзистал наиболее эффективен для купирования диспепсических расстройств, обусловленных хроническим панкреатитом в сочетании с дисфункцией желчного пузыря по гипомоторному типу и постхолецистэктомическим синдромом. Препарат может использоваться в комплексной терапии функциональных заболеваний толстой кишки, сопровождающихся запором и дисбиозом кишечника.

Большое значение в коррекции указанных расстройств имеет восполнение дефицита желчных кислот. Экстракт бычьей желчи с его холеретическим действием улучшает переваривание жиров, усвоение жирорастворимых витаминов А, Д, Е, К, усиливает микрофлору и усиливает перистальтику толстой кишки. Наличие в составе гемицеллюлазы – фермента, способствующего расщеплению растительной клетчатки, позволяет уменьшить газообразование в кишечнике. В связи с этим энзистал может использоваться для подготовки к ультразвуковому и рентгенологическому исследованию органов брюшной полости.

Энзистал хорошо переносится пациентами. Неблагоприятные побочные реакции не регистрировались.

## 14. Язвенно-эрозивное поражение гастродуоденальной зоны у больных циррозом печени

Арингазина Р.А., Сулейменов К.Г., Кубенова К.И.

ЗКГМУ имени Марата Оспанова, Актобе, Казахстан,

e-mail: raisa\_aringazina@mail.ru

**Цель исследования:** определить частоту язвенно-эрозивных поражений у больных циррозом печени различной этиологии.

**Материал и методы.** В условиях терапевтического отделения обследованы 42 пациента с циррозом печени различной этиологии классов В и С по Child-Pugh. Средний возраст больных составил (44,1±2,1) года. Из числа обследованных с циррозом печени вирусной этиологии было 16 (38,0%), смешанной (вирусной и алкогольной) – 11 (26,0%), алкогольной – 8 (19,0%), не уточненные – 7 (16,0%). Всем больным проводились общепринятые клинические обследования, ИФА-диагностика, определение ферментов крови, фиброгастродуоденоскопия (ФГДС). Больные подразделены на 4 группы в зависимости от этиологии цирроза.

**Результаты.** При ферментативной диагностике у 13 (31,0%) больных уровень АЛТ превышал в норму до 3 раз, у 12 (28,5%) – от 3 до 5 раз, у 9 (21,0%) АЛТ превышал норму более чем в 5 раз. На ФГДС язвенные поражения гастродуоденальной зоны зарегистрированы у 3 (7,1%) больных в 1-й группе, по 6 (14,2%) больных во 2-й и 3-й группах, у 2 (4,7%) в 4-й группе. У 1 (2,3%) больного отмечалось желудочное кровотечение, обусловленное портальной гастропатией, которое явилось причиной смерти.

**Заключение.** Более высокий уровень повышения АЛТ выявлен при циррозе вирусной этиологии, язвенно-эрозивное поражение гастродуоденальной зоны чаще встречалось при алкогольной этиологии циррозов печени.

## 15. Эффективность комплексной терапии органопрепаратами и препаратами желчных кислот больных холелитиазом и холестерозом желчного пузыря

Атькова Е.Р., Иванченкова Р.А.

ПМГМУ им. И.М. Сеченова, Москва, Россия

**Цель исследования:** провести сравнительный анализ влияния комплексной терапии УФ (урсофальком) + ЭС (энтеросаном), УФ+ГС

(гепатосаном), УФ+ХФ (хенофальком) на скорость лизиса конкрементов в желчном пузыре (ЖП) и регресса полипов ЖП.

**Материалы и методы.** Обследованы 150 больных ЖКБ и 150 – ХЖП. Сравнивали эффективность терапии УФ+ЭС, УФ+ГС и УФ+ХФ. Определяли ХС (холестерин) крови, ХСЛНП (ХС липопротеидов низкой плотности), ХСЛОНП (ХС очень низкой плотности), ХСЛВП (ХС высокой плотности), ТГ (триглицериды); оценивали УЗИ-динамику размеров полипов, конкрементов.

**Результаты.** Комплексная терапия УФ+ЭС, УФ+ГС оказывала выраженный литолитический эффект –  $(67,9 \pm 9,0)\%$  и  $(73,3 \pm 8,1)\%$ ;  $p > 0,05$  у больных ЖКБ, который не отличался между подгруппами и от такового при лечении УФ+ХФ –  $(70,0 \pm 10,2)\%$ ;  $p > 0,05$ . Терапия УФ+ЭС была эффективна при лечении полипозных форм ХЖП –  $(69,6 \pm 9,6)\%$  и не имела преимуществ перед комплексами УФ+ГС и УФ+ХФ ( $p = 0,8$ ). Комплекс УФ+ГС являлся более эффективным при терапии I стадии ЖКБ по сравнению с комплексом УФ+ЭС ( $p < 0,01$ ). Препараты ЭС и ГС оказывали выраженный гиполипидемический эффект. Включение ГС в комплексную терапию сопровождалось достоверным снижением уровня ХС крови (за счет ХС ЛНП) и ТГ (за счет ХС ЛОНП) к концу второго месяца лечения, тогда как ЭС – к концу четвертого. Снижение показателей спектра липидов крови достоверно при сравнении с таковыми в подгруппе УФ+ХФ ( $p < 0,01$ ).

**Выводы.** Включение препаратов ЭС и ГС в комплекс консервативной терапии ЖКБ и ХЖП патогенетически обосновано. Гиполипидемический и литолитический эффекты более выражены при применении ГС. В комплексе с УФ, нормализующим коллоидную стабильность желчи и снижающим транспорт ХС в стенку желчного пузыря, они являются факторами коррекции липидных нарушений на разных уровнях катаболизма ХС.

## Б

### 16. Содержание резистина и жира в печени у больных с неалкогольной жировой болезнью печени

Бабак О.Я., Колесникова Е.В.

Институт терапии им. Л.Т. Малой АМН, Харьков, Украина

В развитии неалкогольной жировой болезни печени (НАЖБП) ведущая роль принадлежит гормонам жировой ткани. Имеются сообщения о снижении уровня сывороточного резистина у больных НАЖБП в зависимости от тяжести заболевания, однако, вклад аккумуляции жира в печени остается, по сути, неизвестным. В связи с этим целью исследования явилась оценка взаимосвязи между уровнем резистина и степенью накопления жира в печени у больных НАЖБП.

**Материалы и методы.** Обследованы 96 больных, средний возраст которых составил  $(38,2 \pm 6,7)$  года, и 30 человек контрольной группы. Уровень резистина определяли иммуноферментным способом, показатель инсулинорезистентности (ИР) – согласно гомеостатическому индексу НОМА-IR, содержание жира в печени – посредством компьютерной томографии.

**Результаты.** У больных НАЖБП содержание жира в печени составило  $(13 \pm 8)\%$ , что достоверно превышало аналогичное значение в контрольной группе –  $(2 \pm 1)\%$ ;  $p < 0,001$ . Больные НАЖБП имели низкую чувствительность к инсулину (НОМА-IR =  $(4,8 \pm 2,6)$  против  $6,8 \pm 2,6$  в контрольной группе,  $p < 0,02$ ), а концентрация резистина в сыворотке крови соответствовала  $(3,3 \pm 0,6)$  нг/мл, что было достоверно ниже аналогичного показателя в контрольной группе –  $(4,2 \pm 1,0)$  нг/мл;  $p < 0,02$ . Содержание сывороточного резистина обратно коррелировало с содержанием жира в печени ( $r = -0,42$ ;  $p < 0,002$ ), но не с НОМА-IR.

**Выводы.** Проведенное исследование демонстрирует, что чрезмерное накопление жира в печени у инсулинорезистентных пациентов с НАЖБП связано с низким содержанием резистина в сыворотке крови, а не с гиперрезистинемией.

### 17. Роль патологии желудочно-кишечного тракта и метаболических процессов при хронических дерматозах

Бабкин А.В.

Военно-медицинская академия, Санкт-Петербург, Россия,  
e-mail: a.babkin@inbox.ru

Цель исследования: изучить состояние желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) и основных метаболических процессов у пациентов с псориазом и атопическим дерматитом (АД).

**Материал и методы.** Были обследованы 85 пациентов с хроническими дерматозами – 40 с псориазом и 45 с АД. С целью изучения ЖКТ всем пациентам проводилась фиброгастроудоденоскопия (ФГДС), ультразвуковое исследование (УЗИ) органов брюшной полости. Для исследования метаболических изменений проводилось биохимическое исследование крови, липидограмма, пероральный тест толерантности к глюкозе.

**Результаты.** Жалобы со стороны ЖКТ предъявляли только 10% пациентов. При ФГДС и УЗИ органов брюшной полости у 100% пациентов обнаружены патологические изменения (хронический гастрит, дуоденит, язвенная болезнь, эрозивный гастрит, дискинезия ЖВП, дуоденогастральный рефлюкс, хронический холецистит, панкреатит). В период регрессирования кожных высыпаний была отмечена тенденция к нормализации всех функций желудочно-кишечного тракта.

Биохимические исследования выявили у 62% больных псориазом в прогрессирующий период нарушения липидного обмена, при этом у 51% пациентов уровень общего холестерина в крови был повышен, а у 11% – понижен. Нарушение углеводного обмена было обнаружено у 15% пациентов с псориазом, в последующем этим больным был выставлен диагноз «сахарный диабет 2 типа», у всех этих больных диагностировано ожирение 2-3 степени. У трети больных псориазом в прогрессирующий период определялись в сыворотке крови повышенные уровни АСТ и АЛТ, у 11% больных было обнаружено повышение общего би-

лирубина, у 6% – щелочной фосфатазы. У 40% больных АД в период обострения были выявлены нарушения липидного обмена, из них у 30% пациентов уровень общего холестерина в крови был повышен, а у 18% – понижен, у 42% – в норме. Уровень глюкозы в крови натащак превышал норму у 35% пациентов с АД, в последующем 10% из них был выставлен диагноз «сахарный диабет 2 типа». Повышенные уровни ферментов АСТ и АЛТ в сыворотке крови определялись у 23% и 30% больных АД соответственно, также у этих пациентов был повышенным уровень билирубина в 10% случаев и щелочной фосфатазы – в 12% случаев. Установлено, что на фоне проводимой терапии измененные биохимические показатели в периоде ремиссии больных АД имели тенденцию восстановления к нормальным величинам.

**Выводы.** Считаю необходимым проводить углубленное гастроэнтерологическое обследование всем больным с хроническими заболеваниями кожи (псориаз, АД), даже при отсутствии жалоб пациентов со стороны желудочно-кишечного тракта, а также более детально изучать углеводный и липидный обмен с целью назначения комплексной патогенетической терапии.

#### 18. Сравнение особенностей выявления микрофлоры слизистой оболочки желудка цитологическим и гистологическим методами

Баженов С.М., Дубенская Л.И., Сурменев Д.В.,  
Россиянов В.В.

Смоленская ГМА, Россия, e-mail: smbazhenov@mail.ru

**Цель исследования:** сравнить возможность выявления *Helicobacter pylori* (НР) и нехеликобактерной смешанной флоры (НХСФ) слизистой оболочки желудка (СОЖ) в антральном и фундальном отделах гистологическим и цитологическим методами.

**Материал и методы.** Обследованы 68 больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки в возрасте от 19 до 66 лет, мужчин – 36, женщин – 32, длительность заболевания от 1 года до 20 лет. Гистологические препараты окрашивались по Романовскому, мазки-отпечатки с этих же биоптатов – красителем Романовского для цитологии. Система учета НР в гисто- и цитопрепаратах была стандартной.

**Результаты.** Цитологическим методом НХСФ выявлялась в 100% случаев, одновременно в антральной и фундальной СОЖ, НР был обнаружен у 61,8% больных, причем в достоверно меньших количествах, нежели смешанная флора (в антруме НХСФ –  $2,92 \pm 0,24$ , НР –  $1,76 \pm 0,21$ ; в теле НХСФ –  $2,96 \pm 0,35$ , НР –  $1,63 \pm 0,26$ ). Гистологическим методом НХСФ определялась в антральном отделе в 30,3%, в фундальном – в 16,6%. НР в антруме найден у 37,9% обследованных, в теле – у 31,8%. НХСФ и НР выявляется в два с лишним раза реже в сравнении с цитологическим методом. Количество найденной НР и НХСФ было значительно более низким по сравнению с цитологическим методом выявления микрофлоры. У 22,7% пациентов имела место неизменная СОЖ в биоптате из антрума, у 16,7% – из тела, при этом гистологическим методом НР не выявлен ни в одном наблюдении, цитологическим найден у 5 пациентов, а НХСФ – у 13.

**Заключение.** Цитологический метод выявления НР и НХСФ является более точным и должен дополнять гистологическое исследование микрофлоры СОЖ. Качество гистологических препаратов после получения цитологических мазков-отпечатков с биоптата не ухудшается, и микрофлора не теряется.

#### 19. Первый «экопродукт» в России – мясо-яйцо ООО «Бердская птицефабрика» для детского и геронтологического питания

Байбаков В.И., Чебаков В.П., Швыдков А.Н.  
ООО птицефабрика «Бердская», Бердск, ООО «Биокор»,  
научград Кольцово, Россия, e-mail: kefinar@mail.ru,  
mkd.probiotik@mail.ru, sik@ngs.ru

**Цель:** исследование новой промышленной технологии ускоренного получения птицепродукции, свободной от антибиотиков, гормонов и тяжелых металлов и богатой важными микроэлементами (без внесения их в корм) на курах-бройлерах (25 тысяч голов).

**Результаты.** Внедрена новая, экономичная технология производства диетических птицепродуктов для детей и пожилых людей – альтернатива фармпрепаратам и БАДам. Для сравнения: 1 капсула (суточная доза) геронтологического витаминно-минерального фармпрепарата (ВМК) Vitrum Centrum (США), рекомендуемого Минздравом РФ, обеспечивает организм по фосфору на 5%, мясо кур (100 г) – на 18%, печень кур (100 г) – на 38%; по селену ВМК – на 29%, мясо кур (100 г) – на 28,5%, печень (100 г) – на 85,7%, яйцо (100 г) – на 25%; по кремнию ВМК – на 0,2%, мясо/печень (100 г) – на 2,4%, яйцо (100 г) – на 2,4%; по литию ВМК – 0%, яйцо – на 2%; по калию ВМК – на 2%, мясо/печень (100 г) – на 10%. Меньше в птице марганца и цинка. Ими ВМК обеспечивает организм на 100%, печень (100 г) – на 15-16% (мясо/яйцо ими обеднены). Но по важным микроэлементам птицепродукция не уступает (чаще превосходит) геронтологический фармпрепарат ВМК. Выская усвояемость птицей микроэлементов из кормов осуществляется бактериями молочнокислой кормовой добавки (МКД) и сопровождается ускорением роста птицы и яйценоскости при меньшей потребляемости корма. Одновременно связываются и выводятся из тушки птиц вредные тяжелые металлы – свинец, кадмий и др. Лидирующими бактериями в МКД являются ацидофильные – штамм Наринэ-ТНСи. Они быстро колонизируют ЖКТ птиц и ферментируют корм с максимальной его усвояемостью. Активность Наринэ-ТНСи усиливается в симбиозе с другими бактериями МКД. Ускорение роста и яйценоскости было отмечено ранее в опытах с перепелками, с другой добавкой на основе Наринэ-ТНСи – «Кефинаром», полученным закваской Наринэ-Форте. Выявили стимуляцию синтеза штаммом Наринэ-ТНСи липопротеидов высокой плотности (ЛПВП), ответственных за усвоение микроэлементов в ЖКТ и формирование сильного иммунитета.

#### 20. Новый «экопродукт» – свинина для детского и геронтологического питания

Чебаков В.П., Байбаков В.И., Голубев С.В., Швыдков А.Н.  
ЛПХ Голубевой Е.Д., Новосибирск, ООО «Биокор»,  
научград Кольцово, Россия, e-mail: mkd.probiotik@mail.ru,  
kefinar@mail.ru, sik@ngs.ru

**Цель:** исследование на поголовье свиней (200 голов) новой технологии производства свинины (при использовании молочнокислой кормовой добавки – МКД), свободной от антибиотиков и тяжелых металлов и богатой важными микроэлементами.

**Результаты.** Внедрена новая (испытанная ранее на курах) экономичная технология производства диетической свинины для детей и пожилых людей – как альтернатива фарм-препаратам и БАДам. Для сравнения: 1 капсула (суточная доза) геронтологического витаминно-минерального фарм-препарата (ВМК) Vitrum Centrum (США), рекомендуемого Минздравом РФ, обеспечивает организм фосфором на 5%, мясо свиней (100 г) – на 19-21% (на 11% больше, чем мясо кур); селеном ВМК – на 29%, мясо (100 г) – на 34-40% (на 30% больше, чем мясо кур); кремнием ВМК – на 0,2%, мясо (100 г) – на 3-6% (т.е. в 30 раз больше, чем ВМК и в 3 раза больше, чем мясо кур); литием ВМК – 0%, мясо – на 1-2% (обогащено литием так же, как яйцо кур); калием ВМК – на 2%, мясо (100 г) – на 10%. Обогащено мясо свиней цинком – 16% (в отличие от мяса/яйца кур, которые им обеднены). Таким образом, по важным микроэлементам со свойствами антиоксидантов – селену, литию, кремнию – свинина превосходит мясо кур и геронтологический фарм-препарат ВМК. Эффективная усвояемость микроэлементов из кормов осуществляется бактериями МКД и сопровождается ускорением привесов поросят при меньшем потреблении корма. Так же, как и в опытах с курами, одновременно связываются и выводятся из мяса свиней вредные тяжелые металлы – свинец и кадмий. Лидирующими бактериями в МКД являются ацидофильные – штамм Наринэ-ТНСи. Они быстрее (чем у птиц) колонизируют ЖКТ свиней, который сходен с ЖКТ человека (так как штамм Наринэ-ТНСи – это человеческий пробиотик) и ферментируют корм, делая его максимально усвояемым. Возможно, эффективное усвоение микроэлементов и обогащение ими мяса связано с синтезом бактериями Наринэ-ТНСи липопротеидов высокой плотности (ЛПВП). Это также приводит к формированию у свиней сильного иммунитета и к меньшей их заболеваемости.

## 21. Применение урсосана в лечении патологии печени у пациентов с хронической абдоминальной ишемией

Балабанов А.С., Гордиенко А.В.

Военно-медицинская академия, Санкт-Петербург, Россия

**Цель исследования:** изучить клинко-лабораторную характеристику состояния печени у пациентов с атеросклерозом брюшной аорты и эффективность применения урсосана в лечении выявленных изменений.

**Материалы и методы.** Обследованы 60 больных в возрасте от 56 до 78 лет с хронической абдоминальной ишемией. Критерии исключения из исследования: пациенты с вирусным гепатитом, алкогольной болезнью печени, очаговыми поражениями печени.

**Результаты.** По результатам ультразвукового исследования и биохимической оценки функции печени у 88,3% пациентов с хронической абдоминальной ишемией наблюдали поражение печени по типу неалкогольной жировой болезни, из них в 48,3% случаев выявлена жировая дистрофия печени, в 40% – хронический неалкогольный стеатогепатит. На основании данных клинко-лабораторного обследования умеренная степень активности патологического процесса в печени констатирована у 21,7%, низкая активность – у 18,3% пациентов. У всех пациентов с гепатитом выявлена атерогенная дислипидемия. Пациенты со стеатогепатитом получали комплексное лечение, включавшее симва-статин 20 мг в сутки и урсосан в дозе 15 мг/кг. Через 6 месяцев проспективного наблюдения установлено, что у всех больных на фоне терапии достигнута клинко-лабораторная ремиссия и снижение уровня холестерина крови.

**Выводы.** Хроническая абдоминальная ишемия, обусловленная атеросклерозом брюшной аорты, у 88,3% пациентов ассоциирована с развитием хронического неалкогольного стеатогепатита или с жировой дистрофией печени. Применение урсосана в дозе 15 мг/кг в течение не менее 6 месяцев улучшает клинко-функциональное состояние печени и способствует достижению ремиссии.

## 22. О канцеропревенции при гастроэзофагеальной рефлюксной болезни и пищеводе Барретта

Бектаева Р.Р., Логвиненко А.А., Шаймарданова Г.М.

Медицинский университет, ННМЦ МЗ РК, Астана, Казахстан

**Актуальность.** В последнее время растет количество пациентов с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью (ГЭРБ). Одним из наиболее серьезных осложнений ее является пищевод Барретта (ПБ). Известно, что злокачественная трансформация ПБ проходит последовательность: кишечная метаплазия – дисплазия – аденокарцинома. Исходя из этого, ранняя диагностика ПБ и активная тактика его ведения должны способствовать канцеропревенции.

**Цель работы:** оценить возможности канцеропревенции при активной тактике ведения пациентов с ГЭРБ и ПБ.

**Материалы и методы.** В течение 2003-2009 гг. эндоскопически обследован 13291 пациент (возраст от 14 до 92 лет). Среди обследованных выявлен 5051 (38,2%) пациент с ГЭРБ. Для верификации диагноза ГЭРБ и ПБ проводились видеоэзофагогастроскопия, хромоэзофагоскопия с метиленовым синим (5% водный раствор), эндоскопическая рН-метрия, прицельная биопсия слизистой оболочки пищевода (СОП) с гистологическим исследованием. Всем пациентам с ГЭРБ и ПБ проводилось дифференцированное консервативное лечение с эндоскопическим и гистологическим мониторингом согласно современным алгоритмам диагностики и терапии.

**Результаты исследования.** При морфологическом исследовании у 624 (12,3%) пациентов с ГЭРБ выявлено наличие метаплазии СОП, из них у 108 (16,9%) обнаружен кишечный тип метаплазии (ПБ), у 516 (83,1%) – по кардиальному или фундальному типу. У пациентов с ПБ эндоскопически обнаружены в 42 случаях длинный сегмент метаплазии (поражение более 3 см), в 66 – короткий (менее 3 см). У 69 (63,8%) пациентов с ПБ выявлена дисплазия слизистой оболочки пищевода (СОП), у 54 (78,2%) из них – дисплазия низкой степени, у 15 (21,7%) – высокой степени.

Результаты исследования показали, что ни у одного из пациентов с ПБ, находившихся под наблюдением и получавших адекватное лечение, не отмечалось дальнейшего распространения метапластического процесса и развития злокачественного процесса в пищеводе. Наблюдался регресс дисплазии низкой степени параллельно регрессу воспаления в 78,2% случаев. Регресса метаплазии СОП не наблюдалось как при кишечном, так и при других ее типах ни в одном случае. 15 пациентов с ПБ и дисплазией высокой степени СОП направлены на хирургическое лечение из-за отсутствия эффекта консервативной терапии.

**Заключение.** Активная тактика ведения пациентов с ГЭРБ и ПБ может привести к стабилизации патологического процесса и, следовательно, к замедлению злокачественной трансформации. Так, возможен регресс воспаления и дисплазии СОП низкой степени более чем в 2/3 случаев, но обратного развития метапластического процесса СОП не происходит. Пациентов с ГЭРБ и ПБ с дисплазией высокой степени необходимо своевременно направлять на хирургическое (эндоскопическое) лечение.

## 23. Некоторые аспекты изучения депрессии у больных с хроническим панкреатитом

Белова Е.В., Ефремова Л.И., Мосеева М.В.

Ижевская ГМА, Россия

**Цель исследования:** оценить показатели депрессии у больных с хроническим панкреатитом в зависимости от возраста, длительности заболевания и биохимических показателей крови.

**Материалы и методы.** В стационарных условиях обследованы 30 больных с хроническим панкреатитом в стадии обострения. У всех пациентов оценивались уровни депрессии по опроснику CES-D, содержание аланиновой (АлТ) и аспарагиновой аминотрансферазы (АсТ), гамма-глутамилтранспептидазы (ГГТФА) в венозной крови. Результаты сравнивались с показателями контрольной группы (КГ), которую составили 20 практически здоровых лиц.

**Результаты и их обсуждение.** Полученные результаты свидетельствуют, что уровень депрессии больных превышал показатели КГ, равные (16,12±1,06) балла и составил (21,22±1,45) балла. При этом показатели депрессии не зависели от возраста. Так в возрасте до 60 лет показатели депрессии составили (20,53±2,08) балла, старше 60 лет – (21,27±1,67) балла ( $p>0,05$ ). При анализе зависимости показателей депрессии от уровня АлТ, АсТ, ГГТФА установлено, что у пациентов, содержание АлТ и АсТ в крови которых не превышало показатели КГ, уровень депрессии составил (21,22±1,48) балла и (21,59±0,71) балла соответственно, при повышении уровней АлТ и АсТ показатели депрессии составили (19,23±1,35) балла ( $p>0,05$ ) и (20,71±2,90) балла ( $p>0,05$ ) соответственно. При высоких уровнях ГГТФА уровень депрессии достигал (21,22±1,88) балла, при нормальном значении ГГТФА – (19,67±0,92) балла ( $p>0,05$ ). В случаях заболевания хроническим панкреатитом, длящегося более 10 лет, показатели депрессии были (23,12±1,24) балла, при менее длительном заболевании – (17,93±1,79) балла ( $p<0,05$ ).

**Выводы.** У пациентов с хроническим панкреатитом отмечено повышение уровня депрессии. Депрессивные показатели не зависят от уровня АлТ, АсТ, ГГТФА в крови и возраста больного. Изменение уровня депрессии сопряжено с длительностью заболевания хроническим панкреатитом.

## 24. Динамика физического состояния больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки на фоне лечения пантопразолом (зипантолой®) и кларитромицином (кларексидом®)

Белова И.И., Демина Е.И., Гатаулина О.В., Серякова М.Л.

Алтайский ГМУ, Барнаул, Россия

**Цель исследования:** выявить изменения в физическом статусе больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки (ЯБ ДПК) на фоне лечения зипантолой® и кларексидом®.

**Материалы и методы.** Обследованы 42 пациента с ЯБ ДПК, ассоциированной с *Helicobacter pylori* (средний возраст (47,1±5,2) года). Диагноз верифицирован с помощью эндоскопического исследования гастродуоденальной зоны и гистологического иссле-



дования биоптатов желудка. Курс лечения продолжительностью 10 дней включал антихеликобактерную терапию с назначением пантопразола (зипантола®), кларексиды® и амоксициллина в стандартных дозах 2 раза в сутки. После завершения эрадикации больные продолжали принимать антисекреторную терапию еще в течение 10 дней. Качество жизни у всех больных исследовали с помощью опросника SF-36 до и после лечения.

**Результаты исследования.** Все пациенты с ЯБ ДПК жаловались на боли в пилородуоденальной зоне, связанные с приемом пищи, нарушение аппетита, запоры. Размер язвы в луковице ДПК составил  $(0,80 \pm 0,08)$  см. На фоне лечения болевой синдром купирован на  $(2,4 \pm 0,1)$  сутки, аппетит нормализовался на  $(11,1 \pm 0,1)$  сутки, стул нормализовался на  $(5,1 \pm 0,1)$  сутки у всех больных. При повторном эндоскопическом исследовании после лечения язва зарубцевалась у 42 пациентов (100%). Выявлено достоверное повышение по шкалам физического функционирования (PF,  $(48,1 \pm 2,5)$  против  $(33,1 \pm 2,8)$  балла), ролевого функционирования (RF,  $(42,2 \pm 2,6)$  против  $(28,2 \pm 2,4)$  балла), интенсивности боли (BP,  $(66,2 \pm 2,9)$  против  $(43,8 \pm 3,2)$  балла), общего состояния здоровья (GH,  $(57,5 \pm 3,3)$  против  $(31,2 \pm 3,2)$  балла).

**Заключение.** Полученные данные свидетельствуют о положительных изменениях в физическом статусе больных ЯБ ДПК в процессе лечения с помощью антихеликобактерной терапии с включением пантопразола (зипантола®) и кларитромицина (кларексиды®).

## 25. Динамика заболеваемости воспалительными заболеваниями кишечника (ВЗК) в Московской области

Белюсова Е.А., Никулина И.В., Никитина Н.В.,  
Великанов Е.В.  
МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского, Москва, Россия

**Цель исследования:** в рамках международного эпидемиологического исследования изучить заболеваемость ВЗК в Московской области.

**Методы исследования.** В эпидемиологическом исследовании «Новое проспективное когортное исследование в Европе: существует ли западно-восточный градиент заболеваемости воспалительными заболеваниями кишечника?» («New Inception cohort in Europe: Is there an east-west gradient in IBD?»), проводимом ECCO, участвовали в общей сложности 27 стран Западной и Восточной Европы и бывшего СССР, включая Россию (Московскую область), Молдову, Эстонию, Литву. Для проведения исследования была создана электронная база данных, в которую были внесены все вновь заболевшие язвенным колитом (ЯК) и болезнью Крона (БК) пациенты за период с 01.01.2010 по 31.12.2010. В Московской области для исследования были выбраны три района с общей численностью 525 000 человек (Подольский, Раменский, г. Жуковский). Это было сделано для сопоставимости количества населения в этих районах с численностью изучаемой популяции Европейских стран, участвующих в исследовании.

**Результаты исследования.** За истекший период в указанных районах было выявлено 25 больных, впервые заболевших в 2010 г. (не учитывались больные с предварительным анамнезом заболевания, даже если они впервые попали под наблюдение). Заболеваемость ВЗК в целом составила  $4,8/10^5$  (ЯК –  $3,4/10^5$ , БК –  $1,3/10^5$ ). По сравнению с нашими данными, полученными по Московской области на 2009 г. (ЯК –  $2,2/10^5$ , БК –  $0,8/10^5$ ), в целом уровень заболеваемости ЯК в 2010 г. вырос в 1,5 раза, заболеваемость БК увеличилась в 1,6 раза.

В Московской области отмечается быстрый рост заболеваемости ЯК и БК, что, с нашей точки зрения, объясняется как истинным ростом числа новых случаев ВЗК за 2010 г., так и улучшением диагностики в регионе.

## 26. Клиническая картина хронического билиарного панкреатита на фоне ожирения

Беляева Н.В.  
Донецкий НМУ, Украина

**Цель исследования:** изучить особенности клинических проявлений билиарного хронического панкреатита на фоне ожирения.

**Материалы и методы.** Обследованы 64 больных с билиарным хроническим панкреатитом на фоне алиментарного ожирения различной степени.

**Результаты.** Для билиарного хронического панкреатита, протекающего на фоне ожирения, в 53,1% случаев характерна интенсивная абдоминальная боль, которая локализуется преимущественно в эпигастрии и обоих подреберьях или в эпигастрии и правом подреберье. В 45,3% случаев больных с сочетанной патологией беспокоят выраженные диспептические явления, преимущественно тошнота, горечь во рту. Клинические проявления внешнесекреторной недостаточности поджелудочной железы развиваются только в 6,2% случаев, а симптомы сахарного диабета – в 14,1% случаев. Треть больных жалуется на эстетические проблемы, связанные с ожирением, около четверти больных имеют низкую толерантность к физической нагрузке. Более чем у половины пациентов определяется болезненность в зоне Шофара. У всех больных при пальпации определяется умеренное увеличение печени, обусловленное неалкогольным стеатогепатитом или неспецифическим реактивным гепатитом.

**Вывод.** У больных билиарным хроническим панкреатитом на фоне ожирения в половине случаев имеет место интенсивная абдоминальная боль, диспепсия; клинические симптомы экзо- и эндокринной панкреатической недостаточности развиваются редко. Во всех случаях диагностируется сопутствующая патология печени.

## 27. Эзофагогастродуоденоскопия (ЭГДС) у больных хроническими диффузными заболеваниями печени (ХДЗП)

Беспалова Е., Ягмур С., Ягмур В., Мельниченко Л.,  
Меланич С.  
ИГ НАМНУ, Днепрпетровск, Украина

**Цель исследования:** изучить функциональные особенности органов эзофагогастродуоденальной зоны (ЭГДЗ) и макроскопическое состояние их слизистой оболочки (СО) у больных ХДЗП.

**Материал и методы.** У 30 больных, из которых 20 с хроническим гепатитом (ХГ) и 11 с циррозом печени (ЦП), аппаратом «Олимп» (Япония) выполнена эзофагогастродуоденоскопия (ЭГДС). Тип портальной гастропатии (ПГ) определяли по классификации Северного итальянского эндоскопического клуба (NIEK).

**Результаты.** У 60,0% больных ХГ выявлена недостаточность нижнего пищеводного сфинктера (НПС), у 30,0% – грыжа пищеводного отверстия диафрагмы (ГПОД), у 35,0% – рефлюкс-эзофагит, из них у 20,0% – эрозивный. При ЦП частота недостаточности НПС и ГПОД не отличалась от таковой у больных ХГ, а частота рефлюкс-эзофагита и эрозий СО пищевода имела тенденцию к увеличению. У 45,0% при ЦП выявлено варикозное расширение вен пищевода I и II степени. Геморрагии СО желудка в 2 раза чаще наблюдались при ЦП и локализовались либо в антруме, либо одновременно в антруме и верхних отделах желудка. У 30,0% и 36,4% больных I и II групп диагностированы острые и хронические эрозии желудка. Портальная гастропатия (ПГ) – один из признаков портальной гипертензии – выявлена у 54,5% больных ЦП, из них у половины наблюдали скларотиноподобный тип ПГ, у трети – мозаичный, в 9,1% случаев – вишнево-красные пятна. Только у одного больного ХГ при отсутствии других признаков портальной гипертензии были обнаружены признаки ПГ скларотиноподобного типа. У половины больных обеих групп определялись изменения в двенадцатиперстной кишке: эритема СО луковицы, геморрагии и эрозии, чаще у пациентов I группы, язва луковицы – у одного больного ЦП. Частота рубцовой деформации луковицы ДПК существенно не различалась в обеих группах.

**Выводы.** С целью своевременного выявления патологии органов ЭГДЗ для предупреждения осложнений необходимо проведение ЭГДС у всех больных с ХДЗП.



## 28. Факторы приверженности лечению больных в городских поликлиниках

Бикбулатова Е.А., Константинов В.И., Осипенко М.Ф.  
Новосибирский ГМУ, Россия, e-mail: elenabik@ngs.ru

**Цель исследования:** оценить факторы комплаенса и методы их улучшения в поликлиниках города Новосибирска.

**Материалы и методы.** Методом анкетирования было опрошено 118 участковых врачей поликлиник Новосибирска. Были получены ответы на следующие вопросы: «Считаете ли Вы, что врач должен активно убеждать пациента следовать рекомендациям?» «Должен ли пациент активно участвовать в лечении или подчиняться воле врача?» «Что приводит к низкой приверженности?» «Как улучшить комплаенс?» «Имеется ли связь между знаниями пациента о заболевании и выполнением рекомендаций?».

**Результаты и их обсуждение.** Считают, что врач должен активно убеждать пациента 97,5% опрошенных, нет – 2,5%. По мнению 88% врачей пациент должен активно участвовать в процессе лечения, подчиняться врачу – 6,7%. Основную причину низкой приверженности – большую стоимость лекарств – выдвинули 78% опрошенных. Вторая по значимости причина – недостаточная информированность пациента – 54%. Наименее значимыми причинами низкой приверженности врачи первичного звена считают большую длительность терапии – 17% опрошенных, неудовлетворенность результатами лечения – 19,5%, особенности работы пациента – 29%.

Самыми эффективными способами улучшения комплаенса названы проведение школ для пациентов – 68,5% опрошенных и информированность пациента – 57%. Положительный ответ на вопрос о взаимосвязи между знанием пациента о заболевании и выполнением рекомендаций дали 89% врачей.

**Выводы.** Наибольшее значение в достижении комплаенса врачи придают хорошей информированности пациента о заболевании, способах лечения и профилактики. При этом выявлена положительная корреляция между данным мнением и категорией врачей ( $r=0,2$ ,  $p=0,04$ ), а также стажем их работы ( $r=0,21$ ,  $p=0,033$ ).

## 29. Воспалительные заболевания кишечника – зависимость психоэмоциональных нарушений от стадии болезни

Бодрягина Е.С.<sup>1</sup>, Абдулганиева Д.И.<sup>1</sup>, Ибрагимова А.В.<sup>1</sup>,  
Одинцова А.Х.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Казанский ГМУ, <sup>2</sup>Республиканская клиническая больница, Казань, Россия

**Цель:** изучить качество жизни (КЖ), наличие тревоги и депрессии у пациентов с воспалительными заболеваниями кишечника (ВЗК) в зависимости от стадии заболевания.

**Материалы и методы.** В исследование проспективно было включено 44 пациента с ВЗК, использовался специализированный международный опросник по оценке КЖ больных ВЗК (IBDQ), опросник SF-36, у 24 пациентов дополнительно применялись специализированные опросники для выявления психических нарушений: шкала тревоги и депрессии (HAD), тест Спилберга-Ханина. Пациентов с язвенным колитом (ЯК) было 22 (50%), с болезнью Крона (БК) – 22 (50%). Средний возраст составил (36,4±13,6) года. В ремиссии находились 8 пациентов, в обострении – 36.

**Результаты.** В 100% случаев наблюдалось снижение КЖ пациентов. По данным IBDQ среднее значение КЖ составило во время ремиссии 133,3 балла, при обострении – 133,6 балла (максимальное значение 224 балла). По данным SF-36 в ремиссии физический компонент здоровья составил 45,3 балла, психический компонент – 44,7 баллов, в обострении – 44,2 и 45,2 балла соответственно (максимально по каждому показателю 100 баллов). Был обнаружен высокий уровень личностной тревожности (тест Спилберга-Ханина), при этом была выявлена зависимость от стадии заболевания: в периоде ремиссии 46,7 балла, в обострении – 48,9 балла. Также отмечалась определенная зависимость выраженности тревоги и депрессии: 7,9 и 7,4 балла соответственно в периоде ремиссии, 8,9 и 7,9 балла при обострении.

**Заключение.** У всех пациентов с ВЗК вне зависимости от стадии болезни имелось снижение КЖ. Психоэмоциональная составляющая в периоде обострения была ниже, чем в периоде ремиссии.

## 30. Эндогенная интоксикация и нарушение функции сосудистого эндотелия (СЭ) у больных с хроническими воспалительными заболеваниями кишечника (ХВЗК)

Бойко Т.И., Стойкевич М.В., Сорочан Е.В.,

Толстикова Т.Н., Мосалова Н.М.

Институт гастроэнтерологии НАМНУ, Днепропетровск, Украина

**Цель исследования:** изучить биохимические маркеры эндогенной интоксикации у больных ХВЗК в зависимости от функционального состояния СЭ.

**Материал и методы.** Под наблюдением находились 45 пациентов с неспецифическим язвенным колитом (НЯК) и 24 с болезнью Крона (БК). Эндогенная интоксикация оценивалась по уровню молекул средней массы (МСМ) и серомукоидов (СМ) в сыворотке крови. Состояние СЭ изучалось методом оценки эндотелий-зависимой вазодилатации плечевой артерии в пробе с реактивной гиперемией с помощью аппарата PHILIPS HDI 5000 SONOS ST. Увеличение диаметра плечевой артерии более чем на 20% свидетельствовало о нормальной функции эндотелия, от 10 до 20% – о снижении функции эндотелия.

**Результаты.** Выявлено статистически значимое увеличение уровня МСМ у пациентов с НЯК в 1,5 раза ( $p<0,01$ ) и с БК – в 1,6 раза ( $p<0,01$ ), коррелирующее с увеличением основного показателя мезенхимально-воспалительных реакций – СМ:  $r=0,46$ ;  $p=0,006$  при НЯК и  $r=0,70$ ;  $p=0,002$  при БК. Нарушение функции эндотелия диагностировано у 80% больных НЯК и 62,5% больных БК.

Нарушение функционального состояния СЭ прямо коррелировало с уровнем СМ ( $r=0,69$ ;  $p=0,05$ ) и МСМ ( $r=0,47$ ;  $p=0,04$ ) при БК, а также с увеличением СМ ( $r=0,52$ ;  $p=0,001$ ) при НЯК, что свидетельствовало о связи эндотоксемии с дисфункцией эндотелия у этих больных.

**Вывод.** Полученные данные свидетельствуют о том, что нарушение функционального состояния сосудистого эндотелия у больных ХВЗК является одним из звеньев в цепи системной воспалительной реакции.

## 31. Влияние комплексной курортной терапии с применением озонотерапии на липидный обмен при метаболическом синдроме

Болатчиева Л.Х.

Пятигорский ГНИИК ФМБА России, Россия,

e-mail: orgotdel@gniik.ru

Характерные для метаболического синдрома (МС) нарушения липидного обмена могут служить важными критериями в диагностике и контроле эффективности проводимого лечения.

**Цель исследования:** оценка эффективности парентеральной озонотерапии (ОТ) в комплексном курортном лечении больных с метаболическим синдромом.

**Материалы и методы.** Обследованы 50 больных (возраст от 35 до 60 лет; мужчин 23, женщин 27), страдающих сахарным диабетом 2 типа на фоне ожирения в сочетании с ИБС (I-II функциональный класс).

25 больных контрольной группы (1 ЛК) получали традиционное санаторно-курортное лечение: внутренний прием минеральной воды «Ессентуки» № 4, диета № 9. 25 больных основной группы (2 ЛК) дополнительно получали внутривенные инфузии 0,9% раствора NaCl с концентрацией озона 3-5 мг/л 200,0 мл через день № 8. До и после лечения проводились клинические, биохимические исследования (жировой, углеводный, белковый обмен), функциональная диагностика (электрокардиография, реовазография).

Полученные результаты показали, что озонотерапия способствует положительной динамике показателей липидного обмена в виде достоверного снижения уровня триглицеридов и холестерина липопротеидов низкой и очень низкой плотности, а также

повышения уровня холестерина липопротеидов высокой плотности, что, соответственно, приводит к значительному снижению коэффициента атерогенности (85%, 1 ЛК – 65%). Также в ходе лечения с применением ОТ наблюдалось ослабление процессов перекисного окисления липидов и усиление антиоксидантной защиты (80%, 1 ЛК – 45%).

Таким образом, озонотерапия при метаболическом синдроме оказывает положительное действие, обусловленное влиянием на некоторые патогенетические звенья, способствующие развитию атеросклероза.

### 32. Хроническое воспаление, дисбиотическая микрофлора кишечника и атеросклероз

Бондаренко В.М.

НИИ эпидемиологии и микробиологии им. Н.Ф. Гамалеи, Москва, Россия

На основе собственных наблюдений и данных литературы сформулирована концепция, согласно которой в основе патогенеза атеросклероза лежит хроническое воспаление артерий с альтернативным процессом, запускаемым вследствие взаимодействия Toll-подобных рецепторов (TLR) с бактериальными иммуномодулинами. Бактериальные модулины (БМ) проявляют патогенетическое действие опосредовано через медиаторы воспаления и иммунитета, стимулируя продукцию и высвобождение провоспалительных цитокинов. Важной молекулярной мишенью для БИМ служат TLR-рецепторы, передающие сигнал через систему транскрипционного фактора NF- $\kappa$ B на генетический аппарат иммунокомпетентных клеток, стимулируя экспрессию цитокиновых генов. В индукции атерогенеза могут принимать участие ЛПС, липотейхоевые кислоты и др. биомолекулы, синтезируемые микробными клетками при действии стрессогенных факторов. На примере грамотрицательных бактерий, доминирующих при дисбактериозе кишечника, анализируются данные, показавшие, что при взаимодействии ЛПС с TLR4 наблюдается альтернативная активация макрофагов, клеток эндотелия и гладких мышц интимы артерий, индуцирующая возникновение насыщенных эфиром холестерина пенистых клеток, являющихся морфологическим признаком атером. Подавление транслокации ЛПС грамотрицательных бактерий из просвета кишечника в системный кровоток возможно с помощью пробиотических препаратов, нормализующих нарушенный микробиоценоз ЖКТ.

### 33. Факторы, влияющие на эффективность лечения ГЭРБ ингибиторами протонной помпы

Бордин Д.С., Машарова А.А., Сильвестрова С.Ю., Фирсова Л.Д., Сафонова О.В., Кожурина Т.С.

ЦНИИ гастроэнтерологии, Москва, Россия,

e-mail: dbordin@mail.ru

**Цель исследования:** оценка частоты и причин неэффективности лечения гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (ГЭРБ) ингибиторами протонной помпы (ИПП).

**Материал и методы.** Обследованы 154 больных ГЭРБ (114 мужчин и 40 женщин, возраст (39,3 $\pm$ 16,1) года). Проводились ЭГДС, рН-мониторинг до и на 7-й день лечения, фармакокинетическое исследование, психологическое тестирование (СМОЛ, ЛОБИ). Выраженность и динамику симптомов оценивали по 5-балльной шкале Likert. До лечения изжога беспокоила 141 (91,6%) больного, регургитация – 57 (37,0%). 50 больных получали омепразол, 51 – лансопразол, 53 – пантопразол.

**Результаты.** К 14-му дню лечения у 21 (13,6%) больного изжога или изжога и регургитация сохранялись. По данным рН-мониторинга к 7-му дню лечения у 14 больных (1-я группа) было отмечено увеличение времени с рН $>$ 4 в теле желудка до 40% и более – (68,0 $\pm$ 27,2)%. У 7 больных (2-я группа) этот показатель не увеличился – (17,0 $\pm$ 6,4)%. При исследовании фармакокинетики ИПП у больных 1-й группы ее параметры не отличались от таковых у больных с эффективным лечением. У больных 2-й группы наблюдались низкие значения  $C_{max}$  и AUC, укорочение  $T_{1/2}$  и увеличение Cl, что свидетельствует об ускоренном метабо-

лизме ИПП. При психодиагностическом тестировании у больных 1-й группы были выявлены признаки выраженных нарушений психической адаптации (ипохондрия, тревога, депрессия, гипернозогнозические реакции на болезнь).

**Заключение.** Неэффективность ИПП в купировании симптомов ГЭРБ наблюдалась у 13,6% больных. Ее причинами являются индивидуальные особенности метаболизма ИПП и нерефлюксные механизмы формирования ощущения изжоги на фоне психической дезадаптации больных.

### 34. О нарушениях слезывыделительной деятельности желудка у больных хроническим гастритом

Борисов Ю.Ю.

Краснодарский ММИВСО, Россия

**Цель исследования:** изучение секреции желудочной слизи и ее реологических свойств у больных с различными формами хронического гастрита (ХГ).

**Материал и методы.** Обследованы 37 практически здоровых лиц и 36 больных хроническим гастритом, в числе которых было 15 с поверхностным, 12 – с умеренно выраженным атрофическим и 9 – с выраженным атрофическим гастритом фундального отдела желудка. Желудочную секрецию исследовали в базальном периоде и после максимальной стимуляции пентагастроном. Реологические свойства слизистого геля изучали на прецизионном ротационном вискозиметре Rheotest-2 (Германия).

**Результаты.** Установлено, что у больных ХГ наряду с достоверным снижением (в среднем на 20,7%, здесь и далее  $p<0,05$ ) продукции неперсина белка, представленного главным образом гликопротеинами слизи, наблюдается существенное падение реологических параметров слизи. У них предел упругости слизистого геля снижен в среднем в 1,4 раза, эффективная вязкость, измеренная при низкой скорости сдвига, в 1,5 раза, при высокой скорости сдвига – в 1,2 раза. При этом у больных с поверхностным гастритом реологические параметры существенно не отличаются от таковых в контрольной группе. В то же время у больных с умеренно выраженным атрофическим гастритом анализируемые реологические параметры в среднем в 1,3-1,7 раза ниже, чем у здоровых, и в 1,2-1,4 раза ниже, чем у больных поверхностным гастритом. У больных с выраженным атрофическим гастритом предел упругости слизи в среднем в 2 раза ниже, чем у здоровых, и в 1,5-1,8 раза ниже, чем у больных с другими формами гастрита.

Таким образом, у больных хроническим гастритом наряду со снижением секреции желудочной слизи существенно ослаблены ее упруговязкие свойства, определяющие ее цитопротективный потенциал, причем выраженность реологических нарушений зависит от глубины гастрической перестройки слизистой оболочки фундального отдела желудка.

### 35. Динамическая вязкость панкреатического секрета у больных хроническим панкреатитом и детерминирующие ее факторы

Борисов Ю.Ю., Овсянников С.В., Шипков В.А.

ИОМЦ ФМБА России, Краснодар, Россия

**Цель исследования:** изучение динамической вязкости панкреатического секрета при хроническом панкреатите и определение детерминирующих ее факторов.

**Материал и методы.** Обследованы 48 человек: 28 больных хроническим рецидивирующим панкреатитом (ХРП) и 20 человек без заболеваний гепатопанкреатодуоденальной зоны, составивших контрольную группу. Панкреатический секрет собирали с помощью устройства для синхронной регистрации периодической моторной деятельности проксимального отдела пищеварительного тракта и внешнесекреторной деятельности поджелудочной железы. Вязкость панкреатического секрета измеряли с помощью прецизионного вискозиметра Hepar 2 при температуре 37 $^{\circ}$ C до и после центрифугирования в течение 20 мин при 3000 об/мин. В каждой 10-минутной порции определяли объем, рН, концентрацию общего и неферментного белка, амилазы и бикарбонатов.

**Результаты.** Установлено, что у больных ХРП вязкость панкреатического секрета, собранного в период секреторной активности поджелудочной железы (2-3 фазы межпищеварительного цикла), увеличена в среднем на 22% –  $(0,98 \pm 0,02)$  сП против  $(0,82 \pm 0,01)$  сП, ( $p < 0,01$ ), концентрация неферментного белка в нем повышена в среднем на 49,3%, а содержание амилазы и бикарбонатов достоверно не изменено. Вязкость панкреатического сока обнаруживает тесную прямую коррелятивную связь с содержанием неферментного белка ( $r = 0,72$ ,  $p < 0,001$ ). После удаления нерастворимых гликопротеинов вязкость панкреатического секрета у здоровых снижается лишь на 12%, а у больных – на 26% ( $p < 0,01$ ); содержание неферментного белка при этом падает на 22% и 43% соответственно.

Таким образом, у больных хроническим панкреатитом существенно повышена вязкость панкреатического секрета, главным образом, за счет гиперсекреции нерастворимых слизистых веществ, а исследование его реологических свойств может использоваться в качестве дополнительного метода диагностики этого нарушения.

### 36. Влияние блокады кальциевых каналов на реологические свойства желудочной слизи у больных язвенной болезнью

Борисов Ю.Ю., Шаповалов К.В., Ильченко Г.В.  
Краснодарский ММИВСО, Россия

**Цель исследования:** изучение эффекта блокатора кальциевых каналов финоптина на упруговязкие (реологические) свойства желудочной слизи, тесно связанные с цитопротективной устойчивостью слизистого барьера желудка, и основные параметры секреторной деятельности желудка.

**Материал и методы.** Обследованы 45 больных активной дуоденальной язвой (мужчин 32, женщин 13). Желудочную секрецию исследовали по стандартной методике в базальном состоянии и после субмаксимальной стимуляции пентагастрином. Финоптин вводили в дозе 5 мг внутривенно струйно. Реологические свойства слизистого геля оценивали прецизионным ротационным вискозиметром Rheotest-2 (Германия); при этом определяли предел упругости (ПУ, дин/см<sup>2</sup>) и эффективную вязкость (ЭВ, сП).

**Результаты.** Установлено, что в ответ на однократную терапевтическую дозу финоптина существенно снижаются показатели базальной и стимулированной выработки кислоты, бикарбонатов и пепсина (в среднем 1,3-1,5 раза, здесь и далее  $p < 0,05$ ). Финоптин также существенно изменяет упруговязкие свойства нативной слизи: ПУ возрастает в среднем на 22,0-57,1%, а ЭВ – на 56,8-62,0%. Упомянутые параметры достигают нормальных значений у 70% и 50% больных с гиповязким синдромом.

Таким образом, можно заключить, что кальций играет важную роль в регуляции слизевыделительной деятельности эпителиоцитов желудка. У больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки блокада кальциевых каналов финоптином сопровождается не только выраженным торможением базального и стимулированного кислото- и пепсиновыделения, но и существенным повышением упруговязких свойств слизи.

Приведенные материалы существенно расширяют клинко-фармакологическую характеристику блокаторов кальциевых каналов и свидетельствуют о целесообразности их применения для коррекции нарушений реологических свойств слизи у больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки.

### 37. Изучение микроциркуляторного русла при воспалительных заболеваниях кишечника и синдроме раздраженного кишечника на биопсийном материале с использованием моноклональных антител CD34, CD31 (РЕСАМ-1)

Ботина А.В., Смирнов Д.Р., Шукина О.Б.  
СПбГМУ им. акад. И.П. Павлова, СПбМАПО,  
Санкт-Петербург, Россия, e-mail: botinaanna@mail.ru

**Цель исследования:** оценить состояние микрососудов в слизистой оболочке кишечника у пациентов с воспалительными заболеваниями кишечника (ВЗК) и синдромом раздраженного кишечника (СРК).

**Материал и методы.** Материалом послужили биоптаты из тонкой и толстой кишок от больных с диагнозами СРК и ВЗК. Для выявления микрососудов использовали метод иммуногистохимии с применением моноклональных антител CD34, далее проводили определение удельной площади микрососудов с использованием сетки Вайбеля. Кроме этого, проводили подсчет площади CD31 (РЕСАМ-1) + микрососудов с использованием программы Видеотест 5.0.

**Результаты.** В группе СРК удельная площадь микрососудов в слизистой оболочке тонкой кишки составила  $0,12 \pm 0,01$ , в группе ВЗК –  $0,15 \pm 0,04$ ; в слизистой оболочке толстой кишки –  $0,10 \pm 0,01$  и  $0,14 \pm 0,02$  соответственно. Площадь сосудов с экспрессией CD31 (РЕСАМ-1) составила: в слизистой оболочке тонкой кишки при СРК  $(0,44 \pm 0,11) \mu\text{m}^2$ , при ВЗК –  $(0,57 \pm 0,14) \mu\text{m}^2$ ; в слизистой оболочке толстой кишки –  $(0,51 \pm 0,12) \mu\text{m}^2$  и  $(0,71 \pm 0,08) \mu\text{m}^2$  соответственно.

**Выводы.** Таким образом, определяется тенденция к увеличению общей площади микрососудов при ВЗК по сравнению с СРК как в слизистой оболочке тонкой кишки, так и в слизистой оболочке толстой кишки; показатель площади CD31(РЕСАМ-1) + микрососудов имеет схожую тенденцию. Полученные данные, с одной стороны, могут отражать усиление ангиогенеза и экспрессии молекул адгезии на фоне хронического воспаления при ВЗК, а с другой стороны, возможно, по-видимому, использование оценки микроциркуляторного русла как маркера эффективности проводимой терапии, что требует дальнейшего исследования.

### 38. Психологические и нейроэндокринные факторы риска развития и критерии диагностики течения различных вариантов синдрома раздраженного кишечника

Бурулова О.Е.

Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского, Россия

**Цель исследования:** на основе комплексного анализа результатов клинко-психологических, иммуногистохимических методов исследования определить факторы риска и новые критерии диагностики течения СРК.

**Материалы и методы:** клинические, психологические, эндоскопические, иммуногистохимические, морфометрические методы исследования; комплекс психологических тестов на основе ММРІ. Больных с СРК разделили условно на 2 группы. I группа – «не пациенты» (85-90% с СРК), имеющие только кишечные проявления, не влияющие на качество их жизни. Вторая (10-15%) – «пациенты», длительно и тяжело болеют, рефрактерны к лечению, имеют системные проявления в виде вегетативной дисфункции.

**Результаты.** Для группы «пациентов» характерны высокий уровень тревоги, протестный и смешанный типы эмоционального реагирования. Демонстративные, педантичные, тревожно-боязливые акцентуации характера, внутренние конфликты между болезненным самолюбием и авторитарностью. При иммуногистохимическом методе исследования колоноцитов, иммунопозитивных к мотилину, субстанции Р, нейротензину, в-эндорфина выявлено повышение уровня мотилина и субстанции Р для I группы больных – «не пациенты», и снижение уровня в-эндорфина и нейротензина во II группе, «пациенты».

**Заключение.** Предпосылки к формированию рефрактерности течения СРК, как психосоматической патологии: генетически детерминированная реакция на стрессы, психотравмирующее начало; первичные, генетически детерминированные нарушения обмена нейромедиаторов в ЦНС, дискоординация в работе периферических регуляторных структур моторики кишечника – мотилина, субстанции Р. СРК – новое бионейропсихосоциальное состояние человека, формирующееся в экстремальных социальных условиях, проявляющееся гипертвостью, гиперреактивностью, склонностью к депрессивным и обсессивно-компульсивным реакциям. Требуется комплексного подхода врача гастроэнтеролога, а также психологической поддержки.

**39. Репродуктивные расстройства у женщин с целиакией. Влияние этиотропной терапии**

Быкова С.В., Сабельникова Е.А., Парфенов А.И., Дроздов В.Н., Ручкина И.Н., Гудкова Р.Б., Чикунова Б.З.  
ЦНИИ гастроэнтерологии, Москва, Россия

Нарушение репродуктивной функции у больных целиакией может проявляться в виде задержки полового развития, бесплодия, аменореи, преждевременной менопаузы, спонтанных аборт.

Цель исследования: установить частоту и характер нарушений репродуктивной функции у больных ГЦ в Российской Федерации.

Материалы и методы. В исследование включены 132 женщины (средний возраст  $38,5 \pm 1,2$  года) с ГЦ, наблюдавшихся в ЦНИИГ в период с 2000 г. по 2010 г. Группу сравнения составили 105 женщин (средний возраст  $38,7 \pm 1,6$  года) с преимущественно функциональной патологией кишечника. Учитывали сведения, касающиеся акушерско-гинекологического анамнеза, физикальных и лабораторных признаков синдрома нарушенного всасывания (СНВ), исследования антител к  $\alpha$ -глиадину иммуноглобулинов (ИГ) класса А (АГА) и тканевой трансглутаминазе (АтГТ).

Результаты. Средний возраст начала менструаций составил  $14,3 \pm 1,4$  года, а в группе сравнения  $13,0 \pm 1,3$  года ( $p > 0,05$ ), у 43,9% больных ГЦ менструации начались в возрасте 15 лет и старше, а у 7,6% женщин – в возрасте 17 лет и старше. В группе сравнения начало menses позже 15 лет отмечали лишь 13,3% женщин. У 61,3% больных ГЦ менструальный цикл отличался нерегулярностью, в группе сравнения подобные нарушения отмечены у 13,3% ( $p < 0,001$ ). У женщин с впервые выявленной ГЦ в 3 раза чаще, чем в группе сравнения, наблюдались длительные периоды аменореи: у 43,9% и у 11,4% соответственно ( $p < 0,01$ ), ОР 3,84 (2,18–6,77; 95% ДИ). Также у них примерно в 3 раза чаще происходило самопроизвольное прерывание беременности: у 46,9% и у 14,3% соответственно ( $p < 0,01$ ), ОР 3,28 (1,98–5,43; 95% ДИ). Частота репродуктивных расстройств возрастала по мере нарастания степени тяжести СНВ. У 43% женщин уже через 6–8 месяцев строгого следования аглютеновой диете (АГД) исчезла аменорея и появились регулярные менструации. Трех женщинам детородного возраста, строго соблюдавшим АГД, имевшим в анамнезе неоднократное самопроизвольное прерывание беременности, в течение года удалось забеременеть и родить здорового доношенного ребенка.

Заключение. Наличие репродуктивных расстройств должно рассматриваться как один из факторов риска целиакии, поэтому этим женщинам следует проводить скрининг на целиакию.

**40. Состояние цитокинового звена иммунитета при сочетании гастроэзофагеальной рефлюксной болезни и ревматических заболеваний**

Бычков Н.А., Ижицкая Н.В.

Львовский НМУ им. Данила Галицкого, Украина

Цель исследования: определение концентрации IL-1 $\beta$  и IL-8 в сыворотке крови больных гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью (ГЭРБ) в сочетании с ревматоидным артритом либо остеоартрозом.

Материалы и методы. Обследованы 72 больных с эрозивной и неэрозивной формой ГЭРБ с применением анкетирования, точного pH-мониторинга мобильным ацидографом АГ 1Д-02, эндоскопии и определением концентрации цитокинов (IL-1 $\beta$ , IL-8) в сыворотке крови пациентов. Пациентов разделили на 3 группы: 1-я группа – больные с ГЭРБ, 2-я группа – больные с клиникой ГЭРБ и ревматоидного артрита, 3-я группа – больные с ГЭРБ и остеоартрозом.

Результаты. Обнаружены отличия содержания в сыворотке крови интерлейкина-1 $\beta$ , интерлейкина-8 у больных с эрозивной и неэрозивной формой ГЭРБ и ревматоидным артритом или деформирующим остеоартрозом. У больных 1-й группы отмечено достоверное увеличение в сравнении с нормой IL-1 $\beta$  –  $(20,6 \pm 1,6)$  пг/мл и IL-8 –  $(76,4 \pm 12,8)$  пг/мл при неэрозивной форме ГЭРБ и увеличение только IL-8 –  $(107,4 \pm 18,3)$  пг/мл при эрозивной форме. Концентрация IL-1 $\beta$  у пациентов 2-й группы была повышена в среднем в 20 раз, а концентрация IL-8 – практически

в 10 раз в сравнении с нормой ( $p < 0,05$ ). У больных 3-й группы отмечено повышение содержания IL-1 $\beta$  и IL-8 при эрозивной и неэрозивной форме ГЭРБ. При эрозивной форме эти показатели являются статистически значимыми в сравнении с неэрозивной формой ГЭРБ –  $(94,3 \pm 12,4)$  пг/мл против  $(67,6 \pm 9,3)$  пг/мл,  $p < 0,05$ .

Выводы. Обнаруженное нами повышение уровня провоспалительных интерлейкинов (IL-1 $\beta$ , IL-8) при сочетании ГЭРБ и ревматоидного артрита либо остеоартроза требует поиска новых медикаментозных средств, воздействующих на провоспалительные цитокины.

## В

## 41. Биологические свойства фекальных энтерококков

Вальшвева И.В.<sup>1</sup>, Сычева М.В.<sup>2</sup>, Усвятцов Б.Я.<sup>1</sup><sup>1</sup>ИКВС УрО РАН, <sup>2</sup>ОГАУ, Оренбург, Россия,  
e-mail: valysheva\_irina@mail.ru

**Цель исследования:** поиск штаммов энтерококков, перспективных в качестве компонента пробиотического препарата.

**Материалы и методы.** Материалом для исследования явились 59 штаммов энтерококков, выделенных из кишечника людей при обследовании на дисбиоз. Идентификацию штаммов осуществляли с помощью полимеразной цепной реакции (ПЦР) с использованием известных праймеров (Charlene R.J. et al., 2004). Гемолитическую и антагонистическую активность определяли чашечным методом; гены, кодирующие синтез факторов вирулентности и энтероцинов, – с помощью ПЦР с использованием известных праймеров (Reviriego C. et al., 2005; Foulquie Moreno et al., 2003).

**Результаты.** По результатам идентификации 27 выделенных штаммов были отнесены к виду *Enterococcus faecium*, остальные – к виду *Enterococcus faecalis*. Установлено, что гемолитическую активность проявляли (24,0±5,5)% штаммов энтерококков, антагонистическую активность в отношении грамположительных микроорганизмов – (36,0±6,2)%. Ген, кодирующий продукцию желатиназы, был выявлен у (29,0±5,9)% культур. Среди *E. faecalis* в 2-6 раз чаще встречались вирулентные штаммы, чем среди *E. faecium*. Комплекс генов, кодирующих синтез цитолизина, был обнаружен у (12,0±4,2)% штаммов энтерококков (только у *E. faecalis*). У (57,0±18,7)% культур *E. faecium* с высокой антагонистической активностью, не имеющих детерминант вирулентности, выявлены гены, отвечающие за синтез энтероцинов.

**Заключение.** Таким образом, штаммы *E. faecium*, не имеющие вирулентных детерминант и проявляющие антагонистическую активность, можно использовать в качестве компонента пробиотического препарата для коррекции дисбиотических нарушений кишечника.

## 42. Структурно-функциональные и поведенческие характеристики потомства крыс, потреблявших до спаривания алкоголь

Ватаева Л.А., Никитина А.А., Дмитриева Ю.В., Егорова В.В.

Институт физиологии им. И.П. Павлова РАН, Санкт-Петербург, Россия

**Цель исследования:** выявить последствия алкоголизации родителей для функционирования пищеварительных ферментов, а также поведения взрослого потомства.

**Материалы и методы.** Морфометрические показатели, активность пищеварительных ферментов, расщепляющих белки, углеводы и эфиры фосфорной кислоты, в различных отделах тонкой кишки (двенадцатиперстная, тощая, подвздошная), в толстой кишке, печени и почках, а также поведенческие тесты исследовались у взрослых крыс, родители которых до спаривания в течение 2 месяцев потребляли 40% спирт. В качестве контроля использовали такие же крысы, но потреблявшие воду. Поведение взрослых потомков крыс, потреблявших водку до спаривания, проводилось в тестах «открытого» поля (характеристика двигательной активности), вынужденного плавания (тест Порсолта для оценки депрессивноподобного поведения), приподнятого крестообразного лабиринта для оценки тревожного состояния и водного лабиринта Морриса для выявления трудностей в обучении, связанных с нарушениями механизмов рабочей памяти.

**Результаты.** Отмечено значительное увеличение активности мальтазы в тощей и подвздошной кишке, а также в почках, увеличение активности дипептидазы и содержания белка в почках. При расчете на 1 г белка изменения активности пищеварительных ферментов проявились более отчетливо. Потомство крыс, получавших 40% этанол, отличалось гиперактивностью, а также нарушением тормозных функций коры головного мозга.

**Выводы.** Обнаружено, что потребление самцами и самками алкоголя до спаривания вызывает изменение морфометрических показателей, активности пищеварительных ферментов в различных органах и поведенческих реакций у взрослого потомства. Полученные данные следует учитывать лицам, относящимся к группам риска.

## 43. Возможности клинко-лабораторной диагностики гиполактазии

Вахрушева Н.В., Салтыкова Г.Л., Дмитриева Т.Ю., Караева Р.А.

ГКБ № 8, Ижевск, Россия

**Цель работы:** уточнить возможности клинко-лабораторной диагностики гиполактазии.

**Материалы и методы.** В исследование были включены больные, отмечавшие непереносимость молока и кисломолочных продуктов. Обследованы 60 больных в возрасте от 17 до 65 лет. Для верификации гиполактазии проводилась нагрузочная проба с 50 г лактозы, с определением гликемии натощак, через 1 и 2 часа после приема препарата. Для дифференциации первичной (врожденной) непереносимости лактозы от вторичной (приобретенной) проводили тест с D-ксилозой по методике, предложенной Roe и Rice.

**Результаты.** У 5 человек гиполактазии выявлено не было (8%). На основании результатов теста с D-ксилозой у 15 больных (27%) была выявлена первичная гиполактазия, а у 40 – вторичная гиполактазия (73%). При сборе анамнеза предполагалось, что больных с первичной гиполактазией 31%, со вторичной – 69% ( $p>0,05$ ). При исследовании корреляции между приростом гликемии и частотой стула после нагрузочной пробы с лактозой выявлено не было ( $r_1=0,01$  при первичной,  $r_2=0,07$  при вторичной гиполактазии), однако была выявлена связь между степенью нарушения всасывания по данным пробы с D-ксилозой и частотой стула ( $r_1=-0,37$  при первичной,  $r_2=-0,28$  при вторичной гиполактазии).

**Выводы.** Для определения наличия гиполактазии у больного недостаточно сбора анамнеза, необходимо проведение нагрузочной пробы с лактозой. В уточнении вида гиполактазии помогает проба с D-ксилозой. Частота стула в ответ на прием продуктов, содержащих лактозу, в большей мере зависит от степени нарушения всасывания, чем от степени неусвоения лактозы.

## 44. Уровень провоспалительных цитокинов и клинические варианты функциональной диспепсии

Видикер Р.В., Родионова О.Н., Бабаева А.Р.

Волгоградский ГМУ (каф. факультетной терапии), Россия,  
e-mail: rvidiker@rambler.ru

**Цель исследования:** оценить уровень провоспалительных цитокинов ФНО- $\alpha$ , ИЛ-1 $\beta$ , ИЛ-6, ИЛ-8 в крови больных с различными клиническими вариантами функциональной диспепсии (ФД).

**Материалы и методы.** В исследование включены 53 пациента с верифицированным диагнозом ФД. У 21 пациента диагностирована ФД с эпигастральным болевым синдромом (ФД-ЭБС), у 32 пациентов – ФД с постпрандиальным диспептическим синдромом (ФД-ПДС). Контрольную группу составили 45 практически здоровых лиц, сопоставимых по полу и возрасту. Концентрацию цитокинов в сыворотке крови определяли методом иммуноферментного анализа с помощью стандартных тест-систем ООО «Цитокин» и ЗАО «Вектор-Бест» (Санкт-Петербург).

**Результаты.** Средний уровень ФНО- $\alpha$  в группах ФД-ПДС и ФД-ЭБС составил (61,59±11,62) пг/мл и (52,91±14,94) пг/мл против (24,57±3,81) пг/мл в контроле ( $t=3,02$ ,  $p<0,05$  и  $t=1,83$ ,  $p>0,05$  соответственно). Концентрация ИЛ-1 $\beta$  у больных ФД-ПДС (65,41±13,21) пг/мл и у больных ФД-ЭБС (62,52±11,23) пг/мл была достоверно выше, чем в контроле – (30,16±5,42) пг/мл;  $t=2,47$ ,  $p<0,05$  и  $t=2,60$ ,  $p<0,05$  соответственно. Содержание ИЛ-6 в группах ФД-ПДС (15,51±6,42) пг/мл и ФД-ЭБС (12,55±6,05) пг/мл не имело достоверных различий с полученными в контроле значениями – (7,24±1,83) пг/мл;  $t=1,24$ ,  $p>0,05$  и  $t=0,84$ ,  $p>0,05$  соответственно. Уровень ИЛ-8 у больных ФД-ПДС (89,57±28,74) пг/мл оказался достоверно выше не только по сравнению со здоровыми

лицами –  $(18,62 \pm 2,07)$  пг/мл;  $t=6,04$ ,  $p<0,05$ , но и по сравнению с группой ФД-ЭБС –  $(51,63 \pm 17,86)$  пг/мл;  $t=2,46$ ,  $p<0,05$ .

**Выводы.** При обоих вариантах ФД выявлено достоверное повышение уровня ИЛ-1 $\beta$  по сравнению со здоровыми лицами. Наряду с этим при ФД-ПДС имело место повышение ФНО- $\alpha$  и ИЛ-8 по сравнению с контролем и ФД-ЭБС, что свидетельствует о более существенных сдвигах цитокинового статуса при ФД-ПДС.

#### 45. Функциональные заболевания кишечника в структуре патологий органов пищеварения в условиях городской поликлиники

Визе-Хрипунова М.А.

Ульяновский государственный университет, Россия

**Цель исследования:** определить удельный вес функциональных заболеваний кишечника в структуре патологий органов пищеварения в условиях городской поликлиники.

**Материалы и методы.** Проанализированы данные статистических ежегодных отчетов Городской поликлиники № 1 им. С.М. Кирова города Ульяновска за 2005-2009 годы. Она обслуживает население в 37,8 тысяч человек. В среднем за год в поликлинике регистрируется более 200 тысяч посещений. Заболеваемость болезнями органов пищеварения по данным обращаемости составила от 4947 в 2009 г. до 5487 в 2007 г. Частота функциональных заболеваний кишечника по обращаемости в 2005-2009 гг. составила 5,8% от всех обращений с патологией органов пищеварения. Больные синдромом раздраженного кишечника (СРК) составили в разные годы от 39,17% до 83,0% всех посещений с функциональными заболеваниями кишечника (в среднем 63,8%), и 3,7% по отношению ко всем заболеваниям желудочно-кишечного тракта. Проанализировав амбулаторные карты 899 больных с диагнозом СРК, проходивших лечение в 2005-2009 годах, мы отметили, что большинство диагнозов было поставлено терапевтами и гастроэнтерологом (79,32%). Однако в 2005 и 2006 годах была достаточно высокой доля ведения больных и постановки диагноза СРК такими специалистами, как хирург (3,2%) и проктолог (16,5%). Всем пациентам выполнялись необходимые исследования, включая колоноскопию или ирригографию, бактериологическое исследование кала, УЗИ, что позволяло дифференцировать с другими синдромосхожими заболеваниями.

**Выводы.** 1. Функциональные заболевания кишечника в городской поликлинике составляют до 5,8% от всех обращений с патологией органов пищеварения. 2. Больные синдромом раздраженного кишечника составили в среднем 63,8% всех посещений с функциональными заболеваниями кишечника.

#### 46. Показатели окислительного стресса и оксида азота у больных хроническим панкреатитом при обострении заболевания

Винокурова Л.В., Березина О.И., Дроздов В.Н., Нилова Т.В., Петраков А.В.

ЦНИИ гастроэнтерологии, Москва, Россия

**Цель исследования:** сопоставление уровня оксида азота с клинико-лабораторными критериями обострения хронического (ХП) и показателями окислительного стресса при ХП.

**Материалы и методы исследования.** Обследованы 129 больных ХП (мужчин 96, женщин 33), средний возраст  $(46,9 \pm 9,2)$  года. В крови определяли метаболиты оксида азота (НО), общую антиоксидантную активность (ААО), а также уровень малонового диальдегида (МДА).

**Результаты исследования.** При сопоставлении уровня НО и интенсивности болевого синдрома было установлено достоверное повышение уровня НО при усилении интенсивности боли, а также получена прямая корреляционная зависимость между этими критериями ( $r=0,69$ ,  $p=0,01$ ). Выявлено достоверное повышение уровня НО при увеличении размеров головки ПЖ, связанном с воспалением (размеры головки ПЖ уменьшались на фоне проведения терапии), и получена прямая корреляционная зависимость между этими критериями ( $r=0,59$ ,  $p=0,04$ ). В качестве диагностического уровня НО для выявления обострения ХП пред-

лагается его повышение выше 120 мкмоль/л. Ориентируясь на данные значения НО, рассчитана его диагностическая значимость. При болевом синдроме выше 5 баллов – чувствительность НО 97%, а специфичность – 57%. При увеличении головки ПЖ более 31 мм чувствительность НО 42%, а специфичность – 62%. Уровень ААО при обострении ХП не отличается от контроля. Значение МДА составило  $(18,9 \pm 1,3)$  нмоль/мл, что выше контроля ( $t=2,58$ ,  $p=0,012$ ) и свидетельствует об активизации ПОЛ. Получена обратная корреляционная взаимосвязь между показателями ААО и МДА ( $r=-0,54$ ,  $p=0,001$ ). Выявлено достоверное повышение уровня МДА при усилении интенсивности болевого синдрома и получена прямая корреляционная зависимость между этими критериями ( $r=0,30$ ,  $p=0,03$ ). Выявлена корреляционная зависимость между МДА и НО ( $r=0,63$ ,  $p=0,01$ ).

**Заключение.** Результаты определения уровня НО могут быть использованы в качестве дополнительного критерия обострения ХП. У больных ХП усилены процессы ПОЛ, о чем свидетельствует повышение МДА у больных с высоким уровнем НО в крови. Усиление ПОЛ может явиться дополнительным патофизиологическим фактором, усиливающим повреждение поджелудочной железы.

#### 47. Особенности биоэлементного статуса при желчнокаменной болезни

Власенко М.А.<sup>1</sup>, Ушал И.Э.<sup>1</sup>, Яковлева М.В.<sup>1</sup>, Шантырь И.И.<sup>1</sup>, Коровяев В.М.<sup>2</sup>

Всероссийский центр экстренной и радиационной медицины им. А.М. Никифорова МЧС России, Центр безоперационного растворения желчных и мочевых камней, ООО «Фитосорб», Санкт-Петербург, Россия

**Цель исследования:** выявить возможные особенности биоэлементного статуса организма при желчнокаменной болезни.

**Материалы и методы:** 30 человек – мужчины старшей возрастной группы (средний возраст  $(54,6 \pm 6,5)$  года), страдающие желчнокаменной болезнью (ЖКБ); в качестве группы сравнения 30 человек репрезентативного возраста со сходными патологиями без диагноза ЖКБ. Диагноз ЖКБ верифицирован на основании УЗИ брюшной полости. Определение 30 биоэлементов проводили в пробах волос методом масс-спектрометрии с индуктивно связанной плазмой. Результаты исследований обрабатывали с помощью статистических программ, определяли медиану, достоверность различий оценивали с помощью критерия Манна-Уитни ( $p<0,05$ ).

**Результаты исследования.** В группе обследованных с заболеванием ЖКБ выявлено достоверное повышение содержания марганца, фосфора, хрома, цинка, ванадия и йода по сравнению с группой сравнения (табл.).

Полученные данные подтверждают, что у лиц с заболеваниями ЖКБ происходит нарушение обмена биоэлементов.

Цинк, марганец и хром необходимы для обеспечения нормально-го функционирования желчного пузыря. Они участвуют в нормализации кислотно-щелочного баланса в организме, регулируют уровень холестерина в крови и необходимы для белкового и энергетического обмена.

Полученные данные свидетельствуют о необходимости определения у лиц, страдающих ЖКБ, указанного спектра биоэлементов с целью их коррекции, облегчения течения заболевания и вторичной профилактики.

Таблица. Значение медианы (Me) у группы обследованных с ЖКБ и группы сравнения.

| Биоэлементы | Me группы с заболеванием ЖКБ (мкг/г) | Me группы сравнения (мкг/г) |
|-------------|--------------------------------------|-----------------------------|
| Алюминий    | 21,80                                | 18,63                       |
| Барий       | 0,62                                 | 0,41                        |
| Бор         | 2,40                                 | 1,93                        |
| Ванадий     | 0,14*                                | 0,09*                       |
| Железо      | 22,00                                | 18,00                       |
| Йод         | 0,05*                                | 0,14*                       |
| Кадмий      | 0,05                                 | 0,05                        |

|          |        |         |
|----------|--------|---------|
| Калий    | 145,2  | 181,5   |
| Кальций  | 251,1  | 195,1   |
| Кобальт  | 0,02   | 0,02    |
| Магний   | 22,82  | 14,6500 |
| Марганец | 0,61*  | 0,26*   |
| Медь     | 5,60   | 3,90    |
| Мышьяк   | 0,05   | 0       |
| Натрий   | 193,1  | 201,5   |
| Никель   | 0,34   | 0,41    |
| Ртуть    | 0,08   | 0,07    |
| Рубидий  | 0,06   | 0,06    |
| Свинец   | 1,03   | 0,84    |
| Селен    | 0,38   | 0,21    |
| Серебро  | 0,03   | 0,02    |
| Стронций | 0,65   | 0,4070  |
| Таллий   | 0      | 0       |
| Фосфор   | 97,56* | 60,45*  |
| Хром     | 0,27*  | 0,16*   |
| Цинк     | 48,70* | 41,63*  |

\*Выявленные с помощью критерия Манна-Уитни достоверные различия ( $p < 0,05$ ).

#### 48. Значение знания особенностей течения пептической язвы (ПЯ) у больных ишемической болезнью сердца (ИБС) в работе врача общей практики/семейного врача

Вовк К.В., Сокруто О.В., Николенко Е.Я., Савченко В.М., Летик И.В.<sup>1</sup>

Харьковский национальный университет им. В.Н. Карзина, медицинский факультет; <sup>1</sup>Харьковский национальный медицинский университет, Украина

**Цель исследования:** определение особенностей течения сопутствующей ПЯ у больных ИБС.

**Материал и методы:** 114 больных ИБС в возрасте 30-65 лет (средний возраст  $47,4 \pm 4,9$  года) с длительностью заболевания  $(3,2 \pm 1,8)$  года, у 38 (33,3%) из которых при проведении ФГДС выявлена ПЯ. Также проводилась биопсия слизистой желудка (СОЖ) с последующим гистологическим исследованием, определение антител к НР и уровня активности системы ПОЛ-АОЗ. Контроль – 20 практически здоровых лиц.

**Результаты.** Клиника ПЯ у обследованных больных отличалась от типичной без сопутствующей ИБС: абдоминальная боль не была интенсивной, отсутствовала четкая связь ее с приемом пищи. Из диспептических явлений преобладали вздутие живота (34% больных), метеоризм и диарея (27%), запоры (42%). При ФГДС язвы чаще локализовались в желудке (46,7%), в основном на малой кривизне (31,4%), реже в пилорическом отделе (15,3%). Язвы в 3,5 раза чаще выявлялись у мужчин (72%). В сыворотке крови у 36,8% больных выявлены IgG к НР. Гистологически преобладали дистрофические изменения как в СОЖ, так и в подлежащей ткани собственной пластинки. Показатели системы ПОЛ-АОЗ крови свидетельствовали о синдроме оксидативного стресса: увеличение МДА в сыворотке крови, мембранах эритроцитов ( $p < 0,01$ ); снижение уровня каталазы в сыворотке крови ( $p < 0,01$ ).

**Выводы.** Таким образом, у больных ИБС клиника ПЯ имеет атипичное течение, основную роль в ее возникновении играет нарушение кислотообразующей функции желудка, обсеменение НР, снижение скорости кровотока в СОЖ, развитие оксидативного стресса. Указанные данные необходимо учитывать при лечении данной патологии.

#### 49. Методика синхронной рН-метрии, гастроэнтерографии и кардиоинтервалографии в диагностике различных вариантов моторной и секреторной дисфункции верхних отделов ЖКТ

Вологжанина Л.Г., Владимирский Е.В., Шавшукова А.А.  
Пермская ГМА им. акад. Е.А. Вагнера, Россия,  
e-mail: Ludovica@mail.ru

**Цель исследования:** разработать систему синхронного мониторинга и корреляционного анализа моторно-эвакуаторной функции (МЭФ) верхних отделов ЖКТ, секреторной функции желудка и состояния ВНС с помощью вейвлет-алгоритмов кросс-корреляционной обработки данных.

**Материалы и методы.** С помощью системы одновременной регистрации динамики рН, показателей электрогастрограммы и КИГ при проведении нагрузочных проб (ортостатической, с пищевой нагрузкой и пробы с прокинетиком – ганатоном) изучено состояние секреции желудка, МЭФ, ВНС у 60 больных с гастроэзофагеальным рефлюксом (ГЭР). Для спектрального анализа полученных регистрируемых кривых разработаны программы вейвлет-анализа.

**Результаты.** В результате вейвлет-анализа уровня рН пищевода и желудка, а также электрической активности желудка и ДПК у больных с ГЭРБ отмечено нарастание частотных спектров рН желудка и пищевода, а также энергии МЭФ желудка в ответ на изменение положения тела и прием пищи. В нагрузочной пробе с пищевой нагрузкой определяется явная тенденция к усилению корреляции между секреторной реакцией и моторной активностью верхних отделов ЖКТ на прием пищи. В пробе с прокинетиком ганатоном отмечено достоверное нарастание моторной активности ДПК и некоторый рост энергии сокращения желудка, при этом четко прослеживается снижение спектра колебаний рН в пищеводе и антральном отделе желудка, что может указывать на ликвидацию ретроградных сокращений желудка и ДПК и предотвращение ГЭР. Кроме того, была выявлена умеренная корреляция между спектром интрагастральной кислотности и волнами очень медленного периода ( $r=0,51$ ), отражающими активацию церебральных эрготропных влияний.

**Выводы.** Таким образом, благодаря предложенной системе можно определять варианты нарушения моторной и секреторной функции пищевода, желудка и ДПК при различных заболеваниях этой зоны, подбирать патогенетически обоснованное лечение, корректирующее не только местный, но и центральный уровень регуляции заинтересованных систем.

#### 50. Частота антибиотик-ассоциированных поражений кишечника в гастроэнтерологическом стационаре

Волчкова Е.В., Белоусова Е.А., Русанова Е.В., Подлесских М.Н.

МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского, Москва, Россия

Антибактериальные препараты в 5% случаев вызывают антибиотик-ассоциированную диарею (ААД) или псевдомембранозный колит (ПК), обусловленные анаэробным микроорганизмом *Clostridium difficile*.

**Цель исследования:** уточнить частоту антибиотик-ассоциированных поражений кишечника (ААПК) в гастроэнтерологическом стационаре.

**Материалы и методы.** Определяли токсины А и В *Cl. difficile* в кале методом ИФА у 106 стационарных больных с диареей. Обследованы пациенты с болезнью Крона (БК), язвенным колитом (ЯК), хроническим панкреатитом (ХП), поступившие с диарейным синдромом, и больные с диареей, появившейся в процессе стационарного лечения. Всем больным выполнена колоноскопия. При обнаружении токсинов проводилось этиотропное лечение ванкомицином (2 г/сут перорально 7-10 дней) и энтеролом 2 к.×3 раза в день.

**Результаты.** Токсины *Cl. difficile* выявлены у 34 пациентов (32%): БК – 3 случая, ЯК – 22, ХП – 7, рак толстой кишки – 2. Все пациенты получали антибиотики либо по поводу основного заболевания (ЯК, БК), либо в связи с обострением сопутствующей патологии. Эндоскопических признаков ПК не было



выявлено ни в одном случае. У всех больных после курса ванкомицина диарея исчезла или значительно уменьшилась по интенсивности, в том числе при ЯК и БК со смешанным механизмом диарейного синдрома.

**Выводы.** У больных гастроэнтерологического стационара отмечена высокая частота диареи, ассоциированной с *Cl. difficile*, что, как правило, не учитывается при обследовании пациентов, имеющих патогенетические механизмы для развития диареи при основном заболевании. Преобладающее число случаев ААПК отмечено у пациентов с ВЗК. Включение в алгоритм обследования больных с диареей исследования кала на токсины *Cl. difficile* должно быть обязательным независимо от основного диагноза.

#### 51. Корреляционная связь экспрессии коллагена IV типа в слизистой оболочке тонкой кишки и концентрации его в крови при целиакии

Воробьева Н.Н., Гудкова Р.Б.

ЦНИИ гастроэнтерологии, Москва, Россия

**Цель исследования:** оценить экспрессию коллагена IV типа в слизистой оболочке тонкой кишки (СОТК) и уровень его в плазме крови при целиакии (Ц).

**Материалы и методы.** Проведено иммуногистохимическое (ИГХ) исследование биоптатов СОТК от 20 больных Ц (18-45 лет) и 10 здоровых лиц с использованием моноклональных антител к коллагену IV типа (RTU) LabVision. Для детекции и визуализации реакции использовались система UltraVision LP Value HRP Polymer и DAB+ (LabVision). Исследование уровня коллагена IV типа в плазме крови проводили с помощью иммуноферментного анализа (BCM Diagnostics, USA).

**Результаты.** При морфологическом исследовании биоптатов СОТК у всех исследуемых больных наблюдалась тотальная атрофия СОТК (III стадия по Маршу). В СОТК нормального строения при ИГХ исследовании отмечалась равномерная, непрерывная, интенсивная экспрессия коллагена IV типа (3 балла) в базальных мембранах эпителия ворсин и крипт. При тотальной атрофии СОТК наблюдалась прерывистая, слабая реакция в базальной мембране поверхностного эпителия и эпителия крипт и повышение экспрессии данного антигена в строме в виде беспорядочно расположенных коричневых тонких полосок и глыбок (1,2 балла). Содержание молекулярного коллагена IV в крови у исследуемых больных составило  $(372,2 \pm 23,6)$  нг/мл (в контроле  $(63,5 \pm 12,4)$  нг/мл). Наблюдалась достоверная средняя положительная корреляция ( $r=0,48$ ,  $p<0,05$ ) между экспрессией коллагена IV типа в СОТК и концентрацией его в крови.

**Выводы.** При Ц выявлено изменение экспрессии коллагена IV типа в СОТК, что приводит к нарушению целостности базальных мембран и процессов гистогенеза. Увеличение степени нарушения экспрессии коллагена IV типа в СОТК сопровождается увеличением концентрации этого коллагена в крови.

## Г

#### 52. Иммунореактивность карцином желудка к цитокератину 7 и 20

Гаганов Л.Е.

МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского, Москва, Россия

**Цель исследования:** изучить иммунореактивность к цитокератинам 7 и 20 в карциномах желудка, различающихся по профилю экспрессируемых муцинов (1, 5AC, 6, 2 типов).

**Материалы и методы:** операционный материал 55 гастрэктомий. Возраст оперированных 27-75 лет, мужчин 30, женщин 25. Иммуногистохимическое (ИГХ) исследование проводилось ПАП-методом на парафиновых срезах по стандартному протоколу. Экспрессию цитокератинов (СК) оценивали как число позитивно окрашенных клеток на 100 учтенных в репрезентативных полях зрения при увеличении 400, выраженное в процентах. ИГХ реакцию считали положительной при окрашивании более 5% клеток. В соответствии с экспрессией в них муцина (MUC) 1, 2, 5A и 6 типов выделили 4 фенотипических варианта карцином – «желудочный», «кишечный», «смешанный», «неклассифицируемый». К «желудочному» типу относили карциномы с изолированной или сочетанной экспрессией MUC 1, 5AC, 6 ( $n=41$ ); к «кишечному» – MUC 2 ( $n=1$ ); «смешанному» – всех типов MUC ( $n=12$ ); к «неклассифицируемому» – при отсутствии экспрессии муцинов ( $n=1$ ). Иммунореактивность к СК оценивали так: окрашено 5-25% клеток – слабая иммунореактивность, 26-50% – умеренная, более 50% – высокая.

**Результаты.** В карциномах с «желудочным» фенотипом СК7 экспрессировали в среднем 67% клеток, СК20 – 50%; в карциномах со «смешанным» – СК7 – 61% клеток, СК20 – 42%. В карциномах с «кишечным» и «неклассифицируемым» фенотипами, экспрессирующих только СК20, иммунореактивными оказались в среднем 48% и 15% клеток соответственно.

**Выводы.** В карциномах с «желудочным» и «смешанным» фенотипами выявлена высокая и умеренная иммунореактивность к цитокератинам 7 и 20. Различия в иммунореактивности между «желудочным» и «смешанным» фенотипами минимальны ( $p=0,5$ ). Карциномы с «кишечным» и «неклассифицируемым» фенотипами имели умеренную и слабую иммунореактивность к единственному экспрессируемому цитокератину 20.

#### 53. Сочетанная продукция муцинов карциномами желудка

Гаганов Л.Е.

МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского, Москва, Россия

**Цель исследования:** изучить иммуногистохимическую экспрессию муцинов 1, 5AC, 6 и 2 типов в карциномах желудка.

**Материалы и методы:** операционный материал 55 гастрэктомий. Возраст пациентов 27-75 лет, соотношение мужчин и женщин 30/25. ИГХ исследование проводилось ПАП-методом на парафиновых срезах по стандартному протоколу. Экспрессию муцинов (MUC) оценивали как число позитивно окрашенных клеток на 100 учтенных в репрезентативных полях зрения при увеличении 400, выраженное в процентах. Реакцию считали положительной при окрашивании более 5% опухолевых клеток. Статистический анализ проведен в программе «SigmaPlot11.0» путем вычисления  $\chi^2$ . Результаты считали значимыми при  $p<0,05$ .

**Результаты.** Изолированная экспрессия одного типа муцина отмечена в 25 (45,5%) карциномах. Экспрессия MUC1 выявлена в 19 опухолях; MUC5AC – в 5; MUC2 – в 1. Экспрессия 2 типов муцина обнаружена в 14 (25,5%) карциномах в 4 сочетаниях: MUC1/MUC6 в 6 опухолях; MUC1/MUC5AC – в 2; MUC5AC/MUC6 – в 1 карциноме; MUC1/MUC2 – в 5. Экспрессия 3 типов муцина выявлена в 10 (18%) карциномах в следующих сочетаниях: MUC1/MUC5AC/MUC6 в 8 опухолях; MUC1/MUC5AC/MUC2 и MUC5AC/MUC6/MUC2 – по 1 случаю. Экспрессия 4 типов муцина обнаружена в 5 (9%) карциномах. В 1 (2%) карциноме экспрессия муцина отсутствовала.

**Выводы.** Функциональная активность опухолевых клеток по продукции муцинов в карциномах желудка неоднородна. Чаще наблюдалась экспрессия одного типа муцина или двух одновременно, сочетанная экспрессия 3 или 4 типов муцина встречалась реже ( $p < 0,06$ ).

#### 54. Иммунофенотипические варианты карцином желудка

Гаганов Л.Е., Гуревич Л.Е., Корсакова Н.А.  
МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского, Москва, Россия

**Цель исследования:** выделить иммунофенотипические варианты карцином желудка в зависимости от иммуногистохимической экспрессии муцинов 1, 5AC, 6, 2 типов.

**Материалы и методы:** операционный материал 55 гастрэктомий. Возраст оперированных 27-75 лет, мужчин 30, женщин 25. Иммуногистохимическое (ИГХ) исследование проводилось ПАП-методом на парафиновых срезах по стандартному протоколу. Экспрессию муцинов (MUC) оценивали как число позитивно окрашенных клеток на 100 учтенных в репрезентативных полях зрения при увеличении 400, выраженное в процентах. ИГХ реакцию считали положительной при окрашивании более 5% клеток. Выделены 4 иммунофенотипа, обозначенных как «желудочный», «кишечный», «смешанный», «неклассифицируемый». К желудочному относили карциномы с изолированной или сочетанной экспрессией MUC1, 5AC, 6; к кишечному – MUC2; смешанному – всех типов MUC; неклассифицируемому – при отсутствии экспрессии муцинов.

**Результаты.** Экспрессия MUC, соответствующая желудочному иммунофенотипу, наблюдалась в 74% карцином (в кардиальном отделе и зоне I по 6 наблюдений, в фундальном – 7, в зоне II – 9, в антральном – 13); кишечному – в 2% (1 опухоль антрального отдела); смешанному – в 22% (в кардиальном отделе 5, в зоне I – 2, в фундальном и зоне II – по 1, в антральном – 3). К неклассифицируемому отнесено 2% карцином (1 опухоль фундального отдела).

**Выводы.** Карциномы желудка по набору экспрессируемых муцинов неоднородны. Чаще встречались карциномы с желудочным и смешанным иммунофенотипом (74% и 22% наблюдений), реже – с кишечным и неклассифицируемым (по 2%) ( $p < 0,001$ ). Различия в частоте экспрессируемых иммунофенотипов карцином между разными анатомическими отделами были незначительными ( $p = 0,4$ ).

#### 55. Экспрессия цитокератинов 7 и 20 в вариантах карцином желудка

Гаганов Л.Е., Гуревич Л.Е., Корсакова Н.А.  
МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского, Москва, Россия

**Цель исследования:** изучить особенности иммуногистохимической экспрессии цитокератинов 7 и 20 в вариантах карцином желудка, различающихся по профилю экспрессируемых муцинов (1, 5AC, 6, 2 типов).

**Материалы и методы:** операционный материал 55 гастрэктомий. Возраст оперированных 27-75 лет, мужчин 30, женщин 25. Иммуногистохимическое (ИГХ) исследование проводилось ПАП-методом на парафиновых срезах по стандартному протоколу. Экспрессию цитокератинов (СК) оценивали как число позитивно окрашенных клеток на 100 учтенных в репрезентативных полях зрения при увеличении 400, выраженное в процентах. ИГХ реакцию считали положительной при окрашивании более 5% клеток. В соответствии с экспрессией муцинов (MUC) ранее выделили 4 иммунофенотипических варианта карцином – «желудочный», «кишечный», «смешанный», «неклассифицируемый». К желудочному относили карциномы с изолированной или сочетанной экспрессией MUC1, 5AC, 6 ( $n=41$ ); к кишечному – MUC2 ( $n=1$ ); смешанному – всех типов MUC ( $n=12$ ); к неклассифицируемому – при отсутствии экспрессии муцинов ( $n=1$ ).

**Результаты.** В карциномах с желудочным иммунофенотипом экспрессия СК7 наблюдалась в 39% наблюдений (16 случаев), СК20 – в 12% (5), сочетанная экспрессия СК7 и СК20 отмечена в 37% (15), экспрессия СК отсутствовала в 12% (5) опухолей. В

карциномах со смешанным иммунофенотипом экспрессия СК7 наблюдалась в 33% наблюдений (4), СК20 – в 17% (2), сочетанная экспрессия СК7 и СК20 – в 42% (5), отсутствовала – в 8% (1) опухолей. Карциномы с кишечным и неклассифицируемым иммунофенотипом экспрессировали только СК20.

**Выводы.** Не было выявлено существенных различий по экспрессии цитокератинов 7 и 20 между карциномами желудка «желудочного» и «смешанного» типов ( $p=0,9$ ). В карциномах «кишечного» и «неклассифицируемого» типа отмечалась экспрессия только цитокератина 20.

#### 56. Новые отечественные разработки в области питания больных целиакией и людей с непереносимостью коровьего молока

Гапонова Л.В., Полежаева Т.А., Матвеева Г.А.,  
Кузьмин А.Л.  
Всероссийский научно-исследовательский институт жиров,  
Санкт-Петербург, Россия

**Цель исследования:** разработать рецептуры и технологии широкого спектра продуктов на соевой и злаковой основе и изучить возможность использования в питании людей с непереносимостью глютена и компонентов коровьего молока.

**Материалы и методы, результаты.** Отделом детского и лечебно-профилактического питания ВНИИЖ разработана технология получения эмульсий на основе белкового и злакового растительного сырья и орехов (соя, кедр, рис, пшено и др.). Суть технологии – получение белково-липидных сбалансированных композиций и нерастворимого остатка за счет тепловой обработки, измельчения и экстрагирования сырья с последующим его разделением на жидкую и твердую фазу путем обработки на высокоскоростной центрифуге. Разработаны такие продукты, как соевая эмульсия (соевая основа), комбинированные соево-злаковая (соево-рисовая, соево-кукурузная, соево-рисово-кукурузная и т.д.) и соево-кедровая эмульсии, а также сухие и густенные концентраты. Все они могут либо использоваться непосредственно в питании в качестве заменителей коровьего молока, либо служат сырьем для выработки широкого спектра безглютеновых безлактозных продуктов (ферментированные напитки и йогурты, в том числе с натуральными плодово-ягодными наполнителями и пищевыми волокнами; белковые продукты типа творога и десерты на их основе; майонезные соусы и т.д.). Стимулирующее влияние соевых олигосахаридов позволяет получить ферментированные продукты с высоким титром жизнеспособных бифидобактерий (до  $4 \cdot 10^9$  клеток/1 см<sup>3</sup>). Соевая основа и продукты на ее основе прошли многочисленную клиническую апробацию и рекомендованы в диетотерапии больных с непереносимостью компонентов коровьего молока и с заболеваниями желудочно-кишечного тракта.

#### 57. Девиации личности при синдроме раздраженного кишечника

Гатаулина О.В., Белова И.И., Демина Е.И., Серякова М.Л.  
Алтайский ГМУ, Барнаул, Россия

**Цель исследования:** выявить соматопсихические соотношения в клинической картине синдрома раздраженного кишечника (СРК) в разных возрастных группах.

Для достижения этой цели была определена задача: изучение психологического статуса больных СРК с использованием опросника К. Леонгарда.

**Материалы и методы.** Исследование проводилось 109 пациентам с СРК, из них 69 в возрасте до 50 лет и 40 в возрасте старше 51 года.

Средний возраст в первой группе составил ( $33,95 \pm 1,69$ ) года, средняя длительность заболевания – ( $10,9 \pm 1,4$ ) года; средний возраст во второй группе составил ( $61,65 \pm 1,52$ ) года, средняя длительность заболевания – ( $23,2 \pm 2,4$ ) года.

**Результаты.** Тщательный анализ соматического состояния, прежде всего, свидетельствовал, что актуальное состояние больного с интенсивными расстройствами, болевыми ощущениями не соответствовало тяжести выявляемой соматической патологии, что

соотносилось с выявленными особенностями личностного склада больных.

У обследованных наиболее часто встречалась акцентуация характера в форме эмотивных, циклоидных, демонстративных и ригидных девиаций по К. Леонгарду. Для эмотивных личностей была характерна особая чувствительность и глубина в области тонких эмоций, мягкосердечность, впечатлительность. Циклоидные личности отличались неустойчивым настроением, склонностью к депрессивным реакциям. Они были синтоны, общительны, энергичны. Демонстративные личности отличались склонностью к преувеличениям, драматизации имеющихся проблем. У них выявлялись повышенная внушаемость, фиксация на болезненных ощущениях, демонстративное поведение, ипохондричность, тенденции «бегства в болезнь». Личностные особенности ригидных проявлялись бескомпромиссностью, упрямством, склонностью к ретенции отрицательно окрашенных переживаний.

В группе больных с СРК в возрасте до 50 лет лиц с эмотивной акцентуацией личности было 40 (59%), с циклоидной – 14 (20%), демонстративные личности – 10 (14%), ригидные – 5 (7%). В группе больных в возрасте старше 51 года лиц с эмотивной акцентуацией личности было 23 (58%), циклоидной – 9 (21%), демонстративные личности – 3 (8%), ригидные – 5 (13%). В обеих группах ни одна девиация личности не была ярко выражена (максимальное выражение девиации личности – 24 балла). В первой группе эмотивная девиация личности была 20 баллов, циклоидная – 18, демонстративная – 19, ригидная – 14. Во второй группе эмотивная девиация личности была 20 баллов, циклоидная – 18, демонстративная – 15, ригидная – 19. Таким образом, уровень акцентуированного выражения личности в обеих группах у лиц с эмотивной акцентуацией личности и циклоидной был практически одинаков, повышение уровня психической ригидности у пациентов старше 51 года обусловлено снижением психической гибкости в связи с возрастной динамикой.

#### 58. Определение критериев оценки деятельности научных сотрудников

Гвоздев Н.Н., Бабякин А.Ф.

Пятигорский ГНИИК ФМБА России, Россия,  
e-mail: orgotdel@gniik.ru

Согласно Постановлению Правительства РФ от 05.08.2008 № 583 «Об установлении систем оплаты труда работников федеральных бюджетных учреждений и выплат стимулирующего характера» и Приказа Федерального медико-биологического агентства от 24 сентября 2008 г. № 324 «О Методических рекомендациях по определению величины размера выплат стимулирующего характера при переходе на новые системы оплаты труда работников федеральных бюджетных учреждений здравоохранения и социальной защиты ФМБА России» экономической службой Пятигорского государственного НИИ курортологии ФМБА России были разработаны критерии оценки деятельности научных сотрудников с целью повышения качественного выполнения программы НИР, а также качества оказываемой санаторно-курортной помощи контингентам, подлежащим обслуживанию ФМБА России.

Были определены следующие критерии:

1. За качество выполняемых работ:
  - руководство НИР, разработкой медицинских технологий, изобретений;
  - обеспечение качественного выполнения программы НИР подразделения;
  - подготовка специалистов с учеными степенями (к.м.н., д.м.н., к.х.н., к.б.н. и др.), работа с клиническими ординаторами, научные публикации в журналах, рецензируемых ВАК РФ, ведомственных журналах, научных сборниках; издание монографий, учебных пособий и др., участие в конференциях и научных школах;
  - внедрение новых методов и методик диагностики и лечения, программ обучения;
  - отсутствие фактов нарушения исполнительской дисциплины, невыполнения целевых показателей деятельности подразделения.
2. За интенсивность и высокие результаты труда:

- способность в короткие сроки справиться с большим объемом работы;
- эффективное управление подчиненными в подразделении;
- аналитическая, прогнозная и иная интеллектуальная работа;
- применение достижений науки и техники;
- оперативное выполнение особых поручений вышестоящих руководителей.

Данные критерии ранжируются в баллах. При невыполнении в полном объеме заданий количество баллов снижается на установленный процент.

Таким образом, разработанные критерии оценки деятельности научных сотрудников института позволяют повысить эффективность бюджетных расходов на здравоохранение и науку, улучшить уровень материальной обеспеченности работников научных подразделений в системе ФМБА России.

#### 59. Клиника и диагностика дискинезий двенадцатиперстной кишки

Голованова Е.С., Высокова О.Л., Туренко И.В.

Пермская ГМА им. акад. Е.А. Вагнера, Россия,  
e-mail: evgolovanova@list.ru

**Цель исследования:** оценить клинику дискинезий двенадцатиперстной кишки и возможности УЗИ желудка и двенадцатиперстной кишки (ДПК), а также модифицированной нами рентгенологической методики в диагностике дискинезий ДПК у больных с патологией ДПК и сопряженных с ней органов.

**Материал и методы.** Обследованы 150 больных. Помимо общепринятого клинического обследования оценивались показатели УЗИ желудка и ДПК, а также параметры рентгеносимеотики моторных нарушений ДПК, выявляемых модифицированной нами методикой (Патент, 2005 г.). Определялись скорость и характер продвижения сульфата бария по пищеводу, желудку и ДПК, структурно-функциональное состояние 8 сфинктеров: нижнего пищевода (НПС), пилорического, бульбодуоденального (БДС), супра- (СПС), пре- (ППС), инфрапиллярных (ИПС), дуоденоюнонального перехода (ДЕПС) и Окснера. Выявлялись соответствующие сфинктерам рефлюксы, кратность их в минуту и продолжительность. Характеризовались временные показатели спазмов сфинктеров и межсфинктерных участков ДПК. Локализация болевого синдрома, выраженность его (95%) и симптомов желудочной (62%), а также кишечной (43%) диспепсии зависит от характера патологии ДПК и органов, сопряженных с ней. Исходно рентгенологические признаки функциональных нарушений ДПК наблюдаются у всех обследованных: гипертонорно-гипертонические дискинезии у 91 человека (60%) и смешанного (гипертонорно-гипотонического, гипотонорно-гипертонического) типа – у 59 человек (40%), а также имеют место рефлюксы разных частей ДПК (75%). Сочетание ДГР, ДДР и БГР рефлюксов встречается в 2 раза чаще, чем ДГР и ГЭР. Сочетанные еюнодуоденальный (ЕДР) и еюнональный (ЕЕР) рефлюксы констатируются у половины больных с патологией ГДБПЗ. Рефлюксы во всех случаях сочетаются с преходящим спазмом сфинктерных зон нижележащих отделов и/или сопровождаются антиперистальтикой, что подтверждается задержкой эвакуации и «маятникообразным» движением бариевой взвеси в вышележащих отделах ЖКТ, данными УЗИ желудка и ДПК.

#### 60. Оценка возможности медикаментозной коррекции дискинезий двенадцатиперстной кишки

Голованова Е.С., Высокова О.Л., Туренко И.В.

Пермская ГМА им. акад. Е.А. Вагнера, Россия,  
e-mail: evgolovanova@list.ru

**Цель исследования:** оценить возможности медикаментозной коррекции дискинезий двенадцатиперстной кишки (ДПК) у больных с патологией ДПК и сопряженных с ней органов.

**Материал и методы.** Обследованы 150 больных. Помимо общепринятого клинического обследования оценивались показатели УЗИ желудка и ДПК, рентгеносимеотика моторных нарушений ДПК, выявляемых модифицированной нами методикой (Патент, 2005 г.). Определялось структурно-функциональное состояние 8

сфинктеров: нижнего пищеводного (НПС), пилорического, бульбодуоденального (БДС), супра- (СПС), пре- (ППС), инфрапиллярных (ИПС), дуоденоюанального перехода (СДЕП) и Окснера; наличие соответствующих сфинктерам рефлюксов, кратность их в минуту и продолжительность. Изменение характера дискинезий ДПК оценивалось до и через 30 минут после однократного приема внутрь бускопана (30 больных) в дозе 20 мг или 0,1% раствора атропина сульфата в дозе 1,0 мл (60 больных) или гастропепина в дозе 50 мг (60 больных). Бускопан лучше, чем атропин или гастропепин, устраняет дискинезии ДПК смешанного типа ( $p < 0,01$ ). Гастропепин эффективнее бускопана и атропина в коррекции гипермоторно-гипертонических дискинезий ДПК ( $p < 0,05$ ). Все препараты способствуют ликвидации изолированных и сочетанных рефлюксов у (56-83%) пациентов. Однако рефлюксы существенно чаще исчезают только после приема бускопана ( $p < 0,05$ ). Курсовой прием внутрь бускопана по 10 мг 3 раза в день или атропина по 0,5-0,7 мл 2 раза в день или гастропепина по 25 мг 2 раза в день в течение 6-8 недель помимо быстрого устранения болевого синдрома к 7-10 дню у 92% больных, способствует исчезновению или уменьшению симптомов желудочной и кишечной диспепсии к 15-20 дню, ликвидации моторно-тонических нарушений ДПК, а также рефлюксов желудка и ДПК у 75% больных.

- 61. Физиолого-гигиеническая оценка возможности применения питательных смесей для реабилитации военнослужащих, страдающих гипотрофией**  
Голощапов О.Д., Хорошилов И.Е., Аксенова В.П.  
Военно-медицинская академия, Санкт-Петербург, Россия

**Цель исследования:** изучение возможности использования сухих питательных смесей для искусственного (энтерального) питания с целью реабилитации тяжелооболных военнослужащих с гипотрофией.

**Материалы и методы.** Объектом исследования являлись 58 военнослужащих срочной службы с гипотрофией 1 и 2 степени. На основании комплекса соматометрических (антропометрических), клинических, лабораторных и функциональных методов исследования изучалась сравнительная эффективность традиционной диеты и различных питательных смесей при стационарной реабилитации военнослужащих с гипотрофией. В настоящем исследовании нами проводилась оценка питательных смесей, зарегистрированных в России.

«Супро плюс 2640» (производство компании «Protein Technologies International», США, Бельгия) – сбалансированная питательная смесь на основе соевого белка, обогащенная макро- и микроэлементами, витаминами.

«Супро 760» (производство компании «Protein Technologies International», США, Бельгия) – белковый модуль на основе изолята. «Пилтти» (Финляндия) – питательная смесь для детей раннего возраста на основе молочного белка, обогащенная макро- и микроэлементами, витаминами.

«Соево-молочный концентрат» (Россия) – белково-углеводная (модульная) питательная смесь на основе изолята соевого белка. В результате исследований установлено, что использование питательных смесей позволяет увеличить квоту поступающего с пищей белка, что приводит к достоверно более высокому (в 1,5-2 раза) увеличению массы тела за счет ее активного, мышечного компонента, а также к более значимому (на 6-12%) повышению физической работоспособности военнослужащих к концу реабилитации.

**Выводы.** В работе на современном уровне изложены диагностика и лечение недостаточности питания у больных, основополагающие принципы расчета потребностей организма в нутриентах и методика проведения нутриционной поддержки пациентов.

- 62. Клинические особенности рецидивов панкреатита у детей**

Гончар Н.В.<sup>1</sup>, Егоров А.Л.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>ВМедА им. С.М. Кирова, <sup>2</sup>ДГБ № 1, Санкт-Петербург, Россия

В многопрофильной детской больнице в период с 2002 г. по 2009 г. наблюдали 10 детей в возрасте от 3 до 18 лет (7 мальчиков, 3 девочки) с диагнозом «панкреатит» во время манифестации заболевания (группа № 1) и рецидива (группа № 2). Оценивали динамику выраженности клинических проявлений панкреатита, особенности лабораторных показателей (гемограмма, биохимические маркеры, копрологическое исследование), результатов инструментальных методов исследования (УЗИ, ФЭГДС, МРТ брюшной полости).

**Результаты исследования.** Средний возраст пациентов группы № 1 составил (13,6±4,1) года, группы № 2 (14,8±4,4) года; интервал между госпитализациями колебался от 2 до 41 мес, в среднем (14,8±11,3) мес.

При рецидивах панкреатита у детей возрастала роль хронической билиарной патологии и алиментарно-токсических влияний. В динамике наблюдали нарастание частоты признаков интоксикации (головные боли, недомогание) с 40% в группе № 1 до 80% в группе № 2 и диспептических расстройств (тошноты и рвоты с 70% до 100%; диареи с 30% до 50%), выраженности абдоминального болевого синдрома (вынужденное положение, опоясывающие боли были отмечены только в группе № 2 у 20% больных); уменьшение сроков наблюдения детей на догоспитальном этапе с (15,0±28,3) дня до (4,0±9,3) дня. Лечение в отделении интенсивной терапии с поступления проводилось у 7 больных группы № 1 и 8 больных группы № 2. Рецидивы панкреатита сопровождалось снижением выраженности воспалительных изменений по данным гемограммы. Степень гиперاميлаземии и гиперамилазурии у больных группы № 1 и группы № 2, однако, существенно не отличались. В динамике отмечено увеличение частоты амилореи и креатореи в копрограммах с 30% у детей группы № 1 до 50% у детей группы № 2. В группе № 1 были прооперированы 2 больных с тяжелым панкреатитом. В группе № 2 были диагностированы: муковисцидоз, киста холедоха и аномалия головки поджелудочной железы, синдром Маллори-Вейсса.

**Заключение.** По данным клинических и лабораторно-инструментальных методов исследования рецидивы панкреатита у детей характеризуются более тяжелым течением по сравнению с первичной манифестацией.

- 63. Возможность коррекции дисбиоза кишечника при применении методов физиотерапии**

Горбачева К.В.

СПбМАПО, Россия

**Цель исследования:** восстановить микробиоту кишечника.

**Материалы и методы.** Под нашим наблюдением находились 178 больных дисбиозом кишечника, получавших стандартную терапию. Методом случайной выборки все больные были разделены на несколько групп: 69 больных получали дополнительно электрофорез микроэлементов на проекцию печени и поджелудочной железы (1 группа), 47 больных – сантиметроволновую терапию на проекцию желчного пузыря и пупочную область (2 группа), 62 человека составили контрольную группу.

**Результаты.** По окончании терапии у всех больных был произведен посев кала. У больных 1-й группы после проведенной комплексной терапии определялась выраженная достоверная динамика пролиферации *Candida spp.* в кишечнике (снижение роста грибов в среднем в 42 раза); достоверное увеличение количества бифидобактерий (в среднем на  $4 \cdot 10^8$ ) и лактобактерий (в среднем на  $3,5 \cdot 10^8$ ). У больных 2-й группы после проведенной комплексной терапии определялась выраженная достоверная динамика пролиферации *Candida spp.* в кишечнике (снижение роста в среднем в 37 раз), увеличение роста бифидобактерий (в среднем в 10 раз,  $p < 0,01$ ) и *E. coli* (в среднем на  $1,29 \cdot 10^8$ ,  $p < 0,05$ ). В контрольной группе отмечалась достоверная динамика пролифера-

ции грибов рода *Candida*: снижение роста *Candida spp.* в среднем в 2,2 раза. В составе облигатной микробиоты достоверных изменений после проведенной медикаментозной терапии не выявлено, хотя отмечалась тенденция к увеличению числа бифидобактерий и лактобактерий.

**Выводы.** Для восстановления микробиоты кишечника при дисбиозе кишечника необходимо применять методы физиотерапии.

#### 64. Влияние простагландина F2α на пигментный состав желчи крыс

Горенко З.А., Карбовская Л.С., Весельский С.П.,  
Бабан В.Н., Вашека И.П.

НИИ физиологии им. акад. Петра Богача УНЦ «Институт биологии» Киевского национального университета  
им. Тараса Шевченко, Украина, e-mail: geminiz@ukr.net

Острые опыты проведены на анестезированных тиопенталом натрия (7 мг/100 г массы тела) самцах белых лабораторных крыс массой 190-240 г с канюлированным общим желчным протоком. Простагландин F2α (1 мкг/100 г массы тела) вводили внутривенно, после чего собирали 6 получасовых порций желчи. Контролем были опыты с внутривенным введением физиологического раствора (0,1 мл/100 г массы тела). Качественный состав и количественное содержание производных билирубина определяли с помощью разработанного нами способа.

Показано, что простагландин F2α в течение всего периода наблюдения статистически достоверно уменьшает количество выделяемой желчи. Всего за опыт такое уменьшение составило 28,7% ( $p < 0,01$ ). При этом интенсивность экскреции отдельных фракций метаболитов билирубина имела различный характер. Так, показатели содержания свободного билирубина и его моноглюкуронидмоноглюкозида были достоверно ниже контрольных значений в течение всего опыта, а в сумме за три часа соответственно на 46,3% и 56,2%. Интенсивность экскреции моно- и диглюкуронидов билирубина также была меньше, чем у контрольных животных, однако статистически значимыми эти изменения были только в первом часовом промежутке времени. В сумме за опыт моноглюкуронида билирубина выделилось на 19,8%, а диглюкуронида на 18,5% меньше по сравнению с контролем. Дебит сульфата билирубина в течение опыта изменялся разнонаправленно. В 1-й, 5-й и 6-й пробах его содержание было ниже, а во 2-й, 3-й и 4-й пробах выше соответствующих показателей контроля, поэтому в сумме за три часа наблюдения достоверных различий между контролем и опытом не выявилось. Таким образом простагландин F2α угнетает как внешнесекреторную, так и экскреторную функции печени крыс.

#### 65. Эпигенетика и генетика острых, хронических панкреатитов и рака поджелудочной железы

Григорьева И.Н.<sup>1,2</sup>, Романова Т.И.<sup>1</sup>, Максимов В.Н.<sup>1,2</sup>,  
Воевода М.И.<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>НИИ терапии СО РАМН, <sup>2</sup>НГМУ, Новосибирск, Россия

**Цель:** выявить наиболее значимые отличия в частоте мутаций генов трипсиногена, ингибитора трипсина и кистозного фиброза, а также некоторых других генов-кандидатов между больными острым и хроническим панкреатитом (ОП и ХП) и раком поджелудочной железы (РПЖ).

**Материалы и методы.** В рамках клинического исследования были обследованы 173 больных панкреатитом (62 больных ОП и 111 больных ХП) и 5 больных РПЖ. Уровень полиморфизма и мутации генов: катионного трипсиногена (PRSS1), панкреатического секреторного ингибитора трипсина (PSTI/SPINK1), кистозного фиброза (CFTR), TNF-α, IL-1β, гликопротеина (GPIIb/IIIa), макрофаг колонии стимулирующего фактора (fms), аполипопротеина Е (APOE) изучали с помощью ПЦР.

**Результаты.** Существенное повышение частоты мутаций у больных ОП по сравнению с ХП для генов PRSS1, PSTI/SPINK1, CFTR, IL-1β, APOE, частота мутаций в генах TNF-α, GPIIb/IIIa, fms не отличалась между группами. У больных с РПЖ частота мутаций описанных генов не отличалась от таковой при ОП и ХП.

Новое направление изучения механизмов наследования – эпигенетика (наследуемые изменения в фенотипе или экспрессии генов, вызываемые механизмами, отличными от изменения последовательности ДНК). Для дифференциальной диагностики ХП и РПЖ японскими учеными было предложено использовать как новый биомаркер профиль метилирования ДНК в свободной от клеток плазмы крови с помощью биочипа (MethDet56). Созданы лекарственные препараты, способствующие деметилированию ДНК и активации генов опухолевой супрессии.

**Вывод.** У больных ОП чаще встречаются мутации генов PRSS1, PSTI/SPINK1, CFTR, IL-1β, APOE по сравнению с больными ХП.

#### 66. Оксид азота угнетает стимулированную гистамином желудочную секрецию у собак

Гринченко О.А., Янчук П.И.

Киевский национальный университет им. Тараса Шевченко, Украина, e-mail: olgrinch@ukr.net

В последнее десятилетие исследовалась роль оксида азота в регуляции деятельности висцеральных органов, в том числе и желудка. Однако, данные разных авторов о его влиянии на желудочную секрецию противоречивы. Поэтому целью нашего исследования было изучить роль оксида азота в регуляции секреторной функции желудка у собак.

Исследования проведены на голодных животных с фистулами желудка в условиях хронического эксперимента. Секрецию желудочного сока стимулировали гистамином (0,05 мг/кг, подкожно). Синтез NO блокировали N(G)-nitro-L-arginine methyl ester (L-NAME) в дозе 2,5 мг/кг, внутривенно. Установлено, что величина секреторного ответа желудочных желез на гистамин возрастала после угнетения активности NO-синтазы L-NAME. Так, увеличение объема секретируемого желудочного сока наблюдалось уже на 1-15 минутах и длилось в течение 75 минут эксперимента, в сумме за опыт составляя 160% ( $p < 0,001$ ). Усиление секреции сопровождалось увеличением содержания свободной соляной кислоты и пепсина в желудочном соке. Всего за 1,5 часа опыта под влиянием L-NAME дебит свободной соляной кислоты увеличился на 156,4% ( $p < 0,001$ ), а дебит пепсина на 184,1% ( $p < 0,001$ ). Вместе с тем, содержание общего белка в желудочном соке практически не отличалось от контрольного. Дебит компонентов адениловой системы в секрете достоверно уменьшался лишь в начале и в конце опыта.

Таким образом, блокада NO-синтазы L-NAME значительно усиливает интенсивность гистаминовой желудочной секреции и увеличивает содержание в соке основных компонентов – соляной кислоты и пепсина. Полученные нами результаты могут свидетельствовать о том, что оксид азота участвует в регуляции секреторных процессов в желудке, угнетая стимулированную гистамином желудочную секрецию.

#### 67. Влияние пробиотических энтерококков на пищеварение у крыс при экспериментальном дисбиозе

Громова Л.В.<sup>1</sup>, Ермоленко Е.И.<sup>2</sup>, Донец В.И.<sup>2</sup>,  
Борщев Ю.Ю.<sup>1</sup>, Груздков А.А.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Институт физиологии им. И.П. Павлова РАН, <sup>2</sup>Институт экспериментальной медицины РАМН, Санкт-Петербург, Россия, e-mail: gruzdkov@pavlov.infran.ru

**Цель работы:** исследовать действие молочнокислой закваски с энтерококками на пищеварительные ферменты при экспериментальном дисбиозе.

**Материал и методы.** Определяли активности мембранных пищеварительных ферментов в гомогенатах эпителия и химуса, взятых из различных отделов кишечника крыс, которым внутрижелудочно вводили: 7 сут *E. faecium* L3 (группа 1); 7 сут молоко (группа 2, контроль 1); 3 сут антибиототики, а затем 6 сут молоко (группа 3) или *E. faecium* L5 (группа 4); 9 сут – без антибиотиков и пробиотика (группа 5, контроль 2).

**Результаты.** Активность мальтазы в слизистой тонкой кишки была ниже в группе 1, чем в группе 2, а активность щелочной

фосфатазы – выше. В химусе тонкой кишки активность щелочной фосфатазы также была выше в группе 1, чем в группе 2. В период введения антибиотиков, а также на ранних сроках после их введения (группы 3, 4) наблюдалась диспепсия, ухудшался аппетит, снижался прирост массы тела крыс и изменялась микробиота. Эти явления быстрее всего устранялись в группе 4. В группах 3, 4 повышалась относительно контроля 2 масса слизистой толстой кишки, снижались активности мальтазы и аминопептидазы М в химусе тонкой кишки, а в группе 4 – в ее слизистой оболочке. Активность мальтазы была ниже в химусе толстой кишки в группе 3, щелочной фосфатазы – выше в слизистой тонкой кишки в группе 4, а также в слизистой толстой кишки в группах 3, 4 и в химусе тонкой кишки в группе 4.

**Выводы.** Введение пробиотических энтерококков после дисбиоза способствует более быстрому восстановлению функциональных показателей организма и активности ряда пищеварительных ферментов в полости кишки. Пробиотические энтерококки, вводимые в норме или при дисбиозе, специфически влияют на активности ферментов, участвующих в мембранном пищеварении.

#### 68. Частота панкреатической недостаточности у больных с сочетанием хронического панкреатита и дуоденальных язв

Губергриц Н.Б., Баланцова Э.Л.  
Донецкий НМУ, Украина

Патогенез дуоденальных язв при хроническом панкреатите разнообразен и не до конца изучен.

**Цель исследования:** изучить частоту панкреатической недостаточности у больных с сочетанной патологией.

**Материалы и методы.** Обследованы 136 больных с хроническим панкреатитом в сочетании с дуоденальными язвами. Диагноз подтверждали при наличии типичной клинической картины, а также с учетом данных исследования панкреатических ферментов крови и мочи, результатов сонографии и эндоскопии. Проводили фекальный эластазный тест, а после лечения при условии рубцевания язвы – дуоденальное зондирование с определением дебит-часа бикарбонатов.

**Результаты.** Частота снижения показателей фекальной панкреатической эластазы-1 составила 79,4%, причем показатели ниже 100 мкг/г (тяжелая панкреатическая недостаточность) регистрировались в 30,9% случаев. По результатам дуоденального зондирования снижение продукции бикарбонатов отмечено в 38,2% случаев. Гипоферментный тип панкреатической секреции выявлен в 32,4% случаев. Клинические проявления внешнесекреторной недостаточности поджелудочной железы (похудение, лиентерея, гиповитаминозы) имели место у 35 (25,7%) больных.

**Вывод.** В патогенезе дуоденальных язв при хроническом панкреатите в подавляющей части случаев участвует панкреатическая недостаточность. Особое значение имеет снижение продукции бикарбонатов, которое регистрируется в 38,2% случаев.

#### 69. Частота сопутствующего неалкогольного стеатогепатита у больных с хроническим панкреатитом на фоне ожирения

Губергриц Н.Б., Бондаренко О.А.  
Донецкий НМУ, Львовский НМУ им. Д. Галицкого, Украина

При липидном дистресс-синдроме, характерном для больных с ожирением, в большей части случаев развивается неалкогольный стеатогепатит и липогенный панкреатит. Клинические особенности такого сочетания не изучены.

**Цель исследования:** проанализировать частоту неалкогольного стеатогепатита, протекающего в сочетании с хроническим панкреатитом и ожирением.

**Материалы и методы.** Обследованы 164 больных с хроническим панкреатитом на фоне ожирения. Диагноз сопутствующего неалкогольного стеатогепатита подтверждали с помощью скрининговых методов: общий и прямой билирубин, АСТ, АЛТ, щелочная фосфатаза, ГГТП, липидный спектр крови, ультразвуковое исследование печени. Диагноз хронического панкреатита верифи-

цировали с помощью показателей панкреатических ферментов крови и мочи, уровня фекальной эластазы-1, показателей сонографии поджелудочной железы.

**Результаты.** Частота неалкогольного стеатогепатита у больных с сочетанными заболеваниями составила 72,0%. В 47,6% случаев биохимическая активность гепатита была минимальной, в 24,4% – умеренной. У половины обследованных больных имело место повышение ГГТП, в 38,4% – увеличение показателей щелочной фосфатазы. Чаще других определялся IIb тип дислипидемии (в 32,9%). Важно, что степень повышения АЛТ положительно коррелировала с выраженностью увеличения показателей амилазы и липазы крови, то есть активность гепатита зависела от степени обострения хронического панкреатита.

**Вывод.** Неалкогольный стеатогепатит развивается у подавляющей части больных с хроническим панкреатитом и ожирением, причем в четверти случаев показатели трансаминаз повышены более чем в 3 раза. Это указывает на необходимость контроля функционального состояния печени у больных с ожирением, страдающих хроническим панкреатитом.

#### 70. Дисфункция желчного пузыря у больных пожилого и старческого возраста

Губергриц Н.Б., Воронин К.А.  
Донецкий НМУ, Украина

На фоне хронической абдоминальной ишемии в пожилом и старческом возрасте развиваются двигательные нарушения органов пищеварения.

**Цель исследования:** изучить частоту дисфункции желчного пузыря у больных с хронической абдоминальной ишемией.

**Материалы и методы.** Обследованы 68 больных с атеросклерозом брюшной аорты и ее ветвей. Возраст всех обследованных был более 60 лет. В контрольную группу вошли 30 практически здоровых сопоставимого пола и возраста. Больным и здоровым выполняли доплерографию брюшной аорты и ее ветвей, а также динамическую сонографию желчного пузыря.

**Результаты.** По данным доплерографии для пациентов пожилого и старческого возраста были характерны повышение пиковой систолической скорости кровотока, пульсационного индекса и индекса резистентности в брюшной аорте и чревном стволе. Особенно выраженными эти изменения были после приема стандартного завтрака. По результатам динамической сонографии желчного пузыря у 52 (76,5%) больных выявлена гипотонически-гипокинетическая дисфункция. Кроме того, практически у всех пациентов были обнаружены сонографические признаки перенесенных ранее обострений хронического холецистита. В контрольной группе дисфункция желчного пузыря имела место только в 30,0% случаев.

**Выводы.** У пациентов пожилого и старческого возраста с хронической абдоминальной ишемией имеют место сонографические симптомы хронического холецистита, преобладает гипотонически-гипокинетическая дисфункция желчного пузыря.

#### 71. Нарушение сроков эвакуации из желудка при хроническом панкреатите

Губергриц Н.Б., Гирман В.А.  
Донецкий НМУ, Украина

Для хронического панкреатита (ХП) характерны дисмоторные нарушения пищеварительного тракта. Нарушение моторики гастродуоденальной зоны при ХП изучены недостаточно.

**Цель исследования:** изучить скорость эвакуации из желудка при хроническом панкреатите.

**Материалы и методы.** Обследованы 32 больных ХП. Диагноз подтвержден клиническими данными, результатами исследования ферментов поджелудочной железы (ПЖ) в крови и моче, сонографии ПЖ. Наличие и степень внешнесекреторной недостаточности ПЖ оценивали по результатам фекального эластазного теста (наборы Schebo, Германия). Скорость опорожнения желудка определяли с помощью <sup>13</sup>С-октанового дыхательного теста. Исследования проводили на инфракрасном газовом анализаторе IRIS (Германия). Обследованы также 20 здоровых.

**Результаты.** У здоровых во всех случаях коэффициент желудочного опорожнения от твердой пищи был более 3,1, а время полувыведения содержимого из желудка менее 130 мин. У больных с ХП в 65,6% случаев (у 21 пациента) отмечено умеренное снижение скорости опорожнения желудка (коэффициент опорожнения 3,1-2,5); в 18,8% случаев (у 6 пациентов) выявлено выраженное снижение скорости опорожнения желудка (коэффициент опорожнения более 2,5); только в 15,6% случаев (у 5 пациентов) скорость опорожнения была нормальной. Результаты исследования времени полувыведения содержимого желудка у больных были соответствующими. Так, период полувыведения менее 130 мин определялся у 5 больных и всех здоровых, умеренное снижение периода полувыведения – у 21, выраженное снижение – у 6 больных.

Важно, что период полувыведения тестового завтрака из желудка обратно коррелировал с показателями фекальной эластазы-1 (коэффициент прямой корреляции составил 0,52).

**Выводы.** У больных ХП замедлена эвакуация из желудка, причем эти изменения усугубляются при снижении внешнесекреторной функции ПЖ.

## 72. Вероятность развития лекарственного гепатита при лечении больных туберкулезом легких

Губергриц Н.Б., Клочков А.Е.

Донецкий НМУ, Городской противотуберкулезный диспансер, Донецк, Украина

Известно, что вероятность лекарственного гепатита при лечении гепатотоксичными противотуберкулезными средствами высока. Однако эти данные касаются препаратов, которые применялись ранее. Гепатотоксичность современных препаратов исследована недостаточно.

**Цель исследования:** изучить частоту лекарственного поражения печени у больных туберкулезом легких.

**Материалы и методы.** Обследованы 280 больных с туберкулезом легких. В качестве скрининговых методов выявления лекарственного гепатита исследовали биохимические показатели крови: общий и прямой билирубин, АСТ, АЛТ, щелочную фосфатазу, ГГТП.

**Результаты.** На фоне противотуберкулезной терапии частота повышения уровня трансаминаз в 1,5-2 раза составила 43,6%, более чем в 2 раза – 12,1%; частота повышения ГГТП – 68,9%; активность щелочной фосфатазы была увеличена в 46,4% случаев. Уровень общего билирубина крови повышался в 32,9% случаев, прямого билирубина – в 20,7%. Частота лекарственного поражения печени зависела от того, какие антибактериальные средства были назначены. Так, при назначении первой ступени терапии с использованием в схемах канамицина, стрептомицина, изониазидов частота развития лекарственного гепатита была выше, чем при использовании в схемах лечения препаратов второй ступени (рифампицина, авелокса и др.). В частности, трансаминазы в первом случае повышались в 1,83 раза чаще, чем во втором. Клинические проявления лекарственного поражения печени (желтуха, астения) также чаще наблюдались при назначении препаратов первой ступени.

**Вывод.** У больных туберкулезом легких при назначении препаратов второй и, особенно, первой ступени необходим контроль биохимических показателей, характеризующих функциональное состояние печени для своевременной диагностики лекарственного гепатита и назначения необходимой терапии.

## 73. Возможности препарата магния в лечении хронического панкреатита

Губергриц Н.Б., Ярошенко Л.А.

Донецкий НМУ, Украина

При хроническом панкреатите (ХП) имеет место дефицит магния.

**Цель исследования:** оценить эффективность препарата «Магне В6» в лечении ХП.

**Материалы и методы.** Обследованы 48 больных с ХП. Диагноз верифицировали на основании изменения показателей активно-

сти панкреатических ферментов крови и мочи. Для подтверждения наличия у пациента ХП использовали также сонографические и гистографические показатели в области головки поджелудочной железы. Больных разделили на 2 группы по 24 пациента в каждой.

Больным основной группы в дополнение к традиционной терапии ХП назначали препарат «Магне В6» по 1 ампуле 3 раза в день во время еды в течение месяца. Больные группы сравнения получали только общепринятое лечение. Оценивали динамику клинических проявлений ХП.

**Результаты.** В процессе лечения в группе сравнения боль исчезла у 5 (20,8%) больных, уменьшилась у 11 (45,8%), осталась прежней у 6 (25,0%), усилилась у 2 (8,4%). В основной группе динамика болевого синдрома оказалась более существенной. Так, боль исчезла у 9, уменьшилась у 13, осталась прежней у 1, усилилась у 1 пациента, что составило соответственно 37,5%, 54,1%, 4,2% и 4,2% случаев.

Включение препарата «Магне В6» оказало позитивное влияние в отношении устранения астенического синдрома. Так, в основной группе он исчез или значительно уменьшился у 18 (75,0%) больных, в группе сравнения – только у 10 (41,7%).

**Вывод.** В комплексную терапию ХП целесообразно включать препарат «Магне В6» в общепринятой дозе, что способствует более выраженной, чем при традиционной терапии, позитивной динамике болевого и астенического синдромов.

## 74. Минерализация костной ткани у детей с хроническим гастродуоденитом (ХГД)

Гузеева О.В.<sup>1</sup>, Новикова В.П.<sup>1</sup>, Кузьмина Д.А.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>СПбГПМА, <sup>2</sup>СПбМАПО, Россия

**Цель исследования:** изучить состояние минеральной плотности костной ткани (ВМД) и биохимических маркеров костного метаболизма у детей с хроническим гастритом.

**Материалы и методы.** Обследовано две группы. Группа № 1 – 166 детей в возрасте от 6 до 15 лет с морфологически верифицированным диагнозом ХГД, группа № 2 – 19 здоровых детей аналогичного возраста. Все дети группы № 1 получили стандартное гастроэнтерологическое обследование в КДЦ № 2 для детей. У 79 детей проводилась денситометрия поясничного отдела позвоночника, изучались остеокальцин (ОК), β-CrossLaps.

**Результаты.** При ХГД в 46% случаев отмечалось нарушение осанки, у 24% процентов детей диагностировался компенсированный, у 51% – декомпенсированный кариес, у 3,6% – нарушение зубной эмали. Остеопения по данным денситометрии в группе детей с ХГД встречалась достоверно чаще (33% и 0%,  $\chi^2=8,26$ ,  $p<0,01$ ). У детей с ХГД уровень ионизированного кальция был достоверно выше, чем у здоровых –  $(1,09\pm 0,05)$  ммоль/л и  $(1,05\pm 0,06)$  ммоль/л,  $p=0,005$ . Для фосфора и щелочной фосфатазы достоверных различий между изученными группами не выявлено. Уровень ОК при ХГД был достоверно ниже, чем у здоровых детей –  $(74,86\pm 37,24)$  нг/мл и  $(94,64\pm 38,03)$  нг/мл,  $p=0,049$ . β-CrossLaps крови у детей с ХГД оказался достоверно выше, чем у здоровых –  $1,58\pm 0,93$  и  $0,96\pm 0,50$ ,  $p=0,007$ .

**Выводы.** Таким образом, у детей с ХГД наблюдается снижение ВМД и изменение биохимических показателей минерального и костного обмена. Генез выявленных изменений требует дальнейшего изучения.

## 75. Механизмы влияния пробиотика «Ламинолакт» на физическую работоспособность спортсменов высокой квалификации

Гунина Л.М.

НИИ Национального университета физического воспитания и спорта Украины, Киев, Украина

**Цель исследования:** изучить целесообразность использования пробиотического функционального продукта (ПФП) «Ламинолакт спортивный» в практике олимпийского спорта.

**Материал и методы.** Выбраны представители двух различных по механизму энергообеспечения мышечной деятельности видов спорта – силовых и циклических. Исследования проведены у 25

тяжелоатлетов (средний возраст  $(19,8 \pm 3,4)$  года), 14 из которых вошли в основную группу, и у 36 легкоатлетов (возраст  $(20,2 \pm 2,3)$  года), специализирующихся в беге на средние дистанции. Спортсмены методом случайной выборки были разделены на 2 равноценных по количеству (по 18 человек) группы. Спортсмены обеих основных групп получали на протяжении 30 дней препарат «Ламинолакт спортивный» по 4 драже 3 раза в день. Исследовали прооксидантно-антиоксидантный баланс (ПАБ) в клеточных мембранах, уровень средних молекул и скорость ограниченного протеолиза в сыворотке крови как маркеров интоксикации, содержание общего холестерина и триацилглицеролов, выраженность иммунного ответа по тестам первого уровня; проводили ЭКГ-исследование в 12 отведениях, доплер-УЗИ сердца.

**Результаты.** Установлено, что вследствие сдвига параметров гомеостаза, первыми звеньями которого являются нарушения ПАБ с запуском ОП и накоплением токсических метаболитов, ухудшается насосная функция миокарда и, соответственно, снижается физическая работоспособность. После приема ПФП нормализуются гомеостатические показатели и параметры электрокардиограммы, что приводит к росту показателей специальной тренированности.

**Выводы.** Использование ПФП «Ламинолакт спортивный» сопровождается нормализацией гомеостаза, насосной функции миокарда и ростом физической работоспособности, что делает целесообразным его применение у спортсменов-олимпийцев.

#### 76. Влияние пробиотического функционального продукта «Ламинолакт Спортивный» на функциональное состояние сердечно-сосудистой системы при физической нагрузке

Гунина Л.М., Безуглая В.В.

НИИ Национального университета физического воспитания и спорта Украины, Киев, Украина

**Цель исследования:** изучить влияние использования пробиотического функционального продукта (ПФП) «Ламинолакт спортивный» на параметры электрокардиограммы квалифицированных спортсменов.

**Материал и методы.** Исследования проведены на подготовительном этапе у 25 тяжелоатлетов высокой квалификации (возраст от 18 до 22 лет), 14 из которых вошли в основную группу, а остальные – в контрольную. На этом же этапе подготовки исследования проводились у 36 легкоатлетов (бегуны на средние дистанции, возраст от 19 до 23 лет), разделенных на две равные по численности группы. Препарат «Ламинолакт спортивный» спортсмены основных групп получали на протяжении 30 дней по 4 драже трижды в день. Представители контрольных групп в составе идентичной схемы фармакологического обеспечения получали вместо пробиотика плацебо (капсулу с крахмалом). До начала и по окончании этого срока у спортсменов проводили ЭКГ-исследование в 12 отведениях с помощью компьютеризированной системы «Кардио+» (Украина).

**Результаты.** На ЭКГ у спортсменов, получавших «Ламинолакт спортивный», существенно реже по сравнению с обобщенными данными в обеих контрольных группах отмечались изменения гипоксического (на 13,4%) и дисметаболического (на 9,9%) характера, а частота синдрома ранней реполяризации как маркера возможных аритмических событий и фибрилляции желудочков снизилась на 7,9%.

**Выводы.** Использование препарата «Ламинолакт» приводит к улучшению сократительной способности миокарда, что объясняет положительное действие ПФП на физическую работоспособность спортсменов высокой квалификации и повышает безопасность тренировок.

## Д

#### 77. Функциональное состояние почек у больных алкогольным циррозом печени в зависимости от наличия асцита

Давыдова А.В., Шестопалова А.В., Нечаева Е.В.,

Друхтейн Т.Г.

Иркутский ГМУ, Областная клиническая больница, Иркутск, Россия

**Цель:** изучить функциональное состояние почек у больных алкогольным циррозом печени (ЦП) без почечной патологии в зависимости от наличия или отсутствия асцита.

**Материалы и методы.** Обследованы 55 больных алкогольным ЦП, не страдавших хроническими заболеваниями почек, способными вызвать снижение клубочковой фильтрации (у 13,4% имелись нефроптоз, микронефролитиаз, кисты почек). Больные были разделены на две группы: 1-я – больные с асцитом ( $n=33$ ; мужчин 48,5%, средний возраст  $(52,0 \pm 9,8)$  года); 2 – больные без асцита ( $n=22$ ; мужчин 72,7%, средний возраст  $(50,0 \pm 9,5)$  года). Скорость клубочковой фильтрации (СКФ) рассчитывали по формуле MDRD.

**Результаты.** У больных с асцитом отмечалась большая выраженность печеночно-клеточной недостаточности. Получены статистически значимые различия по уровням альбумина ( $22,1$  vs.  $34,3$  г/л;  $p<0,001$ ); холестерина ( $3,8$  vs.  $5,5$  ммоль/л;  $p=0,008$ ); холинэстеразы ( $3283,7$  vs.  $6602,1$  МЕ/л;  $p=0,006$ ); АПТВ ( $41,3$  vs.  $37,9$  с;  $p=0,044$ ); ПТВ ( $18,4$  vs.  $13,2$  с;  $p<0,001$ ); ПТИ ( $57,0$  vs.  $86,8\%$ ;  $p<0,001$ ) и МНО ( $1,63$  vs.  $1,19$ ;  $p<0,001$ ). Расчетная СКФ в 1-й группе была ниже:  $62,3$  vs.  $102,2$  мл/мин/1,73 м<sup>2</sup> ( $p=0,008$ ). У двух больных 1-й группы СКФ была ниже  $15$  мл/мин/1,73 м<sup>2</sup> (гепаторенальный синдром). После исключения этих больных обнаруженные различия сохранились. При проведении корреляционного анализа обнаружена положительная статистически значимая корреляционная связь средней силы между СКФ и альбумином ( $r_s=0,34$ ;  $p=0,035$ ); СКФ и холестерином ( $r_s=0,36$ ;  $p=0,014$ ), СКФ и ПТИ ( $r_s=0,38$ ;  $p=0,029$ ), СКФ и фибриногеном ( $r_s=0,36$ ;  $p=0,036$ ), то есть показателями, характеризующими синтетическую функцию печени.

**Заключение.** Обнаруженные факты могут свидетельствовать о параллельном снижении функционального состояния печени и почек у больных алкогольным ЦП без почечной патологии, способной повлиять на уровень СКФ.

#### 78. Функциональное состояние почек у больных вирусным циррозом печени в зависимости от наличия асцита

Давыдова А.В., Шестопалова А.В., Нечаева Е.В.,

Друхтейн Т.Г.

Иркутский ГМУ, Областная клиническая больница, Иркутск, Россия

**Цель:** изучить функциональное состояние почек у больных циррозом печени (ЦП) вирусной этиологии без явной почечной патологии в зависимости от наличия или отсутствия асцита.

**Материалы и методы.** Обследованы 110 больных ЦП вирусной этиологии (HBV – 40 человек, HCV – 65, HBV+HCV – 5), не страдавших хроническими заболеваниями почек, способными вызвать снижение клубочковой фильтрации (у 14,6% имелись нефроптоз, микронефролитиаз, мочевиная инфекция, кисты почек). Больные были разделены на две группы: 1-я – больные с асцитом ( $n=53$ ; мужчин 28,3%; средний возраст  $(55,0 \pm 16,5)$  года); 2-я – больные без асцита ( $n=57$ ; мужчин 57,9%; средний возраст  $(49,0 \pm 12,1)$  года). Скорость клубочковой фильтрации (СКФ) рассчитывали по формуле MDRD.

**Результаты.** У больных с асцитом отмечалась большая выраженность печеночно-клеточной недостаточности. Получены статистически значимые различия по уровням альбумина ( $27,4$  vs.  $35,3$  г/л); холестерина ( $3,8$  vs.  $4,3$  ммоль/л); холинэстеразы ( $3517,2$  vs.  $6153,6$  МЕ/л); ПТВ ( $16,9$  vs.  $14,3$  с); ПТИ ( $62,9$  vs.  $77,9\%$ ) и МНО ( $1,57$  vs.  $1,31$ ) (везде  $p<0,0001$ ). Во 2-й группе не



было случаев гепаторенального синдрома (ГРС), повышенного уровня креатинина крови. В 1-й группе у 3 больных имел место ГРС, однако СКФ ни у одного больного не была ниже 30 мл/мин/1,73 м<sup>2</sup>. Расчетная СКФ в 1-й группе была ниже: 67,9 vs. 74,0 мл/мин/1,73 м<sup>2</sup> ( $p=0,047$ ). При проведении корреляционного анализа обнаружена положительная статистически значимая корреляционная связь средней силы между СКФ и альбумином ( $r_s=0,4$ ;  $p<0,001$ ); СКФ и холинэстеразой ( $r_s=0,3$ ;  $p=0,038$ ), т.е. показателями, характеризующими синтетическую функцию печени.

**Заключение.** Обнаруженные факты могут свидетельствовать о параллельном снижении функционального состояния печени и почек у больных вирусным ЦП без почечной патологии, способной повлиять на уровень СКФ.

#### 79. Изучение специфической активности препарата «Сыворотка против яда гадюки обыкновенной» на модели острого панкреатита

Данилина Т.В.<sup>1</sup>, Мионов А.Н.<sup>1</sup>, Бушменков Д.С.<sup>1</sup>, Макарова М.Н.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>НПО «Микроген», Москва, <sup>2</sup>ЗАО «Санкт-Петербургский институт фармации», Россия

**Цель исследования:** изучение специфической активности препарата «Сыворотка против яда гадюки обыкновенной» (далее Сыворотка) на модели острого панкреатита.

**Материалы и методы.** Исследование проводили с использованием калифорнийских кроликов-самцов. Модель острого панкреатита создавали путем перевязки большого протока поджелудочной железы с одновременной стимуляцией функции поджелудочной железы пероральным введением метформина. На 3-и сутки после операции начинали введение исследуемых препаратов. Сыворотку вводили внутривенно в течение трех дней однократно в различных схемах введения: 900/750/600, 750/600/450, 600/450/300, 450/300/150, 900/600/300, 750/450/150 антиоксидантных единиц. В качестве препарата сравнения использовали сандостатин, который вводили подкожно трехкратно в течение 3 дней по 100 мкг. Дозы препаратов рассчитывали с учетом массы тела животных. Кроме опытных групп и групп сравнения были группы контроля, получавшие эквивалентные объемы физиологического раствора, и интактные группы. Оценивали летальность, клиническое состояние животных, показатели крови. Также проводили гистологическое изучение поджелудочной железы.

**Результаты.** В ходе исследования установлено, что Сыворотка уменьшает проявления острого панкреатита, что выражается в снижении общей воспалительной реакции, стабилизации гематологических и биохимических показателей. Наиболее предпочтительными оказались схемы введения 900/600/300 АЕ и 750/600/450 АЕ.

**Выводы.** В результате проведенного доклинического исследования установлена эффективность Сыворотки в отношении острого панкреатита, сравнимая с препаратом «Сандостатин».

#### 80. Действие мультипробиотика «Симбитер» на антиоксидантную систему сыворотки крови при длительной желудочной гипохлоргидрии

Дворщенко Е.А., Торгалов Е.А., Сенин С.А., Остапченко Л.И.

Киевский национальный университет им. Тараса Шевченко, Украина, e-mail: k21037@gmail.com

**Цель исследования:** изучить влияние мультипробиотика «Симбитер»<sup>®</sup> ацидофильный) концентрированный (симбитер) на ферменты антиоксидантной системы сыворотки крови крыс при длительном угнетении желудочной секреции.

**Материалы и методы.** Эксперименты проведены на белых нелинейных половозрелых крысах-самцах. Гипоацидное состояние моделировали внутрибрюшинным введением 14 мг/кг омепразола (Sigma, USA) 1 раз в сутки на протяжении 28 дней. Вторая группа крыс одновременно с введением омепразола получала мультипробиотик «Симбитер» (производства ООО «О.Д. Пролискок») перо-

рально в дозе 0,14 мл/кг, растворенный в 0,5 мл воды для инъекций. В качестве контроля использовали крыс, которым 28 дней вводили внутрибрюшинно 0,2 мл и перорально 0,5 мл воды для инъекций. Оценку активности супероксиддисмутазы (СОД) проводили с использованием нитросинего тетразолия, каталазы (КАТ) – по уменьшению количества H<sub>2</sub>O<sub>2</sub> в растворе после инкубации в оптимальных условиях.

**Результаты.** Показано, что при длительном угнетении желудочной секреции соляной кислоты омепразолом в сыворотке крови активность СОД снижалась в 2,2 раза, а активность КАТ увеличивалась в 3,1 раза по сравнению с контрольной группой. Показано, что при введении животным с гипоацидным состоянием мультипробиотика «Симбитер» в сыворотке крови активность СОД возрастала в 1,6 раза, а КАТ уменьшалась в 1,3 раза относительно группы крыс, которым вводили омепразол.

**Выводы.** Мультипробиотик Симбитер способствует восстановлению активности ферментов антиоксидантной защиты крови крыс с гипоацидным состоянием до контрольных значений.

#### 81. Диагностика экскреторной недостаточности поджелудочной железы

Демина Е.И., Белова И.И., Гатаулина О.В., Серякова М.Л. Алтайский ГМУ, Россия

**Цель исследования:** определить наличие внешнесекреторной недостаточности поджелудочной железы по данным обнаружения эластазы в кале среди больных хроническим панкреатитом с болевым и диарейным синдромами.

**Материалы и методы.** В исследование были включены пациенты с хроническим панкреатитом в стадии обострения. Критерии исключения: наличие паразитарной инвазии билиарного тракта, глютенной энтеропатии, инфекционных, функциональных и воспалительных заболеваний толстой кишки. Включено 36 пациентов (25 женщин и 11 мужчин). Средний возраст составил (42,6±3,2) года. Диагноз подтвержден детальным клиническим, биохимическим, копрологическим исследованиями, проведением ультразвукового исследования органов брюшной полости, эндоскопией верхнего и нижнего отделов пищеварительного тракта. Оценка панкреатической эластазы в кале проводилась иммуноферментным методом с моноклональными антителами до и после лечения, включающего трехнедельный курс ферментных препаратов, ингибиторов протонной помпы (ИПП), спазмолитиков. Концентрация фекальной панкреатической эластазы свыше 200 мкг/1 г кала расценивалась как норма, 100-200 мкг/1 г кала – как умеренная, менее 100 мкг/1 г кала – как тяжелая экзокринная панкреатическая недостаточность.

**Результаты.** У 17 из 36 больных (47%) значение фекальной эластазы составило (140±4) мкг/1 г кала до лечения (1-я группа). У 5 из 36 пациентов (14%) содержание панкреатической эластазы было (78±4) мкг/1 г кала (2-я группа). У 14 из 36 больных (39%) концентрация эластазы равнялась (296±4) мкг/1 г кала (3-я группа). Изменения показателей панкреатической фекальной эластазы во всех группах после лечения не выявлены ( $p>0,05$ ).

**Выводы.** Определение эластазы в кале целесообразно для оценки экскреторной функции поджелудочной железы при хроническом панкреатите. Значения уровня эластазы не зависят от приема пациентами панкреатических ферментов, спазмолитиков, ИПП.

#### 82. Хирургическая тактика при холецистопанкреатокардиальном синдроме у лиц пожилого и старческого возраста

Дибиров М.Д., Костюченко М.В., Габиев Р.М., Рамазанова Ю.И., Нухов Р.Р. Московский ГМСУ, Россия

**Цель исследования:** уточнить хирургический алгоритм диагностики и тактику ведения пациентов пожилого и старческого возраста с холецистопанкреатокардиальным синдромом.

**Материал и методы.** Проведен мультицентровый анализ 7060 больных пожилого и старческого возраста, что составило 76% от общего количества больных ЖКБ. В возрасте 60-74 лет было 4236 (60%) больных, 75-89 лет – 2754 (39%), 90 лет и старше – 70

(1%). Истинный холецистокардиальный синдром (ХКС) выявлен у 225 (3,2%). Среди них выделены группы: 1) больные с острым холециститом, с патологией желчных путей без выраженной патологии со стороны сердца – 118 (52%); 2) больные острым холециститом с патологией желчных путей на фоне выраженной ИБС – 80 (37%), 3) больные с проявлениями ХКС при механической желтухе и острым билиарным панкреатите – 25 человек (11%). Диагностический алгоритм включал: мониторинг ЭКГ, ЭХОКГ, билирубина, щелочной фосфатазы, креатинфосфокиназы, амилазы, ЛДГ, АСТ, тропониновый тест, УЗИ брюшной полости, совместная консультация хирургом и кардиологом.

**Результаты.** Из 225 больных с ХКС оперативному лечению подвергнуто 180 (80%), у 63% из них применены миниинвазивные технологии, у 20% – консервативное лечение. По степени операционного риска (ASA) выделены 2 группы: 1-я – 138 (76%) больных, которым выполнены одномоментные операции (риск 1-2 ст.) и 2-я – 42 (24%), которым из-за тяжести состояния выполнены этапные операции (риск 3-4 ст.). У 72% выполнена только холецистэктомия (ХЭ), у 28% ХЭ + вмешательство на холедохе.

**Выводы.** У больных пожилого и старческого возраста с билиарной патологией и ХКС целесообразно выбирать миниинвазивные технологии, причем при операционном риске 1-2 степени предпочтение отдается одномоментным вмешательствам.

### 83. Дисфункция желчных путей и жировой гепатоз у населения Москвы

Дорофеев М.Е.

ЦНИИ гастроэнтерологии, Москва, Россия

Известно, что функционирование системы желчевыделения оказывает важнейшее влияние на все органы системы пищеварения и во многом определяет качество жизни. Клиническая значимость функциональных нарушений билиарного тракта заключается в том, что они редко протекают в виде самостоятельного заболевания, а, как правило, приводят к развитию различной органической патологии.

**Цель исследования:** выявить взаимосвязь между функциональным состоянием билиарного тракта и жировым гепатозом.

**Материал и методы.** Методом случайной выборки для обследования были выбраны 274 респондента (112 мужчин и 162 женщины в возрасте от 16 до 82 лет) независимо от наличия или отсутствия жалоб, характерных для патологии органов пищеварения. Обследуемым проводили УЗИ гепатобилиарной зоны со стандартным желчегонным завтраком и определение общепринятых биохимических показателей функции печени и липидного обмена. Степень жирового гепатоза определяли согласно классификации Бацкова С.С. (1995). Функцию билиарного тракта (ФБТ) оценивали как нормальную при коэффициенте опорожнения (КО) от 50% до 75%, как незначительно сниженную – при КО от 25% до 50%, как значительно сниженную – при КО менее 25%. Достоверность различий частот определяли при помощи непараметрического критерия  $\chi^2$  Пирсона.

**Результаты и их обсуждение.** Достоверных различий в частоте и степени выраженности нарушений ФБТ в зависимости от пола не выявили. Среди обследуемых отсутствие признаков жирового гепатоза выявили у 128 пациентов (46,7%); у 89 (69,5%) из них ФБТ в пределах нормы, у 23 (18%) снижена незначительно, у 16 (12,5%) отмечено значительное снижение функции.

Жировой гепатоз I степени выявили у 56 (20,4%) пациентов. Из них у 23 (41,1%) ФБТ нормальная, у 25 (44,6%) – незначительно снижена, у 8 (14,3%) имеет место значительное снижение функции. Жировой гепатоз II степени выявили у 72 пациентов (26,3%). У 25 (34,7%) не выявили билиарной дисфункции, у 33 (45,8%) отметили незначительное нарушение ФБТ, у 14 (19,5%) выявили значительное снижение ФБТ. Диффузные изменения печени, характерные для жирового гепатоза III степени, выявили у 18 (6,6%) пациентов. Из них у 11 (61,1%) отметили незначительное снижение функции, а у 7 (38,9%) функция была снижена значительно. Пациентов с нормальной функцией билиарного тракта в этой группе обследуемых не выявили.

В биохимических показателях функциональных проб печени у 19 пациентов (у всех – жировой гепатоз I-II степени) наблюда-

лось умеренное (до 1,5-2 норм) повышение АлАТ, у 12 из них отметили повышение и АсАТ (так же до 1,5 норм), что может свидетельствовать о возможном переходе у этих больных жирового гепатоза на стадию стеатогепатита. Достоверное ( $p < 0,05$ ) повышение общего холестерина и ХС-ЛПНП выявили у 59 (70,5%) пациентов, примерно с одинаковой частотой у мужчин и женщин. В этой группе больных наиболее распространенными сопутствующими заболеваниями были ЖКБ, атеросклероз сосудов сердца и мозга, гипертоническая болезнь, ожирение и сахарный диабет II типа.

**Выводы.** Таким образом, выявили высокодостоверную корреляционную связь ( $r = -0,361$ ;  $p < 0,0001$ ) между функцией билиарного тракта и степенью выраженности жирового гепатоза. Сочетание жирового гепатоза с ЖКБ, гипертонической болезнью, атеросклерозом, сахарным диабетом и характерные изменения липидного комплекса не исключают общего механизма развития заболеваний.

### 84. Распространенность заболеваний органов пищеварения у населения Москвы

Дорофеев М.Е.

ЦНИИ гастроэнтерологии, Москва, Россия

Болезни органов пищеварения занимают одно из ведущих мест в структуре заболеваемости населения. Они склонны к хроническому рецидивирующему течению, поражают наиболее трудоспособный возраст, снижают качество жизни населения и наносят огромный социально-экономический ущерб.

**Цель исследования:** изучить распространенность заболеваний органов пищеварения у неорганизованного населения г. Москвы.

**Материал и методы.** Методом случайной выборки для обследования был выбран 331 респондент в возрасте от 16 до 82 лет (мужчин 124 – 37,5%, женщин 207 – 62,5%). Средний возраст обследованных составил  $(43,4 \pm 12,3)$  года. Анкетирование, УЗИ органов брюшной полости, ЭГДС с определением НР быстрым уреазным тестом проведено всем обследуемым независимо от наличия или отсутствия жалоб, характерных для заболеваний органов пищеварения. В работе использовали классификацию ЖКБ, рекомендованную ЦНИИГ (Ильченко А.А., 2002), предусматривающую выделение 4 стадий желчнокаменной болезни: I стадия – наличие сладжа, II стадия – образование конкрементов, III – стадия хронического рецидивирующего калькулезного холецистита и IV – стадия осложнений. Степень выраженности жирового гепатоза оценивали согласно классификации Бацкова С.С. (1995). Состояние слизистой желудка определяли в соответствии с эндоскопическими критериями по Sidney (1990). Достоверность различий частот определяли при помощи непараметрического критерия  $\chi^2$  Пирсона.

**Результаты и их обсуждение.** Из обследуемых лиц ЖКБ выявили у 112 пациентов (33,8%), что соответствует среднестатистическим результатам скринингового исследования распространенности ЖКБ в популяции: I стадию ЖКБ – у 36 женщин и 19 мужчин, II и III стадии – у 31 женщины и 8 мужчин. У 13 женщин и 4 мужчин холецистэктомия в анамнезе. Среди женщин ЖКБ отмечали достоверно чаще ( $\chi^2 = 6,92$ ;  $p < 0,009$ ).

Диффузные изменения печени, характерные для жирового гепатоза, выявили у 201 (60,7%) обследуемого – у 68 (33,8%) мужчин и 133 (66,2%) женщин, различия недостоверны ( $p > 0,05$ ). Среди мужчин с жировым гепатозом у 14 (20,6%) отметили жировой гепатоз I степени, у 50 (73,5%) – II степени, у 4 (5,9%) – III степени. Среди женщин с жировым гепатозом выявили жировой гепатоз I степени у 48 пациенток (36%), II степени – у 64 пациенток (48,1%), у 21 (15,8%) отметили жировой гепатоз III степени. Таким образом, у мужчин высокодостоверно чаще выявляли жировой гепатоз II степени ( $\chi^2 = 11,83$ ;  $p < 0,0006$ ), у женщин – достоверно чаще жировой гепатоз III степени ( $\chi^2 = 4,06$ ;  $p < 0,045$ ).

Положительный тест на НР отметили у 219 респондентов (66,2%) – у 136 женщин и 83 мужчин, различия недостоверны ( $p > 0,8$ ). Недостаточность кардии выявили у 92 (27,8%) обследуемых – 66 женщин и 26 мужчин, различия достоверны ( $\chi^2 = 4,60$ ;  $p < 0,032$ ). Атрофический гастрит у женщин и мужчин отметили с примерно одинаковой частотой: среди женщин – у 9

(4,34%) пациенток, среди мужчин – у 3 (2,4%), различия недостоверны ( $p>0,36$ ). Рубцовую деформацию ДПК выявили у 29 (8,8%) респондентов (11 женщин и 18 мужчин), у мужчин – достоверно чаще ( $\chi^2=8,21$ ;  $p<0,004$ ).

**Выводы.** Таким образом, у женщин по сравнению с мужчинами достоверно чаще выявляли ЖКБ, жировой гепатоз III степени и недостаточность кардии, у мужчин – жировой гепатоз II степени и ЯБДПК. Атрофический гастрит и наличие НР у мужчин и женщин выявляли с примерно одинаковой частотой.

#### 85. Ранняя курортная реабилитация больных, перенесших холецистэктомию

Драгомирецкая Н.В., Ижа А.Н., Заболотная И.Б.,  
Малыхина Т.И., Науменко Е.Л.  
Украинский НИИ медицинской реабилитации и  
курортологии, Одесса, Украина

**Цель исследования:** повышение эффективности лечения больных в ранние сроки после холецистэктомии (ХЭ) на основе дифференцированного применения минеральной воды (МВ), амплипульс- и дециметровой (ДМВ)-терапии.

**Материалы и методы:** биохимические, ЭФГДС, рН-метрия, дыхательный хелик-тест, УЗИ органов брюшной полости. 87 пациентов, поступивших на 4-10-й день после ХЭ были разделены на две группы. I группа (28 человек) получала базисный комплекс – диета № 5 дробная, внутренний прием сульфатно-гидрокарбонатно-хлоридной натриевой МВ по 200 мл 3 раза в день за 40-60 минут до еды в зависимости от уровня кислотообразования, II группа (31 человек) дополнительно к базисному комплексу получала амплипульс-терапию на эпигастральную область (ежедневно № 10), III группа (28 человек) на фоне базисного лечения получала ДМВ-терапию на область правого подреберья (через день № 10). Курс лечения составил 24 дня.

**Результаты.** У 56,3% больных в ранние сроки после холецистэктомии обнаруживаются воспалительные изменения гастродуоденальной системы (ГДС) наряду с моторно-эвакуаторными расстройствами (70,1%), что в 50% случаев ассоциировано с хеликобактериозом. У 85,1% обследованных определяются нарушения кислотообразования, а у 48,2% – нарушения углеводного обмена. По данным непосредственных и отдаленных результатов лечения установлено, что применение амплипульс-терапии способствует ликвидации ( $p<0,05$ ) воспалительного процесса в ГДС, восстановлению ее моторно-эвакуаторных функций, устранению начальных нарушений углеводного обмена, ДМВ-терапия на область правого подреберья способствует восстановлению функционального состояния гепатобилиарной системы (ГБС) у обследованных пациентов.

**Вывод.** Таким образом, курортная реабилитация, проведенная в ранние сроки после ХЭ, позволяет предотвратить хронизацию патологического процесса в ГДС и ГБС, развитие ПХЭС.

#### 86. Цитологические особенности слизистой оболочки желудка при наличии *Helicobacter pylori* у больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки

Дубенская Л.И., Баженов С.М., Абрамова Е.С.,  
Сурменев Д.В.  
Смоленская ГМА, Россия

**Цель исследования:** изучение цитологических показателей антрума (А) и тела (Т) желудка у больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки при наличии инфекции *Helicobacter pylori* (НР) в желудке.

**Материалы и методы.** У 20 больных обоего пола (возраст от 18 до 57 лет) с гастробиоптатов А и Т изготавливались цитопрепараты-отпечатки, которые окрашивались по Романовскому. При микроскопии с масляной иммерсией (увеличение  $\times 945$ ) в баллах оценивались: количества НР и не-НР микрофлоры (МХТ), выраженность признаков наличия лимфоидных узелков (МАЛТ), активность воспаления (АВ).

**Результаты.** Количества НР в мазках А и Т значимо не отличались, но были прямо взаимосвязаны ( $p=0,02$ ). Морфотипы МХТ были представлены в основном кокковой микрофлорой, в мазках

располагались рассеянно и в виде скоплений, микроколоний-агглютинатов; количество морфотипов МХТ на одно поле зрения достигало в ряде участков нескольких сотен. Значимых различий данного показателя между А и Т не выявлено. Наиболее наглядным цитологическим признаком АВ служило наличие компактных средних и крупных скоплений нейтрофилов. Показатели АВ в А и Т не отличались. При этом выраженность признаков наличия МАЛТ значимо ( $p=0,00007$ ) выше в А, где данный показатель прямо взаимосвязан с АВ ( $p=0,0$ ).

**Заключение.** В цитологическое исследование слизистой оболочки желудка как при НР-ассоциированной, так и при не ассоциированной с НР патологии следует включать микроскопическую оценку нехеликобактерной микрофлоры. Биопат-сохраняющая технология изготовления мазков-отпечатков является наиболее экономной и предпочтительной для комплексного морфологического исследования.

#### 87. Диарея у госпитализированных больных гриппом

Дунаева Н.В.<sup>1,2,3</sup>, Григорьева И.В.<sup>2</sup>, Стуколкин К.О.<sup>3</sup>  
<sup>1</sup>НИИ гриппа Минздравсоцразвития России, Санкт-Петербург, <sup>2</sup>СПбГПМА, <sup>3</sup>Новгородский ГУ имени Ярослава Мудрого, Россия

**Цель исследования:** изучить частоту развития диарей у больных различными типами гриппа.

**Материалы и методы.** Проанализированы истории болезни 254 больных в возрасте 16 лет и старше с подтвержденным лабораторно диагнозом «грипп» 2008/2009 и 2009/2010 эпидсезонов из 29 отд. ГБ № 30 Санкт-Петербурга и Новгородской инфекционной больницы. Все больные были поделены на 3 группы: 1-я – сезонный грипп (А/Н1N1, А/Н3N2 или В) – 95 человек, 2-я – свиной грипп (А/Н1N1swine) – 120 человек, 3-я – сочетание А/Н1N1swine с одним или несколькими сезонными – 39 человек. Группы были сопоставимы по возрасту (медиана (25/75%) – 25 (18/42) в 1-й, 23 (18/33) во 2-й и 22 (19/28) в 3-й соответственно,  $p$  Краскела-Уоллеса 0,641) и полу (мужчин 66% в 1-й, 67% во 2-й и 72% в 3-й,  $\chi^2=0,392$ ,  $p=0,822$ ).

**Результаты.** Диарея чаще развивалась у больных 2-й группы (13,3%, 16/120), несколько реже у больных 3-й (5,1%, 2/39) и 1-й (2,1%, 2/95) групп ( $\chi^2=9,694$ ,  $p=0,008$ ). При попарном сравнении групп достоверной разницы между пациентами 1-й/3-й и 2-й/3-й групп не выявлено, а у пациентов 2-й группы дисфункция кишечника встречалась достоверно чаще, чем у пациентов 1-й группы ( $\chi^2=8,714$ ,  $p=0,003$ ). В 75% случаев диарея развивалась на 1-2-е сутки заболевания (55% – на 1-е сутки, 20% – на 2-е). У 2 человек (одного с гриппом А/Н3N2 и одного с сочетанием свиного гриппа и сезонного А/Н3N2) диарея развивалась на 5-й день болезни. По 1 больному со свиным гриппом, осложнившимся пневмонией, развили диарею на 6-е, 7-е и 15 сутки. Эти больные получали массивную антибиотикотерапию. Исключение их из анализа не влияло на достоверность полученных данных по частоте встречаемости диарей в указанных группах. В 77% диарея длилась 1-3 суток.

**Выводы.** В ряде случаев грипп, чаще свиной, сопровождается диареей, развивающейся обычно на 1-2-е сутки болезни и длящейся до 3 дней.

#### 88. Распространенность морфологических признаков воспалительных изменений желчных протоков у больных циррозом печени вирусной этиологии (по данным аутопсий)

Дунаева Н.В.<sup>1,2</sup>, Эсауленко Е.В.<sup>1,2</sup>, Новак К.Е.<sup>2</sup>, Карев В.Е.<sup>3</sup>  
<sup>1</sup>НИИ гриппа Минздравсоцразвития России, <sup>2</sup>СПбГПМА, <sup>3</sup>КИБ № 30 им. С.П. Боткина, Санкт-Петербург, Россия,  
e-mail: nvch@mail.ru

Воспаление желчных протоков и желчного пузыря в исследованиях на популяции живых пациентов с хроническим вирусным гепатитом (ХВГ) выявляют достаточно часто, особенно у пациентов со стеатозом и абдоминальным ожирением.

**Цель исследования:** изучить распространенность морфологических признаков воспалительных изменений желчных протоков у

больных циррозом печени различной вирусной этиологии (ХВГ В, С или В+С), умерших от осложнений цирроза.

**Материалы и методы.** Проанализированы протоколы аутопсии и микропрепараты ткани печени 94 больных ХВГ, умерших в ГБ № 30 имени С.П. Боткина. Выполняли световую микроскопию полутонких срезов. Выделены 3 группы: 1-я – ХВГ В (n=38), 2-я – ХВГ С (n=32), 3-я – ХВГ В+С (n=24).

**Результаты.** Воспалительные изменения протоков различной степени выраженности были диагностированы у 15 человек (40%) в 1-й группе, у 9 (28%) – во 2-й, у 8 (33%) – в 3-й ( $\chi^2=1,004$ ,  $p=0,605$ ). При проведении двухстороннего корреляционного анализа Спирмена наличие воспалительных изменений коррелировало с индексом гистологической активности ИГА ( $p=0,006$ ), признаками внутриклеточного ( $p<0,001$ ), капиллярного ( $p<0,001$ ) и протокового холестаза ( $p=0,024$ ) и не коррелировало с нозологической формой гепатита, толщиной подкожно-жирового слоя в области живота и стеатозом.

**Выводы.** Из пациентов, умерших от осложнений цирроза печени вирусной этиологии, морфологические признаки воспалительных изменений желчных протоков встречаются приблизительно у 1/3 вне зависимости от этиологии гепатита. Наличие воспаления желчных протоков коррелирует с ИГА и признаками холестаза.

#### 89. Особенности клинического течения хронического вирусного гепатита В в зависимости от его генотипов

Дустов А.  
Институт гастроэнтерологии АМН МЗ Республики  
Таджикистан, Душанбе, Таджикистан

**Цель исследования:** изучение клинических особенностей хронического гепатита В (ХГВ) в зависимости от гено- и фенотипических свойств HBV.

**Материал и методы.** Обследованы 30 больных ХГВ. Всем больным выполнялось определение полного спектра серологических маркеров HBV-инфекции методом иммуноферментного анализа: HbsAg, AbHbs, HbeAg, AbHbe. Выявление ДНК проводили методом полимеразной цепной реакции (ПЦР). Для генотипирования HBV использовался метод, основанный на полиморфизме длин фрагментов рестрикции амплифицированных участков генома HBV (PCR-RFLP).

**Результаты.** У 19 (63%) больных диагностирован А-генотип HBV, у 8 (26%) – D генотип, у 3 (10%) генотип оставался не уточненным из низкой вирусной нагрузки. Все больные были HbeAg-негативными и AbHbe-позитивными. У всех больных с генотипом А в крови не обнаруживался HbeAg, а среди больных с D-генотипом HbeAg-негативный серологический профиль выявлялся в 62% случаев, а HbeAg-позитивный – у 37% больных.

Больные были разделены на 3 группы с учетом генотипа и фенотипа HBV, связанных с возможной мутацией в *preS/s*-зоне генома: 1-я – больные хроническим вирусным гепатитом генотипа А без HbsAg (n=5), 2-я – больные хроническим гепатитом без HbsAg (n=11), 3-я группа – больные хроническим вирусным гепатитом генотипа D, не имеющие HbsAg (n=6). Среди больных HbsAg-негативном хроническим вирусным гепатитом (генотип А) чаще встречался гепатит умеренной (31%) и высокой активности (21%) против 15% ( $p<0,01$ ) и 25% ( $p<0,01$ ) при HbsAg-позитивном хроническом вирусном гепатите (генотип D). При HbsAg-негативном варианте А-генотипа у 21% больных диагностирован цирроз печени, а при HbsAg-позитивном варианте цирроз печени не диагностирован ни у одного больного ( $p<0,05$ ). У 12 (63%) больных с генотипом А и у 4 (50%) больных с генотипом D отмечался HbsAg-негативный фенотип HBV. У больных ХГВ, инфицированных А-генотипом, отмечалось более тяжелое течение с более частым формированием цирроза печени (в 33% случаев на втором десятилетии течения заболевания).

Клиническая картина ХГВ во многом определялась генотипом HBV. При этом отмечено, что у больных, инфицированных вирусом с генотипом D, имело место более мягкое течение хронического гепатита. В то время как у больных с вирусом А-генотипа наблюдалось более агрессивное течение хронического гепатита при более ранних сроках формированием цирроза печени.

#### 90. Клинико-морфологические особенности поражения верхних отделов пищеварительного тракта у больных с синдромом раздраженного кишечника

Дустов А., Абдуллоев А.

Институт гастроэнтерологии АМН МЗ Республики  
Таджикистан, Таджикский ГМУ им. Абуали ибн Сино,  
Душанбе, Таджикистан

**Цель исследования:** изучить клинико-морфологические особенности поражения верхних отделов пищеварительного тракта у больных с синдромом раздраженного кишечника (СРК).

**Материал и методы.** Обследованы 110 больных СРК. Группу сравнения составили 60 больных заболеваниями верхних отделов пищеварительного тракта без СРК. Контрольную группу составили 30 здоровых.

**Результаты.** При клиническом обследовании больных СРК симптомы, указывающие на поражение желудочно-кишечного тракта, были у большинства – (88,6±8,2)% больных. Боли в эпигастриальной области были у 78 – (63,4±6,6)% больных с СРК, в пилорoduodenальной области – у 17 – (13,8±1,4)%, в правом подреберье – у 72 – (58,5±6,0)% больных. После еды боли возникали у 44 – (35,8±3,8)%, на тошноту жаловались 48 – (39,0±4,0)%, на наличие отрыжки – 14 – (11,3±1,4)% больных. Исследование секреторной функции желудка выявило, что нормальный тип желудочной секреции был только у (14,5±1,5)% больных с СРК, из которых все больные были со 2-м вариантом (26,7±2,8)% ( $p<0,2$ ) или 3-м вариантом (10,0±1,5)% ( $p<0,7$ ) СРК. Гиперацидное состояние выявлено у (43,5±4,3)% больных СРК, чаще у больных СРК с 3-м вариантом – (70,8±7,4)% ( $p<0,1$ ). При 1-м варианте СРК оно выявлялось почти в два раза реже – в (31,8±3,8)% случаев,  $p<0,3$ . В то же время гипоацидоз, который имелся у (40,3±4,1)% больных СРК, чаще выявлялся при 1-м варианте СРК – в (68,2±6,6)%,  $p<0,1$ , а при 3-м варианте имелся только у (19,2±2,0)% больных. Морфологические изменения выявлялись у 92% больных, при этом преобладающим является поверхностный (57% больных), реже – неатрофический (13,0%) и эрозивный (8,1%) гастродуоденит.

**Заключение.** У больных СРК чаще встречаются поверхностный гастродуоденит (57%), реже – неатрофический (13,0%) и эрозивный гастродуоденит (8,1%).

#### 91. Новое в питании спортсменов

Дымар О.В., Гордынец С.А., Калтович И.В.

Институт мясомолочной промышленности, Минск,  
Беларусь

Питание спортсменов является важнейшим фактором, влияющим на метаболическую адаптацию организма к систематическим физическим нагрузкам. Чрезвычайно важным аспектом в питании спортсменов является поддержание активного состояния нормальной микрофлоры кишечника.

**Целью настоящей работы** являлась разработка для спортсменов новых рецептур мясных продуктов, характеризующихся пребиотической активностью и повышенной биологической ценностью. **Методами исследований** являлись анализ литературных источников по питанию спортсменов, а также стандартные методы испытаний показателей качества полуфабрикатов мясных рубленых.

Специалистами РУП «Институт мясомолочной промышленности» для питания спортсменов разработан ассортимент полуфабрикатов мясных рубленых, обогащенных концентратом сывороточных белков, витаминами и минеральными веществами. Для поддержания нормальной микрофлоры кишечника в рецептуры полуфабрикатов была введена лактулоза, обладающая пребиотической активностью благодаря тому, что она практически не расщепляется ферментами верхних отделов желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) и доходит в неизменном виде до толстой кишки.

**Результаты исследований** показали, что разработанные полуфабрикаты обладали следующими преимуществами:

- повышенное содержание белка (до 20,1%), незаменимых аминокислот (до 73,37 г/100 г белка), лактулозы (до 0,34 г/100 г продукта), а также витаминов А, D<sub>3</sub>, Е, В<sub>1</sub>, В<sub>2</sub>, В<sub>6</sub>, В<sub>9</sub>, В<sub>12</sub>, РР, С и минеральных элементов: кальция, йода, селена;

– приближенное к оптимальному соотношение белок : жир (1:0,8);

– сбалансированный аминокислотный состав.

**Выводы.** Достижение пребиотической активности и повышенной биологической ценности специализированных мясных продуктов является возможным благодаря введению в состав этих продуктов обогатительных пищевых добавок, содержащих витамины, минеральные вещества и лактулозу.

## Е

### 92. Использование визуальной аналоговой шкалы для оценки уровня боли у пациентов с гепатобилиарной патологией

Емельянов Д.Н., Стаценко И.Ю., Мязин Р.Г., Соболева Д.А.  
Волгоградский ГМУ, Россия, e-mail: nacro@mail.ru

**Цель исследования:** определить уровень болевого синдрома у пациентов с гепатобилиарной патологией в процессе проводимого базисного лечения с помощью стандартизированных и доступных методов оценки боли, что целесообразно в клинической практике.

**Материалы и методы.** Универсальной и при этом максимально упрощенной методикой объективного определения интенсивности боли, принятой в мире и в России, является визуальная аналоговая шкала (ВАШ). Используемая нами ВАШ представляла собой линейку длиной 100 мм, с отметками на ней от 0 баллов: «боли нет» до 10 баллов: «максимальная боль». Пациенты ставили на линейке метку, которая соответствовала уровню боли, испытываемой ими в момент исследования. С обратной стороны линейки были нанесены миллиметровые деления для отметки полученных значений. Изменение интенсивности боли считалось объективным, если новое значение ВАШ отличалось от предыдущего более чем на 1,3 балла или 13 мм. Согласно общепринятому стандарту снижение уровня боли на 1,5-2,0 балла считается минимальным, на 3,0 – умеренным, на 5,0 и более – существенным. В исследованную группу вошли 20 больных с диагнозами: токсический гепатит (7 чел.); стеатогепатит (4 чел.); цирроз печени (3 чел.); желчнокаменная болезнь (6 чел.). Пациентам проводилось три оценки в баллах по ВАШ – в день поступления в стационар, а также на третий и на седьмой дни лечения. Затем полученные данные сравнивались.

**Результаты.** У пациентов в исследуемой группе было отмечено минимальное снижение интенсивности болевого синдрома на 3-й день и умеренное облегчение боли на 7-й день лечения.

**Выводы.** При оценке интенсивности болевого синдрома с помощью ВАШ у пациентов с гепатобилиарной патологией наблюдается прямая корреляция с тяжестью состояния, временем от момента поступления в стационар и проводимым лечением.

### 93. Особенности новорожденных с врожденными аномалиями ротации кишечника

Еремеева А.В., Ботвиньев О.К., Кондрикова Е.В.  
Первый Московский ГМУ им. И.М. Сеченова, Россия

**Цель исследования:** изучить связь особенностей генотипа у детей с врожденными аномалиями ротации кишечника.

**Материалы и методы.** Исследовано 65 историй болезни детей (33 мальчиков и 32 девочек). Дети поступали в стационар в возрасте 1-3 суток жизни с клиникой высокой кишечной непроходимости. Несмотря на пороки развития, выраженной задержки внутриутробного развития не отмечено. Средний срок гестации (37,3±0,5) нед, масса тела (2643±112) г, длина тела (47,5±0,8) см, окружность головы (33,6±0,4) см, окружность груди (31,1±0,4) см. Все показатели имели высокую степень корреляции (0,90-0,93). Отмечена высокая вариабельность признаков, больше всего изменчивости подвержена масса тела, а меньше всего – окружность головы. У 78,5% больных выявлены сочетанные врожденные пороки. Количество пороков у мальчиков 3,94±0,49, у девочек 3,38±0,46. Чаще аномалии ротации кишечника сочетались с аномалиями развития органов брюшной полости, реже выявлялись пороки дыхательной, CCC, ЦНС и мочевыводящей системы. При изучении групп крови было выявлено, что преобладали дети с фенотипами III (B) Rh+ и снижено количество с фенотипом II (A) Rh+ (p<0,05).

**Выводы.** Многообразие различных вариантов комбинирования аномалий ротации кишечника с другими пороками развития, большая вариабельность антропометрических признаков позволяет отнести данный порок развития кишечника к заболеваниям с полигенным типом наследования.

#### 94. Некротический энтероколит у новорожденных детей с сепсисом: фенотипические и генотипические особенности

Еремеева А.В., Ботвиньев О.К., Щербакова Е.А.  
Первый Московский ГМУ им. И.М. Сеченова, Россия

**Актуальность.** Сепсис – тяжелое микробно-воспалительное заболевание с развитием вторичных очагов воспаления в различных органах, в том числе некротического энтероколита (НЭК).

**Цель нашего исследования:** изучение фено- и генотипических особенностей у новорожденных с сепсисом и НЭК.

**Материалы и методы.** Изучено 279 историй болезни детей с сепсисом, из них 105 детей с НЭК. Были исследованы масса-ростовые показатели, группы крови по системе ABO и Rh-фактор. Анализ выявил, что средний срок гестации для детей с НЭК составил (34,4±0,8) нед, без НЭК – (37,4±0,5) нед, масса тела детей с НЭК (2336±312) г, без НЭК (2689±430) г, длина тела детей с НЭК (44,5±1,1) см, без НЭК (46,7±2,8) см. Все показатели имели высокую степень корреляции 0,90-0,95. У новорожденных с течением сепсиса и НЭК отмечена задержка темпов внутриутробного развития равномерно по всем антропометрическим показателям. Для наиболее полной характеристики генотипа исследованы группы крови системы ABO, Rh-фактор и их комбинации. Выявлено, что преобладали дети с фенотипами III (B) Rh<sup>+</sup>; I (O) Rh<sup>+</sup>; I (O) Rh<sup>-</sup> и снижено количество больных с фенотипом II (A) Rh<sup>+</sup>.

**Заключение.** Проведенное исследование позволяет считать, что в генезе НЭК важное место принадлежит генотипическим факторам развития некротического энтероколита у больных сепсисом, что значительно утяжеляло его течение и влияло на дальнейший прогноз.

#### 95. Качество жизни больных гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью

Еремина Е.Ю., Зверева С.И., Герасименко И.В.,  
Рязанцева Д.Е.  
МГУ им. Н.П. Огарева, Саранск, Россия

**Цель исследования:** оценить качество жизни больных гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью (ГЭРБ) до и после 14-дневного лечения алгинатом.

**Материал и методы.** Исследование в Саранске проведено в рамках проспективного многоцентрового несравнительного открытого клинического исследования ВИА АПИА, организованного НОГР и ЦНИИ гастроэнтерологии ДЗ Москвы.

В исследовании по г. Саранску приняли участие 25 пациентов с симптомами ГЭРБ (18 женщин и 7 мужчин) в возрасте 19-74 лет (средний возраст (37,0±9,4) года).

**Результаты.** Диагностически значимый для ГЭРБ симптом изжоги регистрировался в 88% случаев, в том числе 16% пациентов изжога беспокоила ежедневно, 24% – несколько раз в неделю, 48% – 1 раз в неделю. По интенсивности изжога оценивалась как сильная 40% пациентов, средняя – 56%, очень сильная – 48%. Продолжительность симптома изжоги составляла у 16% больных до 1 года, у 52% – от 1 года до 5 лет, у 24% – от 5 до 10 лет, у 8% – свыше 10 лет.

Оценка симптома изжоги по шкале Likert: слабый – 8%, умеренный – 60%, сильный – 24%, очень сильный – 18%. По опроснику SF-36 20% пациентов оценили свое состояние до лечения как плохое, 44% – как посредственное, 28% – как хорошее, 4% – очень хорошее, 4% – отличное. После 14-дневной терапии алгинатом 36% пациентов расценили свое состояние как посредственное, 48% – как хорошее, 16% – как очень хорошее. Оценок «отлично» и «плохо» не было.

При этом общая оценка лечения пациентами выглядела следующим образом: отличная – 4%, хорошая – 52%, удовлетворительная – 40%, неудовлетворительная – 4%.

**Выводы.** Качество жизни пациентов с ГЭРБ существенно нарушено. Эффективная терапия способна не только уменьшить или ликвидировать клиническую симптоматику ГЭРБ, но и повысить качество жизни больных.

#### 96. Запоры у беременных

Еремина Е.Ю., Морозов Н.Т., Литюшкина М.И.  
МГУ им. Н.П. Огарева, Саранск, Россия

**Цель исследования:** проанализировать распространенность запоров у беременных и эффективность лечебных мероприятий.

**Материал и методы.** Под наблюдением находились 78 беременных в возрасте 19-34 лет на сроке беременности от 6 до 40 недель. Запоры при первичном обследовании выявлены в 53% случаев, в том числе у 39% женщин они отмечались до беременности, а у 61% развились в период беременности (гестационные запоры). К наиболее вероятным причинам гестационных запоров отнесены изменение гормонального фона, способствующее ослаблению тонуса и перистальтики кишечника, сниженное употребление растительной клетчатки и жидкости, отсутствие аппетита, тошнота и рвота при раннем токсикозе, прием лекарств с «закрепляющим» побочным эффектом (препаратов железа, кальция, гипотензивных средств, спазмолитиков, алюминийсодержащих антацидов), эмоциональная неустойчивость, подверженность стрессам, беспокойство за исход беременности, страх перед родами, экстрагенитальные заболевания, протекающие с симптомом запора (гипотиреоз, синдром раздраженного кишечника, билиарные дисфункции, язвенная болезнь). Наиболее часто назначаемыми препаратами для курсового лечения и профилактики запоров у беременных были нормофлорины Л и Б, эубикор и лактулоза. У 9 женщин возникала необходимость использования ректальных суппозиториев (микролакс, релиф) в связи с сопутствующим геморроем. Слабительные со стимулирующим эффектом (пикосульфат натрия, бисакодил и др.) назначались ситуационно 2 женщинам в связи с торпидностью к лечению гипотонического запора, в последующем продолжалась базовая терапия.

**Результаты.** Разработан алгоритм и патогенетическое обоснование тактики ведения беременных с запорами.

**Выводы.** Достижение оптимального функционирования кишечника у беременных возможно с помощью курсового применения нормофлоринов, эубикора и препаратов лактулозы.

#### 97. Синбиотики в комплексном лечении больных хроническим панкреатитом

Еремина Е.Ю., Строкова О.А., Козлова Л.С., Рязанцева Д.Е.  
МГУ им. Н.П. Огарева, Саранск, Россия

**Цель исследования:** изучение эффективности синбиотических биокомплексов «Нормофлорины Д» в комплексной терапии больных хроническим панкреатитом (ХП).

**Материал и методы.** Обследованы 20 больных с обострением ХП. Средний возраст составил (45,7±2,6) года. Методом случайной выборки больные были разделены на 2 группы: основную (n=12) и группу сравнения (n=8). Пациенты обеих групп получали ингибитор протонного насоса, спазмолитик и панкреатин. Больным основной группы дополнительно назначали синбиотический биокомплекс «Нормофлорины Д». Всем пациентам исследовали активность мембрано-связанных кишечных ферментов (γ-амилазы, мальтазы, щелочной фосфатазы (ЩФ), аминоксипептидазы), мембраноцитозольных дипептидаз, амилолитическую активность в зоне мембранного пищеварения и адсорбционные свойства слизистой оболочки тонкой кишки (СОТК) в отношении панкреатической α-амилазы, а также структуру СОТК методами оптической и электронной микроскопии.

**Результаты.** Использование синбиотических биокомплексов способствует более быстрому уменьшению симптомов нарушенного кишечного пищеварения и стабилизации массы тела. У пациентов основной группы возрастала (p<0,05) общая амилолитическая активность тонкой кишки, амилолитическая активность в зоне мембранного пищеварения, активность кишечных ферментов повышалась (p<0,05), восстанавливались их регуляторные свойства, изученные на примере ЩФ, уменьшалась выраженность изменений микроворсинок и внутриклеточных структур энтероцитов, повышалась толщина и плотность гликокаликса.

**Выводы.** Добавление синбиотических биокомплексов «Нормофлорины Д» в стандартную терапию ХП повышает эффективность лечения больных.

#### 98. Использование индигенных энтерококков при коррекции экспериментального дисбиоза кишечника у крыс

Ермоленко Е.И.<sup>1</sup>, Донец В.И.<sup>2</sup>, Колоджиева В.В.<sup>3</sup>, Цапиева А.Н.<sup>1</sup>, Суворов А.Н.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Институт экспериментальной медицины РАМН, Санкт-Петербург, e-mail: lermolenko1@yandex.ru, <sup>2</sup>СПбМАПО, <sup>3</sup>ММА им. И.М. Сеченова, Москва, СПбГМУ, Россия

**Цель работы:** исследовать действие молочнокислых заквасок с индигенными энтерококками (IE) на диспепсические симптомы и микробиоту кишечника крыс с антибиотик-ассоциированным дисбиозом.

**Материал и методы.** Крысам – самцам породы Вистар – индуцировали дисбиоз внутрижелудочным введением в течение 3 дней метронидазола и ампициллина. Затем в течение 5 дней животных получали молочнокислые закваски с IE, с пробиотическим штаммом *E. faecium* L3 или молоко (контроль). Вид энтерококков и наличие генов патогенности определяли при помощи ПЦР. В 1-й, 3-й и 9-й дни эксперимента забирали пробы фекалий для проведения бактериологического исследования микробиоты.

**Результаты.** Для приготовления молочнокислых заквасок использовали только штаммы *E. faecium*. В геномах 6 из 7 штаммов IE выявлены гены, обеспечивающие адгезию (*esp*, *asa1*, *sprE*, *fsrB*), в 5 штаммах – продукцию желатиназы (*gelE*). У всех крыс, получавших молочнокислые закваски, отмечалось более быстрое по сравнению с животными контрольной группы восстановление аппетита, нормализация стула и увеличение массы тела. После введения *E. faecium* L3 была отмечена элиминация появившихся в чрезмерных количествах после воздействия антибиотиками *Proteus spp.*, *Klebsiella spp.*, *Staphylococcus aureus* и *E. coli*, число которых продолжало возрастать у животных контрольной группы. При введении IE уменьшение числа клебсиелл происходило в меньшей степени, чем у крыс, получавших *E. faecium* L3, а количество протея даже увеличивалось. Однако в этом случае было отмечено более существенное увеличение бактерий родов *Lactobacillus* и *Bifidobacterium* по сравнению с другими группами животных.

**Выводы.** IE, в том числе штаммы, содержащие гены патогенности, способствует коррекции дисбиоза кишечника. В отличие от пробиотических (штамм L3) они проявляют меньшую антагонистическую активность по отношению к клебсиеллам и протею, однако в меньшей степени угнетают рост облигатных представителей нормальной микрофлоры.

#### 99. Эффективность препарата L-орнитин-L-аспартат у пациентов с неалкогольным стеатогепатитом

Ермолова Т.В., Ильченко Л.Ю.  
СПбГМА им. И.И. Мечникова, Россия,  
e-mail: tv.ermolova@mail.ru

**Цель исследования:** изучить эффективность и переносимость препарата L-орнитин-L-аспартат («Гепа-мерц») у пациентов с неалкогольным стеатогепатитом в рамках клинического нерандомизированного мультицентрового исследования.

**Материалы и методы.** Клиническое исследование проводилось в 18 центрах, обследованы 289 пациентов. Диагноз был установлен по анамнестическим, клинико-биохимическим данным и УЗИ, критериями исключения являлись наличие хронического вирусного, алкогольного, аутоиммунного и лекарственного гепатита. Пациенты получали гепа-мерц перорально по 1 пакету гранулята (3 г активного вещества) 3 раза в день после еды в течение 3 месяцев. В исследовании было выделено 4 базовых точки-визита (1-я, 4-я, 8-я и 12-я неделя лечения). Критериями оценки эффективности лечения была динамика биохимических показателей (АлАТ, АсАТ, щелочной фосфатазы, билирубина, общего белка, альбумина, глюкозы, креатинина, мочевины), динамика клинической симптоматики (астенического, диспептического и болевого синдромов), динамика времени выполнения теста связи чисел (ТСЧ), показателей качества жизни (по опроснику CDLQ, в баллах).

**Результаты.** Анализ эффективности лечения показал, что к 12-й неделе отмечается достоверное снижение АлАТ, АсАТ ( $p=0,029$ ,

по Mann-Whitney), ГГТП ( $p=0,003$ ), уменьшение проявлений астенического, диспептического ( $p<0,001$ ), болевого ( $p=0,007$ ) синдромов, повышение качества жизни с 128,2 до 161,2 балла ( $p<0,001$ ), уменьшение времени выполнения ТСЧ с 41,9 до 36,4 ( $p=0,018$ ).

**Выводы.** Лечение НАСГ с включением препарата «Гепа-мерц» на протяжении 3 месяцев достоверно улучшает клинико-биохимические показатели и демонстрирует хорошую переносимость препарата. L-орнитин-L-аспартат (гепа-мерц) может быть рекомендован для лечения пациентов с неалкогольным стеатогепатитом.

#### 100. Комплексная курортная терапия неалкогольной жировой болезни печени с применением питьевых минеральных вод эссентуцкого типа

Ефименко Н.В., Федорова Т.Е., Козина В.В.,  
Ортабаева М.Х.  
Пятигорский ГНИИК ФМБА России, Россия,  
e-mail: orgotdel@gniik.ru

**Цель исследования:** изучить эффективность курортной терапии с применением питьевых минеральных вод «Эссентуки» № 4 и «Эссентуки – Новая» при лечении больных с неалкогольной жировой болезнью печени (НАЖБП).

**Материал и методы.** Обследованы 40 больных (15 мужчин и 25 женщин) с НАЖБП; средний возраст ( $48,8\pm5,7$ ) года. Проведены клинические, биохимические исследования и ультрасонография печени до и после курортной терапии, включающей санаторно-курортный режим, лечебное питание, бальнеотерапию в виде углекислых минеральных ванн (по стандартной методике) и питьевое лечение минеральными водами «Эссентуки – Новая» (1 лечебный комплекс (1 ЛК) – 20 больных) и «Эссентуки» № 4 (2 ЛК – 20 больных).

**Результаты исследования.** После проведенного лечения у большинства пациентов (82,8%) уменьшились клинические проявления заболевания. У 86,2% больных с ожирением наблюдалось снижение массы тела с ( $96,7\pm2,8$ ) кг до ( $92,9\pm2,4$ ) кг и индекса массы тела – с ( $34,8\pm1,2$ ) кг/м<sup>2</sup> до ( $32,7\pm1,1$ ) кг/м<sup>2</sup> ( $p<0,05$ ). У 82,5% больных улучшились печеночные пробы: снизились повышенные уровни АЛТ, АСТ, ГГТП ( $p<0,05$ ). Отмечено улучшение липидного обмена в виде снижения уровня общего холестерина (77,5%), триглицеридов (72,5%), липопротеидов низкой и очень низкой плотности (67,5%);  $p<0,05$ . У больных с гиперинсулинемией концентрация в плазме инсулина снизилась с ( $28,4\pm1,5$ ) мкМЕ/мл до ( $25,4\pm1,9$ ) мкМЕ/мл,  $p<0,05$ . Доплерография сосудов печени показала улучшение портальной гемодинамики практически у всех больных. Сравнительная оценка курортного лечения с использованием изучаемых питьевых минеральных вод не выявила существенных различий в динамике клинических и биохимических показателей. Общая эффективность курортной терапии составила 82,5% и 80% в 1 и 2 группах соответственно ( $p_{1-2}>0,05$ ).

**Заключение.** Доказана высокая эффективность курортной терапии с использованием питьевых минеральных вод «Эссентуки» № 4 и «Эссентуки – Новая» при лечении больных с НАЖБП.

#### 101. Микробиологическая характеристика поражения толстой кишки у больных лимфомами в период клинико-гематологической ремиссии

Ефремова Н.В., Солдатова Г.С., Пospelова Т.И.  
ЦКБ СО РАН, Новосибирск, Россия,  
e-mail: natefremova@gmail.com

**Цель исследования:** изучение микробиологических особенностей поражения толстой кишки после цитостатической терапии.

**Материал и методы.** Обследован 121 больной лимфомами в отдаленный период клинико-гематологической ремиссии (КГР). Противоопухолевая терапия проводилась по стандартным протоколам, среднее число курсов составило  $9,4\pm0,7$ . 78% больных проводилась антибактериальная терапия в качестве сопровождения при интеркуррентных инфекциях. Средняя продолжительность КГР составляла ( $66,5\pm9,3$ ) месяца, средний возраст обследуемых

дуремых – (40,5±13,92) года. Дисбактериоз кишечника оценивался в соответствии с Российским отраслевым стандартом (от 09.06.2003).

**Результаты.** Несмотря на длительный период КГР, нормального состояния кишечной микрофлоры не выявлено ни у одного больного. I степень тяжести отклонений в микрофлоре определялась у 38 (31,40%) больных, II – у 67 (55,37%), III – у 16 (13,22%). Содержание бифидобактерий было снижено у 53,72% больных и составляло (0,040±0,007) млрд/г, а лактобактерий у 18 (14,88%) пациентов, составляя (2,25±0,53) млн/г. Содержание нормальной кишечной палочки было снижено у 50 (41,32%) обследуемых, составляя (0,92±0,04) млн/г, отсутствовала у 10 (8,26%) больных. У 3 (2,48%) пациентов выделены клостридии, являющиеся токсин-продуцирующими штаммами. Их содержание составляло (2,04±0,42) млн/г. У 23,97% пациентов выявлены потенциально патогенные микроорганизмы семейства кишечных, у 7 (5,79%) – грибы рода *Candida*. Содержание кишечной палочки со сниженными ферментативными свойствами выявлено у 9,92% пациентов, гемолизирующая кишечная палочка – у 4 (3,31%), у 90 (74,38%) обследуемых сохранялась тенденция к повышенному содержанию энтерококков, количество которых составило (292,00±33,10) млн/г.

**Заключение.** Цитостатическая терапия, особенно в сочетании с антибактериальной, усугубляет нарушение состояния микрофлоры толстой кишки даже в отдаленный период КГР. У всех обследуемых обнаруживаются отклонения как в анаэробной, так и аэробной ее части, проявляющиеся снижением содержания бифидобактерий, уменьшением числа лактобактерий, появлением клостридий, уменьшением количества полноценной в ферментативном отношении кишечной палочки, что требует разработки лечебно-профилактических мероприятий на различных этапах ведения больных.

## Ж

### 102. Состояние микробиоценоза кишечника у больных циррозом печени по результатам водородного дыхательного теста

Жданов К.В., Захаренко С.М., Куртуков М.В., Сукачев В.С.  
Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова, Санкт-Петербург, Россия

Нами обследован 71 больной хроническим гепатитом на стадии цирроза печени (ЦП). Возраст больных составил от 30 до 63 лет, в среднем (49,5±0,9 года). Среди обследованных было 29 мужчин и 42 женщины. Из 45 больных ЦП вирусной этиологии было 20 больных ЦП на фоне ХГС, 19 – ЦП на фоне ХГВ, 6 – ЦП на фоне ХГВ+С. У 26 больных имел место ЦП невирусной этиологии: у 25 – ЦП на фоне хронического недифференцированного гепатита (ХНГ), у 1 – ЦП на фоне аутоиммунного гепатита (АИГ) 1-го типа. Помимо стандартных клинико-лабораторных и инструментальных методов обследования для оценки микробиоценоза кишечника у 70 больных мы проводили водородный дыхательный тест (ВДТ-мониторирование содержания водорода (H<sub>2</sub>) в выдыхаемом воздухе, прибор Gastrolyser, Англия).

По результатам ВДТ нарушение микробиоценоза кишечника отмечено у 24 (34,2%) больных. Так, ускоренная ферментация тестового дисахарида была определена у 16 (22,8%) больных вирусным ЦП и лишь у 8 (11,4%) больных ЦП невирусной этиологии, причем в 1-й группе больные чаще предъявляли жалобы на урчание в животе и жидкий стул ( $\chi^2=6,19$ ;  $p=0,01$  и  $\chi^2=4,20$ ;  $p=0,04$  соответственно), что согласуется с полученными результатами. Более того, в группе больных вирусным ЦП с дисбиозом кишечника нами выявлена прямая корреляционная связь ( $r=0,7$ ;  $p<0,05$ ) показателей H<sub>2</sub> с уровнем щелочной фосфатазы, креатинина (с 15 по 45 минуты ВДТ), мочевины (с 15 по 60 и 120 минуты), глюкозы крови (с 60 по 240 минуты). Стоит отметить, что в группе больных невирусным ЦП подобных корреляционных связей выявлено не было.

Учитывая многообразие жизненно важных функций, выполняемых микрофлорой кишечника, изучение его микробиоценоза у больных ЦП вирусной этиологии является перспективным направлением в современной гепатологии.

### 103. Особенности поражения печени у пациентов с болезнью Вильсона-Коновалова

Жигальцова О.А., Силивончик Н.Н.  
БелМАПО, Минск, Беларусь

**Цель исследования:** выявить особенности поражения печени у пациентов с болезнью Вильсона-Коновалова.

**Материал и методы.** Проанализировано 55 случаев болезни Вильсона-Коновалова (25 мужчин и 30 женщин, средний возраст (32,0±12,3) года, от 17 до 63 лет), в том числе 44 пациента и 11 секционных случаев с ретроспективным анализом. 16 (29%) пациентов имели изолированную абдоминальную форму болезни Вильсона-Коновалова, у 39 (71%) заболевание протекало с преимущественно неврологической симптоматикой. Длительность заболевания варьировала от 0 до 35 лет (медиана 5 лет). Форму и тяжесть поражения печени оценивали по клинико-лабораторным, инструментальным и морфологическим данным.

**Результаты.** Признаки поражения печени выявлены у всех пациентов: у 41 (75%) – признаки цирроза печени, у 14 (25%) – хронического гепатита. При сопоставлении форм оказалось, что признаки цирроза печени имелись у 12 пациентов с абдоминальной формой болезни Вильсона-Коновалова и у 29 – с преимущественно неврологической симптоматикой. Частота цирроза печени в данных группах статистически не различалась ( $\chi^2=0,08$ ,  $p=0,77$ ). Цирроз в стадии декомпенсации отмечен в 30 случаях (73%). Признаки декомпенсации цирроза чаще обнаруживались у женщин (у 21 из 30 женщин и 9 из 25 мужчин), хотя различия не были статистически значимыми ( $\chi^2=2,54$ ,  $p=0,11$ ). Анализ частоты цирроза в стадии декомпенсации у пациентов с абдоминальной формой и преимущественно неврологической симптоматикой не выявил статистических различий ( $\chi^2=0,31$ ,  $p=0,58$ ).



**Заключение.** Признаки поражения печени имелись у всех пациентов независимо от формы заболевания. Частота цирроза у пациентов с абдоминальной формой и преимущественно неврологической симптоматикой статистически не различалась. Частота цирроза в стадии декомпенсации в группах пациентов также не различалась.

## 3

**104. Морфо-эндоскопические сопоставления при исследовании пищевода у детей**

Загорский С.Э., Войтович Т.Н., Коржик А.В.  
Белорусский ГМУ, Минск, Беларусь

**Цель исследования:** сопоставить результаты морфологического исследования слизистой оболочки пищевода (СОП) у детей с макроскопическими изменениями в пищеводе.

**Материал и методы.** Обследованы 82 ребенка в возрасте от 10 до 17 лет (средний возраст (Me (LQ/UQ)) – 16,0 (13,0/17,0), 44 мальчика – 53,7%, 38 девочек – 46,3%) с эндоскопическими изменениями в пищеводе. Оценка морфологических изменений в пищеводе базировалась на критериях А.В. Кононова (2004). Выявленные морфологические изменения в СОП были разделены по рангам: 1 рангу соответствовала нормальная гистологическая картина, 2 рангу – только гиперплазия базального слоя, 3 рангу – сочетанные признаки эзофагита, 4 – желудочная или кишечная метаплазия.

**Результаты.** Из 82 пациентов у 40 отмечались признаки катарального эзофагита (эритема, отек, рыхлость СОП), у 20 – эрозивно-язвенные поражения, у 20 – полиповидные образования и у 2 – макроскопические признаки пищевода Барретта. Микроскопические изменения СОП выявлены в 91,5% случаев независимо от наличия деструкции СОП. Сочетанные признаки воспаления в СОП регистрировались значительно чаще, чем другие нарушения архитектоники (гиперплазия базального слоя, метаплазия) – в 54,9% и 36,6% случаев соответственно,  $p=0,022$ . Отмечена высокая частота метапластической трансформации СОП (18,3%), из них в 80% выявлена желудочная метаплазия и в 20% – кишечная.

При сравнении выраженности морфологических изменений СОП в зависимости от наличия деструктивных изменений не было выявлено статистически значимых различий ( $p=0,48$ , U-критерий Манна-Уитни).

**Выводы.** 1. Морфологическое подтверждение эндоскопической диагностики патологии пищевода у детей достигает 91,5%. 2. Среди морфологических изменений в СОП преобладают сочетанные воспалительные изменения (в 54,9% случаев); частота метаплазии – 18,3%.

**105. Применение природных и преформированных факторов в реабилитации кислотозависимых заболеваний желудочно-кишечного тракта у лиц пожилого и старческого возраста**

Задорожная Н.А., Покидько В.П.

Национальный государственный университет физической культуры, спорта и здоровья им. П.Ф. Лесгафта,  
Санкт-Петербургский ГМУ им. акад. И.П. Павлова,  
Санкт-Петербург, Россия

**Цель исследования:** оценить эффективность сочетанного воздействия низкотемпературной магнитопелоидотерапии в комплексе с желудочным фитосбором на функционально-морфологические показатели ЖКТ у пациентов с патологией гастродуоденальной области.

**Материалы и методы.** Под наблюдением находились 90 пациентов (возраст от 60 до 80 лет) с кислотозависимыми заболеваниями ЖКТ.

Предложенный лечебный комплекс включал грязевые аппликации на область «широкого пояса» со сниженной по сравнению с традиционной температурой в сочетании с магнитотерапией и приемом фитосбора. Состав фитосбора: зверобой, валериана, аир, чага, мята в соотношении 5:4:3:3:5.

В качестве контроля: 25 пациентов с аналогичной патологией, получавших традиционную пелоидотерапию, но без приема магнитотерапии и фитосбора.

**Результаты.** На фоне проведенного лечения отмечалось улучшение объективно-клинической симптоматики. Исследование кислотообразующей функции желудка выявило отсутствие дина-

мики средних значений базальной и стимулированной секреции, однако в обеих группах не было выявлено кислотостимулирующего действия. В основной группе отмечалось достоверное увеличение концентрации нуклеиновых кислот в полости слюзи и уменьшение ее в полости сока ( $p < 0,05$ ), а также достоверное увеличение содержания фукозы в желудочном соке, что свидетельствовало об улучшении морфологического состояния слизистой ЖКТ.

**Заключение.** Эффективность проведенного лечения в основной и контрольной группе составила соответственно 97,8% и 67,3%. При этом в основной группе не наблюдалось развития нежелательных побочных эффектов, которые ограничивают применение грязелечения в гериатрической практике.

#### 106. Гастроэнтерологические заболевания у пациентов от 80 лет и старше в зависимости от характера медицинского обслуживания

Заика Г.Е., Овчинникова Т.М.

Новокузнецкий государственный институт усовершенствования врачей, Россия,  
e-mail: zaikagalina@rambler.ru

**Цель исследования:** изучить частоту и структуру гастроэнтерологических заболеваний (ГЭЗ) у 108 пациентов старческого возраста в зависимости от характера медицинского обслуживания.

**Материал и методы.** Произведено исследование методом сплошного массива 55 ветеранов Великой Отечественной войны (ВОВ) и труда в возрасте от 80 до 92 лет, обслуживаемых поликлиникой медсанчасти металлургического комбината, и 53 пациентов в возрасте от 80 до 99 лет, проживающих в районе обслуживания восьми амбулаторий общей врачебной практики в нескольких населенных пунктах Юга Кузбасса.

**Результаты.** Частота ГЭЗ среди ветеранов-металлургов составила 45,5/100, включая хронический гастродуоденит у 34,6% обследованных, с атрофическими изменениями слизистой оболочки желудка – у 10,9%, язвенную болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки – у 23,6%, рак желудка – у 6,4% (с успешной операцией, произведенной 40 лет тому назад), заболевания печени и желчного пузыря – у 25,5%. В то же время частота ГЭЗ в общей популяции пациентов старческого возраста составила 18,9%. В основном диагностировали бескаменный холецистит, хронический гастрит и панкреатит не установленной этиологии вне обострения, и лишь у двух из 53 пациентов наблюдалась долихосигма с дивертикулезом толстой кишки и желчнокаменная болезнь с калькулезным холециститом, также вне обострения.

**Заключение.** Более высокая частота ГЭЗ у пациентов старческого возраста – ветеранов ВОВ и труда, а также повышенное внимание к этой категории пациентов, в том числе после их выхода на пенсию, обеспечивают не только более полную диагностику, но и продолжительную жизнь пациентов даже при таких тяжелых заболеваниях, как язвенная болезнь и рак желудка.

#### 107. Оптимизация реабилитационных мероприятий у больных с ГЭРБ

Заикина И.В., Комлева Н.Е.

НИИ сельской гигиены Роспотребнадзора, Саратов, Россия,  
e-mail: innaza2@mail.ru

**Цель исследования:** изучить эффективность массажа и/или мануальной терапии шейно-грудного отдела позвоночника у больных с ГЭРБ.

**Материал и методы.** Пациенты с ГЭРБ были распределены по группам – основную (ОГ) – 106 человек и группу сравнения (ГС) – 42 человека. Представители групп были сопоставимы по частоте изжоги, рефлюкса и отрыжки и не имели статистически значимых различий ( $p = 0,91$ ;  $p = 0,95$ ;  $p = 0,6$  соответственно). Учитывая наличие вертебро-висцеральных взаимосвязей и высокую частоту сопутствующей вертеброневрологической патологии на уровне шейно-грудного отдела позвоночника (86%), больным ОГ в комплекс терапии был включен курс массажа и/или мануальной терапии. Больные ГС находились на стандартной терапии.

**Результаты.** После проведенного лечения выявлена положительная динамика клинических проявлений ГЭРБ у пациентов ОГ. При этом частота всех симптомов ГЭРБ – изжоги, рефлюкса и отрыжки, имела статистически значимые различия до и после лечения ( $p = 0,001$ ,  $p = 0,00$ ,  $p = 0,001$  соответственно). У пациентов ГС регресс симптомов ГЭРБ был значительно ниже по сравнению с данными больных ОГ. Только по частоте изжоги наблюдалась статистически значимая разница результатов до и после лечения ( $p = 0,01$ ), частота рефлюкса и отрыжки не имела значимых отличий ( $p = 0,47$  и  $p = 0,4$  соответственно). При сравнении частоты изучаемых симптомов у больных ОГ и ГС после лечения выявлены статистически значимые различия по всем показателям ( $p = 0,001$ ) в пользу терапии, которую получали пациенты ОГ.

**Выводы.** Учитывая значимость вертебро-висцеральных взаимосвязей, больным с ГЭРБ целесообразно включение в комплекс реабилитационных мероприятий курса массажа и/или мануальной терапии шейно-грудного отдела позвоночника, что подтверждено результатами данного исследования.

#### 108. Вариабельность сердечного ритма в оценке вегетативной регуляции у пациентов с хроническим панкреатитом

Зыкова Е.С., Плотнокова Е.Ю., Губергриц Н.Б.

Донецкий НМУ, Украина, Кемеровская ГМА, Россия

**Цель исследования:** изучить вегетативные нарушения при хроническом панкреатите (ХП).

**Материалы и методы.** Обследованы 53 пациента с ХП в стадии обострения. В контрольную группу вошли 35 здоровых сопоставимого пола и возраста. Изучали вариабельность ритма сердца в покое и активном ортостазе с помощью программы «Корвег». Вычисляли показатели, характеризующие активность различных звеньев вегетативной нервной системы: Мо – мода (гуморальный канал центральной регуляции сердечного ритма); АМо – амплитуда моды (центральное нервное звено симпатической регуляции); ВР – вариационный размах (автономное парасимпатическое звено).

**Результаты.** Показатели Мо у пациентов с ХП ( $0,92 \pm 0,05$  лежа и  $0,73 \pm 0,02$  стоя) статистически значимо не отличались от контроля ( $0,86 \pm 0,04$  и  $0,73 \pm 0,01$  соответственно), указывая на сохранение гуморальной регуляции вегетативной нервной системы при ХП. Данные анализа АМо были статистически значимо выше ( $p < 0,001$ ) в исследуемой группе в положении лежа ( $32,1 \pm 0,29$ ) и стоя ( $31,23 \pm 0,21$ ) соответственно по сравнению с контрольной группой ( $18,7 \pm 0,24$  и  $22,1 \pm 0,64$ ), что говорит об усилении симпатического звена центральной регуляции у пациентов с ХП. Показатели ВР у пациентов с ХП были статистически значимо выше в положении лежа ( $0,20 \pm 0,01$  и  $0,16 \pm 0,01$ ,  $p < 0,01$ ), но снижались в ортостазе ( $0,17 \pm 0,03$  и  $0,17 \pm 0,01$ ), что отражает нарушение парасимпатической автономной регуляции в покое и усиление ее при нагрузке.

**Выводы.** При ХП наблюдается отклонение по типу снижения автономной парасимпатической регуляции в покое, снижение активности центральных вазорефлекторных и барорефлекторных механизмов в покое и при нагрузке.

## И

- 109. Дополнительные материалы к вопросу о состоянии слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки у больных генерализованным атеросклерозом**  
Иванов М.А., Зайцев В.В., Сабодаш В.Б., Берест Д.Г., Юрченко А.Г.  
СПбГМА им. И.И. Мечникова, Россия

**Цель исследования:** выявить предрасполагающие обстоятельства для эрозивно-язвенных изменений слизистой желудка и двенадцатиперстной кишки (ЭИСЖД) у больных, страдающих облитерирующим атеросклерозом.

**Материал и методы.** В основу работы легли наблюдения над 74 пациентами, оперированными по поводу атеросклеротического поражения аорты и ее ветвей. Использовалась эзофагогастроскопия, анализировались факторы риска ЭИСЖД с выбором предикторов потенциально опасных изменений слизистой оболочки.

**Результаты.** В наибольшей степени имеется взаимосвязь между выраженностью атеросклеротического поражения аорты, подвздошных артерий и изменениями эпителия проксимальных сегментов пищеварительного тракта (сопряженность 0,81). Играет роль и поражение желудка *H. pylori* (сопряженность 0,65). Связывалась интраоперационная кровопотеря (сопряженность 0,57). Значим язвенный анамнез (с сопряженностью 0,55). Следует отметить и значение оценки тяжести состояния пациентов по ASA (сопряженность 0,46). Ранее отмечались такие обстоятельства риска ЭИСЖД, как гепаторенальный синдром, употребление алкоголя и НПВС (сопряженность, соответственно, 0,44, 0,45 и 0,37). Необходимо учитывать роль гипопроотеинемии в развитии ЭИСЖД (сопряженность 0,42).

**Выводы.** Профилактика осложнений на фоне ЭИСЖД возможна лишь с учетом всех предрасполагающих обстоятельств и осуществлением соответствующих превентивных мероприятий.

- 110. Эффективность энтерального питания при болезни Крона и язвенном колите**  
Иванов С.В., Хорошилов И.Е.  
СПбГМА им. И.И. Мечникова, Россия,  
e-mail: ighor1@ya.ru

**Цель исследования:** изучение сравнительной клинической эффективности энтерального питания при лечении пациентов с болезнью Крона и язвенным колитом.

**Дизайн исследования:** проспективное открытое контролируемое клиническое исследование.

**Материал и методы.** Больные основной группы (9 пациентов с язвенным колитом и 5 пациентов с болезнью Крона) получали медикаментозную терапию, диету и дополнительное энтеральное питание между основными приемами пищи методом «сиппинга» в объеме 500 мл в день в течение 12-14 дней. Контрольная группа (7 пациентов с язвенным колитом и 3 пациента с болезнью Крона) получала только базисное лечение и обычную диету. Наряду с клиническими методами проводилось комплексное изучение нутриционного статуса с использованием методов калиперметрии, импедансометрии и рентгеновской абсорбциометрии.

**Результаты.** При фоновом обследовании у 17 пациентов были выявлены признаки недостаточности питания по типу «маразм», у 7 пациентов – по типу «маразм-квашиоркор». После проведенного курса дополнительного энтерального питания в основной группе больных отмечалось статистически значимое увеличение массы тела ( $p < 0,01$ ), индекса массы тела ( $p < 0,01$ ), тощей массы тела ( $p < 0,05$ ) и окружности плеча ( $p < 0,001$ ).

**Выводы.** Назначение дополнительного энтерального питания пациентам с воспалительными заболеваниями кишечника существенно улучшает нутриционный статус этих больных и способствует лечению недостаточности питания. Таким образом, энтеральное питание может рассматриваться в качестве одного из методов комплексной патогенетической терапии язвенного колита и болезни Крона.

- 111. Апо-В-содержащие липопротеиды как фактор риска развития желчнокаменной болезни и холестерина желчного пузыря**  
Иванченкова Р.А., Атькова Е.Р.  
ПМГМУ им. И.М. Сеченова, Москва, Россия

**Цель исследования:** оценка роли липидов низких плотностей в развитии желчнокаменной болезни (ЖКБ) и холестерина желчного пузыря (ХЖП).

**Материалы и методы.** Обследованы 150 больных ЖКБ и 150 больных ХЖП (ретроспективный анализ), исследовали липиды крови, ЛП(а), субфракционный спектр ЛНП (липопротеидов низкой плотности), полиморфизм гена апоЕ.

**Результаты.** ЖКБ и ХЖП – заболевания, имеющие общие изменяемые факторы риска. (Далее: ХС – холестерин, ИМТ – индекс массы тела). Уровень ХС крови у больных ЖКБ зависит от возраста и ИМТ, при ХЖП – не связан с ИМТ; характеризуется увеличением липопротеидов низких плотностей, выявляется до 30 лет –  $(34,6 \pm 8,4)\%$  и  $(52,6 \pm 12,9)\%$ ,  $p > 0,7$ , при ХЖП – преимущественно ХС ЛНП, при ЖКБ – ХС ЛНП и ХС ЛОНП (очень низкой плотности). В спектре ЛНП у больных ХЖП преобладают мелкие частицы ( $Rf = 0,171 \pm 0,003$ ), отличающиеся от таковых в группе ЖКБ и контроля ( $Rf = 0,144 \pm 0,013$ ,  $p < 0,05$ ).  $Rf$  ЛНП при ХЖП не коррелирует с возрастом и ИМТ, у больных ЖКБ – коррелирует. Повышение уровня ЛП (а) при ХЖП до  $(23,7 \pm 4,9)$  мг/дл и при ЖКБ до  $(15,7 \pm 4,4)$  мг/дл достоверно при сравнении с контрольной группой ( $7,5 \pm 1,4$ ) мг/дл ( $p < 0,01$ ), обусловлено генетическими факторами. Выявлены варианты мутации гена апоЕ: аллель  $\epsilon_4$  – с одинаковой частотой  $(10,2 \pm 4,3)\%$  и  $(8,1 \pm 4,5)\%$  ( $p > 0,5$ ), аллель  $\epsilon_2$  – чаще при ЖКБ  $(14,5 \pm 5,0)\%$  ( $p < 0,05$ ). Увеличение ЛНП при ХЖП сочетается с аллелем  $\epsilon_4$ , при ЖКБ – ЛОНП с аллелем  $\epsilon_2$ . Следовательно, при ЖКБ и ХЖП выявляются нарушения и насыщенных (аллель  $\epsilon_2$ ), и полиеновых (аллель  $\epsilon_4$ ) жирных кислот, при ХЖП – чаще полиеновых (с увеличением и структурными изменениями ЛНП), а при ЖКБ – насыщенных (с увеличением ЛОНП). Эти факты обуславливают возможность формирования холестерина у больных ЖКБ и камней при ХЖП.

**Вывод.** ЖКБ и ХЖП – клинические субфенотипы одного заболевания, связанного с нарушением транспорта апоВ-содержащих липопротеидов.

- 112. Особенности липидных нарушений при желчнокаменной болезни и холестерозе желчного пузыря и возможности их коррекции**  
Иванченкова Р.А., Атькова Е.Р.  
ПМГМУ им. И.М. Сеченова, Москва

**Цель исследования:** определить пути коррекции липидных нарушений у больных желчнокаменной болезнью (ЖКБ) и холестерозом желчного пузыря (ХЖП).

**Материалы и методы.** Обследованы 150 больных ЖКБ и 150 – ХЖП. Определяли: апоЕ (аполипопротеин Е); ХС (холестерин) крови, ХСЛНП (ХС липопротеидов низкой плотности), ХСЛОНП (ХС очень низкой плотности), ХСЛВП (ХС высокой плотности), ТГ (триглицериды). Сравнивали эффективность комплексной терапии УФ (урсофальк) + ЭС (энтеросан), УФ+ГС (гепатосан) и УФ+ХФ (хенофальк).

**Результаты.** Спектр липидов крови характеризовался увеличением содержания липопротеидов низких плотностей: при ЖКБ – ХСЛНП и ХСЛОНП, при ХЖП – ХСЛНП. Повышение ХС при ЖКБ наблюдалось у  $(34,6 \pm 8,4)\%$  больных до 30 лет; после 40 лет – у  $(70,0 \pm 4,0)\%$ , повышались и ТГ, после 50 лет – у  $(80,0 \pm 3,5)\%$ . Та же тенденция наблюдалась в группе ХЖП: до 30 лет повышение ХС отмечено у  $(52,6 \pm 12,9)\%$ . Определение апоЕ в крови у больных ХЖП выявило в большинстве случаев –  $(75,5 \pm 6,2)\%$  и  $(83,3 \pm 6,2)\%$ ,  $p < 0,05$  фенотип  $E_{3/3}$  гена апоЕ. При ЖКБ выявлены фенотипы  $E_{2/2}$ ,  $E_{2/3}$  –  $(14,5 \pm 5,0)\%$ ,  $E_{3/4}$ ,  $E_{4/3}$  –  $(10,2 \pm 4,3)\%$ , имело место увеличение ХСЛОНП, ТГ, ХС. При ХЖП выявлены фенотипы  $E_{2/3}$  –  $(8,1 \pm 4,5)\%$  с увеличением ХСЛОНП, ТГ;  $E_{3/4}$ ,  $E_{4/3}$  –  $(8,1 \pm 4,5)\%$  с увеличением ХС, ХСЛНП. Фенотипы  $E_{2/2}$ ,  $E_{2/3}$  при ЖКБ выявлялись чаще, чем при ХЖП –  $(14,5 \pm 5,0)\%$  и  $(8,1 \pm 4,5)\%$

соответственно,  $p < 0,05$ .  $E_{3/4}$ ,  $E_{4/3}$  при ЖКБ (10,2±4,3)% и ХЖП (8,1±4,5)% – в одинаковом проценте случаев ( $p > 0,5$ ). Препараты ЭС и ГС оказывали гиполлипидемический эффект. Включение ГС в терапию сопровождалось снижением уровня ХС и ТГ к концу второго месяца лечения, ЭС – к концу четвертого, изменения достоверны при сравнении с подгруппой УФ+ХФ ( $p < 0,01$ ).

**Выводы.** При ЖКБ и ХЖП выявлены нарушения метаболизма как насыщенных, так и ненасыщенных ЖК, которые позволяют объяснить сочетание ЖКБ и ХЖП и часто наблюдаемое отсутствие эффекта при консервативной терапии.

### 113. Применение цитофлавина при лечении больных алкогольным циррозом печени

Ижицкая Н.В., Копчак Л.Н., Бычков Н.А.

Львовский НМУ им. Данила Галицкого, Украина,

e-mail: gwert3@bigmir.net

**Цель исследования:** анализируя клинические, инструментальные и биохимические показатели, оптимизировать эффективность лечения больных алкогольным циррозом печени (АЦП) путем применения метаболического цитопротектора цитофлавина.

**Материалы и методы.** Обследованы 30 больных АЦП, которым в комплексное лечение включили цитофлавин, и 20 больных АЦП, получавших стандартное лечение. Пациентам провели клиническое обследование. Функциональное состояние печени оценивали по клиническим (общий анализ крови), биохимическим (общий билирубин, активность  $\gamma$ -глутаминтранспептидазы (ГГТ)), иммуноферментным (эндотелин-1, TNF- $\alpha$ ), инструментальным (УЗИ, пульсоксиметрия) показателям.

**Результаты.** Лечение с включением цитофлавина сопровождалось улучшением клинического состояния больных: улучшился аппетит, уменьшились тошнота, одышка (с 85% до 50% больных), энцефалопатия, общая слабость, желтуха (с 40% до 20% больных). По данным пульсоксиметрии, показатель сатурации кислорода увеличился на 12,1% ( $p < 0,05$ ). По данным УЗИ у больных основной группы уменьшились размеры печени с (160,20±4,06) мм до (151,70±3,59) мм ( $p < 0,05$ ). Лечение с использованием цитофлавина дало возможность уменьшить лейкоцитоз, СОЭ ( $p < 0,05$ ),  $\beta$ -липопротеиды, концентрацию билирубина, активность тимоловой пробы (на 26,3%), ГГТ, нормализовать уровень в крови эндотелина-1 и уменьшить уровень TNF- $\alpha$  ( $p < 0,05$ ). В группе стандартного лечения указанные позитивные изменения были минимальны.

**Выводы.** Введение цитофлавина в комплексное лечение больных АЦП обеспечивает улучшение функционального состояния печени и обратное развитие проявлений алкогольной интоксикации, не сопровождаясь при этом побочными явлениями.

### 114. Особенности течения хронической дельта-инфекции у лиц, проживающих в Республике Тыва

Ильченко Л.Ю., Кожанова Т.В., Зубков Ю.П.,

Кюрегян К.К., Михайлов М.И.

ИПВЭ им. М.П. Чумакова РАМН, Московская обл., Россия

**Цель исследования:** дать клинико-вирусологическую характеристику хронической дельта-инфекции (ХДИ) у лиц, проживающих в Республике Тыва (регионе, гиперэндемичном по ВГВ).

**Материал и методы.** Проведено обследование 95 больных ХДИ (6 детей и 89 взрослых в возрасте 4-77 лет) с помощью клинико-биохимических, серологических и молекулярных методов.

**Результаты.** В 96,8% (92/95) случаев ХГВ имело место суперинфицирование вирусом гепатита дельта (ВГД). Длительность ХДИ варьировала от 2 до 20 лет. При первом обращении диагнозы ХГ и цирроза печени (ЦП) был установлен у 40/69 (57,9%) и 12/26 (46,2%) пациентов соответственно, а в 10/26 (38,5%) случаях ЦПД – на стадии осложнений (кровотечение из ВРВП и/или ВРВЖ). Выраженность печеночно-клеточной недостаточности у пациентов с ЦПД соответствовала классу А по Child-Pugh в 18/26 случаев, классу В-С по Child-Pugh – в 8/26. Активность АЛТ при ХГ и ЦП не превышала 3-5N у 53,6% и 50%, а 5N – у 14,5% и 7,7% больных соответственно. У 31,5% (30/95) пациентов выявлена сопутствующая билиарная патология (желчнока-

менная болезнь, билиарный сладж, холестероз). У всех больных в крови определены анти-ВГД; РНК ВГД была обнаружена в 31/95 (32,6%) случаев, ДНК ВГВ – в 30/95 (31,6%), а у 10/31 (32,3%) пациентов выявлена репликация обоих вирусов. Генотипирование и последующий филогенетический анализ установил принадлежность ВГД к генотипу I с различиями между изолятами в 3-16% и генотип D ВГВ. В течение одного года наблюдения летальность среди пациентов с ХДИ составила 10,5% (10/95). При этом в 9/95 (9,5%) случаях установлена смерть от осложнений ЦПД (печеночная кома, кровотечения из ВРВП).

**Заключение.** Хроническая дельта-инфекция является серьезной проблемой здравоохранения Республики Тыва.

### 115. Влияние выбора метода диагностики на частоту выявления инфекции *Helicobacter pylori*

Ильчишина Т.А., Ледовская А.А.

ВЦЭРМ им. А.М. Никитина МЧС, Санкт-Петербург, Россия

**Цель исследования:** оценить частоту выявления инфекции *Helicobacter pylori* (НР) при использовании быстрого уреазного теста, неизотопных уреазных дыхательных тестов, метода полимеразной цепной реакции, иммуноцитохимического, гистологического и серологического методов у пациентов с НР-ассоциированными заболеваниями.

**Материал и методы.** Обследованы 124 пациента с клиническими проявлениями НР-ассоциированных заболеваний (средний возраст (59,4±1,6) года). Всем пациентам была проведена фиброгастроудоденоскопия с биопсией слизистой оболочки желудка. Определение НР осуществлялось быстрым уреазным тестом, гистологическим, иммуноцитохимическим методом (ИЦХ) и методом полимеразной цепной реакции (ПЦР). Неинвазивную диагностику НР-инфекции осуществляли с использованием неизотопных дыхательных уреазных Хелик-тестов (ООО «АМА», Санкт-Петербург). Для серологической диагностики использовали набор для определения антител класса IgG к НР (ELISA).

**Результаты.** Наименьшие показатели инфицированности получены при диагностике с помощью Хелик-аппарата (25,8%). Максимальная степень инфицированности зафиксирована с помощью Хелик-теста. Оценка результатов серологических исследований показала достоверно более высокую частоту выявления НР ( $p < 0,05$ ) среди неинвазивных методов. При анализе частоты совпадений положительных и отрицательных результатов, полученных с помощью серологических исследований и каждым из инвазивных тестов, установлены совпадения с данными ИЦХ в 78,2% случаев, ПЦР – в 87,1%, гистологических исследований – в 76,6%, Хелик-теста – в 85,5%.

**Вывод.** Для диагностики НР-инфекции необходимо использовать несколько методов.

### 116. Роль кокковых форм *Helicobacter pylori* при диагностике хеликобактериоза

Ильчишина Т.А., Ледовская А.А.

ВЦЭРМ им. А.М. Никитина МЧС, Санкт-Петербург, Россия

**Цель исследования:** оценить роль кокковых форм *Helicobacter pylori* (НР) при лабораторной диагностике хеликобактериоза до проведения эрадикационной терапии.

**Материал и методы.** Обследованы 124 пациента (средний возраст (59,4±1,6) года) с клиническими проявлениями НР-ассоциированных заболеваний. Всем пациентам была проведена фиброгастроудоденоскопия с биопсией слизистой оболочки желудка. Определение НР осуществлялось быстрым уреазным тестом, гистологическим, иммуноцитохимическим методом с полуквантитативной оценкой кокково-бациллярной обсемененности НР и методом полимеразной цепной реакции (ПЦР). Неинвазивную диагностику НР-инфекции осуществляли с использованием неизотопного дыхательного уреазного Хелик-теста (ООО «АМА», Санкт-Петербург). Для серологической диагностики использовали набор для определения антител класса IgG к НР (ELISA).

**Результаты.** До проведения эрадикационной терапии частота выявления бактерии различными методами варьировала от 25,8% до 93,5%. Показатели чувствительности методов у пациентов с бациллярным и сочетанным бациллярно-кокковым вариантом обсемененности слизистой оболочки желудка для быстрого уреазного теста составили 96,3% и 98,3%, а оценка Хелик-тестом зафиксировала чувствительность на уровне 70,8% и 74,1% соответственно у пациентов с изолированным бациллярным и смешанным вариантами обсемененности. Аналогичные показатели при диагностике методом ПЦР составили соответственно 87,5% и 89,8%, при серологическом анализе – 92,3% и 93,5%, при гистологической оценке 84,6% и 87,5%.

**Вывод.** Показатели инфицированности НР у пациентов с сочетанным бациллярно-кокковым и изолированным кокковым вариантами обсемененности достоверно не различаются.

#### 117. Изучение нарушений психо-вегетативной сферы у больных гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью и их коррекция

Иманбаева Н.Д.

АО «Медицинский университет Астана», Астана, Республика Казахстан

**Актуальность.** Известно, что больные с заболеваниями органов пищеварения имеют изменения психической и вегетативной сферы. В то же время известно, что психо-вегетативные нарушения отражаются на клиническом течении заболеваний, резко ухудшают качество жизни больных и требуют коррекции нарушений психо-вегетативной сферы у больных ГЭРБ.

**Цель работы:** обосновать коррекцию выявленных нарушений комплексной терапией.

**Материалы и методы.** В рамках работы обследованы 84 больных ГЭРБ, из них 40 мужчин и 44 женщины в возрасте от 21 года до 60 лет. Среди обследованных 10 больных с длительностью заболевания до пяти лет, 55 – от 10 лет до 21 года, 19 – более 21 года. Изучение психо-вегетативной сферы подразделялось на изучение психической сферы психологическими тестами МИЛ и Спилбергера, шкалы Гамильтона; вегетативной сферы (ВР, ВОД) – вегетативная реактивность оценивалась с помощью проведения проб Ашнера, солитарной, синокаротидной; вегетативное обеспечение физической деятельности изучалось в ортоклиностагической пробе, вегетативное обеспечение психической деятельности – моделированием умственной нагрузки, положительных и отрицательных эмоций. Анализ вегетативной реактивности (ВР) и вегетативного обеспечения деятельности (ВОД) проводили при помощи записи ЭКГ и изучения расстояния RR, подсчета ЧСС. Изучение неспецифических систем головного мозга проводили посредством электроэнцефалографии с рассмотрением амплитуды альфа индекса.

В зависимости от степени тяжести ГЭРБ больные разделены на группы: 1 группа – больные, в комплексном лечении которых отсутствовал прием психокорректирующих препаратов; 2 и 3 группы – больные, получавшие терапию, сочетающую применение антидепрессантов, транквилизаторов, вегетокорректоров в комплексном лечении.

**Результаты исследования.** У больных ГЭРБ выявлены нарушения психической сферы личности по тестам МИЛ и Спилбергера, шкале Гамильтона в 100%. Исследуемые группы больных отличались от здоровых по шкалам, отражающим актуальные невротические расстройства и по шкалам, отражающим глубинные структуры личности, характеризующиеся синдромом невротической депрессии. Сдвиги в эмоционально-личностной сфере характеризуются нарушением с преобладанием ипохондрической и депрессивных тенденций. По тесту Спилбергера отмечено повышение как реактивной, так и личностной тревожности, которые влияют на течение заболевания. У больных I-II-III стадиями ГЭРБ функциональное состояние ВНС характеризовалось неадекватной вегетативной реактивностью (77,7%) при избыточности вегетативного обеспечения деятельности (73,7%), что свидетельствует о снижении адаптивных возможностей (функционального резерва организма). У больных IV стадией ГЭРБ выявлены неадекватность вегетативной реактивности (ВР) (87,5%) и недоста-

точность вегетативного обеспечения деятельности (75,0%), что указывает на истощение функциональных резервов (компенсаторных возможностей вегетативной нервной системы).

**Выводы.** Применение в комплексной терапии больных ГЭРБ с нарушениями психической сферы таких антидепрессантов, как амитриптилин и пароксетин гидрохлорид, способствует коррекции динамики симптомов: снижению уровня тревоги, невротизации, ипохондрических и депрессивных расстройств. Использование препаратов анксиолитиков, вегетокорректоров – грандаксина и атаракса обеспечивает более выраженную динамику коррекции нарушений вегетативной реактивности и вегетативного обеспечения деятельности в 97,6% в сравнении с группой больных ГЭРБ, у которых такие препараты не применялись. Эти результаты подтверждены динамичным наблюдением результатов выполнения психологических тестов МИЛ, Спилбергера, шкалы Гамильтона, изучением вегетативной реактивности, вегетативного обеспечения деятельности и альфа индекса.

#### 118. Противоямблиозные препараты в лечении детей, больных хроническим гепатитом В

Иноятова Ф.И., Иногамова Г.З., Абдумаджидова Ш.У.,

Валиева Н.К., Ахмедова А.Х., Сабитова В.И.

РСНПМЦ педиатрии, Ташкент, Узбекистан

**Целью работы** явилась оценка эффективности препаратов «Макмирор», «Зентел» и «Трихопол» в лечении лямблиозов (Л) у детей, больных хроническим гепатитом В (ХГВ).

**Материал и методы.** Обследованы 119 детей, больных ХГВ с Л и находившихся на трехэтапной терапии. Из них 45 детей получали макмирор (15 мг/кг/сутки 10 дней), 42 ребенка – зентел (10 мг/кг/сутки 7 дней) и 32 ребенка – трихопол (20 мг/кг/сутки 10 дней). В диагностике Л использованы методы ПЦР (DNA-G.Lambliа) крови/фекалий; ИФА фекалий (антиген) и копроскопии.

**Результаты.** Наибольшую эффективность в эрадикации G.Lambliа показал макмирор (77,7%), промежуточное место занимал трихопол (56,2%) и наименьшую – зентел (34,3%). Вместе с тем, больные дети клинически различно отвечали на применение этих препаратов. Клинико-биохимическая ремиссия в группе детей, получавших макмирор, наблюдалась у всех больных, у получавших зентел – в 73,8% случаев. Это нашло отражение в улучшении самочувствия детей, прекращались жалобы на слабость, тошноту, боли в животе, урчание, восстанавливался аппетит. Нивелировались явления метеоризма, расстройства стула. Отчетливо уменьшалась выраженность гепатоспленомегалии ( $p < 0,05$ ). Значений нормы достигали биохимические показатели (АлАТ, общий билирубин, СМП, ЦИК и т.д.). Напротив, в группе получавших трихопол на 25% увеличилось количество детей с гиперферментемией и гепатомегалией.

**Заключение.** Наиболее эффективным в эрадикации G. Lambliа у детей, больных ХГВ, является препарат «Макмирор», результаты терапии которым на 43,4% превосходят результаты терапии зентелом и на 20,5% – трихополом. При этом последний отличается высокой гепатотоксичностью, что исключает возможность рекомендовать его в лечении Л у данной категории детей.

#### 119. Фармакокоррекция аюстаном нарушений липидного обмена в печени при экспериментальном атеросклерозе

Исмаилова Г.И., Абдумаликова Ф.Б., Хушбакова З.А.,

Сыров В.Н.

Ташкентская ГМА, Институт химии растительных веществ АН РУз, Ташкент, Узбекистан

Аюстан (создан на основе экдистероидов и иридоидов из *Ajuga turkestanica*) разрешен к применению ФК МЗ РУз в качестве средства, оптимизирующего метаболические процессы в организме.

**Цель работы:** определить возможность использования аюстана для коррекции нарушений липидного обмена в печени у животных с экспериментальным атеросклерозом (ЭА).

**Материалы и методы.** Кролики (2,5-3 кг) получали per os холестерин – ХС (раствор в хлопковом масле) в дозе 3 г/кг ежедневно

в течение 3 месяцев. Начиная со второго месяца им наряду с холестерином вводили аюстан (5 мг/кг). Состояние липидного обмена в печени по окончании эксперимента оценивали, используя унифицированные биохимические методы.

**Результаты.** Установлено, что в условиях выбранной модели ЭА одни из наиболее серьезных нарушений липидного обмена выявляются в печени животных. Значительно повышается содержание моно-, ди- и триглицеридов (ТГ), ХС и его эфиров, происходит резкая активация процессов ПОЛ. В митохондриях, выделенных из печени животных, выявлены нарушения во фракционном составе фосфолипидов (ФЛ), характеризующиеся увеличением их лизоформ. При введении кроликам на фоне развивающегося ЭА аюстана отмечалась достоверная тенденция к нормализации содержания в печени ТГ, ХС, МДА. В пуле митохондриальных ФЛ увеличивалось содержание фосфатидилхолина, фосфатидилэтаноламина, фосфатидилсерина, сфингомиелина и уменьшалось лизофосфолипидов. По нормализующему воздействию на нарушенный липидный обмен в печени при атеросклерозе аюстан имел явные преимущества перед широко используемым при лечении атеросклеротического поражения организма препаратом «Правастатин».

**Вывод.** Аюстан может представлять практический интерес в качестве средства, препятствующего развитию нарушений липидного метаболизма печени в условиях атеросклероза.

#### 120. Возможности применения многокомпонентных растительных препаратов у больных алкогольным стеатогепатитом

Ищенко Н.В., Малюков Д.А., Мордасова В.И.  
Воронежская ГМА им. Н.Н. Бурденко, Воронежская ОКБ  
№ 1, Россия

**Цель исследования:** изучение эффективности и безопасности лекарственного гепатопротектора «Дипана» в лечении больных алкогольной болезнью печени на стадии стеатогепатита.

**Материал и методы:** 30 человек с установленным диагнозом алкогольного стеатогепатита в возрасте от 18 до 60 лет, из них 25 мужчин, 5 женщин. Всем пациентам были проведены общеклиническое обследование, функциональные пробы печени, УЗИ гепатобилиарной системы, эзофагогастродуоденоскопия. Некоторым пациентам однократно проводилось морфологическое исследование печени. Всем пациентам, включенным в исследование, был назначен многокомпонентный лекарственный препарат «Дипана» в дозе 2 капсулы 3 раза в день.

**Результаты.** К окончанию лечения у всех больных был купирован астеновегетативный и диспепсический синдром, и только у 3% пациентов к концу исследования сохранялось чувство тяжести в правом подреберье. После четырехнедельного курса терапии препаратом «Дипана» у всех пациентов нормализовался уровень трансаминаз, повышенный уровень ГГТП сохранился у 32% пациентов, повышенный уровень щелочной фосфатазы – у 5%, повышение билирубина – у 7%, повышение холестерина – у 10%.

**Выводы.** Таким образом, четырехнедельный курс лечения растительным гепатопротектором «Дипана» привел к нормализации клинических показателей, показателей мезенхимального воспаления печеночной ткани и улучшению других биохимических показателей. Важным свойством данного препарата является его хорошая переносимость. Дипана можно рекомендовать к использованию как препарат выбора при лечении алкогольной болезни печени на стадии стеатогепатита.

## К

#### 121. Изменения уровня ASCA в сыворотке крови у детей с хроническим гастродуоденитом

Канькова Н.Ю., Жукова Е.А., Маянская И.В.,  
Видманова Т.А.

Нижегородский НИИ детской гастроэнтерологии, Россия

Роль антител (IgG, IgA) к *Saccharomyces cerevisiae* (ASCA) для диагностики воспалительных заболеваний желудочно-кишечного тракта исследована недостаточно. Одновременное повышение их уровня характерно, по данным большинства авторов, для болезни Крона и связано с нарушениями функций защитного барьера слизистой оболочки кишечника, а также в системе врожденного иммунного ответа. Данные об изменении содержания антител ASCA у детей с хроническим гастродуоденитом единичны.

**Цель исследования:** определение содержания ASCA (IgG, IgA) в сыворотке крови у детей с хроническим гастродуоденитом.

**Материал и методы.** Наблюдались 44 ребенка с хроническим гастродуоденитом в возрасте 5-17 лет. Всем было проведено комплексное обследование, включающее эзофагогастродуоденофиброскопию. Содержание ASCA класса IgG и IgA в сыворотке крови определялось методом ИФА («Orgentec», Германия). Их значения менее 10 Ед./мл являются нормой по данным производителя диагностических систем.

**Результаты.** Установлено, что у большинства детей с хроническим гастродуоденитом (35 человек, 80%), уровень ASCA IgG в сыворотке крови был в норме. Повышенное его значение наблюдалось у 9 пациентов (20%). Увеличение содержания IgA антител отмечалось лишь у 5 обследуемых (11%). При этом только у 1 ребенка (2%) определялись высокие показатели ASCA как IgG, так и IgA. Следовательно, для детей с хроническим гастродуоденитом не характерны параллельные изменения уровней IgG и IgA антител к *Saccharomyces cerevisiae* в отличие от болезни Крона, при которой в большинстве случаев оба эти показателя выше нормы.

**Выводы.** У части детей с хроническим гастродуоденитом регистрировалось высокое содержание антител ASCA класса IgG или IgA в сыворотке крови, что может свидетельствовать о выраженных нарушениях защитных свойств слизистой оболочки желудка у данных пациентов.

#### 122. Взаимосвязь уровня ASCA в сыворотке крови и наличия патогенных микроорганизмов в секрете и слизистой оболочке желудка у детей с хроническим гастродуоденитом

Канькова Н.Ю., Жукова Е.А., Маянская И.В.,  
Видманова Т.А., Ермолина Е.В.

Нижегородский НИИ детской гастроэнтерологии, Россия

Иммунные нарушения играют роль в появлении патогенной микрофлоры в желудке при хроническом гастродуодените. Поэтому представляет интерес изучение антител (IgG, IgA) к *Saccharomyces cerevisiae* (ASCA), изменения уровня которых связаны с нарушением защитных свойств слизистой оболочки желудочно-кишечного тракта. При хроническом гастродуодените с различной микробной персистенцией данный показатель ранее не исследовался.

**Цель исследования:** определение взаимосвязи между уровнем ASCA в сыворотке крови и наличием патогенных микроорганизмов в желудке у детей с хроническим гастродуоденитом.

**Материал и методы.** Наблюдались 44 ребенка с хроническим гастродуоденитом в возрасте 5-17 лет. Всем больным было проведено комплексное обследование, включающее эзофагогастродуоденофиброскопию, желудочное зондирование. Содержание ASCA IgG и IgA в сыворотке крови определялось методом ИФА («Orgentec», Германия). Наличие ДНК *Helicobacter pylori*, вирусов папилломы человека 16, 18 типов, вирусов простого герпеса 1, 2 типов в желудочном соке и биоптатах слизистой оболочки желудка выявлялось методом ПЦР («Вектор Бест»).

**Результаты.** Установлено, что при содержании ASCA IgG менее 10,0 Ед./мл, независимо от уровня IgA антител, *Helicobacter pylori* в секрете и/или слизистой оболочке желудка встречался в 1,8 раза чаще – у 21 из 35 (60%), чем при высоких его значениях – у 3 из 9 (33%) больных. Нормальные значения IgG и IgA ассоциировались с наименьшим выделением вируса простого герпеса – у 1 из 35 (3%) детей, тогда как при увеличении уровня ASCA IgA более 10,0 Ед./мл он определялся у 1 из 5 (20%) пациентов. При содержании обоих антител ниже 10,0 Ед./мл вирусы папилломы человека 16, 18 типов, напротив, встречались в 1,5 раза чаще по сравнению с больными с высоким уровнем IgA, регистрируясь в 11 из 35 (31%) случаев и в 1 из 5 (20%) случаев.

**Выводы.** У детей с хроническим гастродуоденитом состав микробного пейзажа желудка взаимосвязан с изменениями защитных факторов иммунной системы, в частности с уровнем антител к *Saccharomyces cerevisiae*.

### 123. Исследование микрофлоры толстой кишки у больных с неалкогольной жировой болезнью печени

Каримов М.М., Собирова Г.Н.

Республиканский специализированный научно-практический центр терапии, Ташкент, Узбекистан

**Цель исследования:** оценка состояния толстокишечной микрофлоры у больных с неалкогольной жировой болезнью печени (НАЖБП).

**Материалы и методы.** В исследовании приняли участия 20 больных (8 (40%) мужчин и 12 (60%) женщин) с диагнозом НАЖБП, из них 8 – со стеатогепатозом (СГ) и 12 – неалкогольным стеатогепатитом (НАСГ). Возраст обследованных от 18 до 53 лет, средний возраст (34,5±0,1) года. Проводились клинические и бактериологические исследования.

**Результаты.** Нарушения кишечного микробиоценоза (за исключением 4 степени) выявлялись у всех обследованных больных НАЖБП. При этом дисбактериоз 1 степени диагностировался у 3 (15%) больных, 2 степени – у 8 (40%), 3 степени – у 2 (10%). Независимо от степени дисбактериоза наблюдался более или менее выраженный дефицит бифидо- и лактобактерий, наличие которых является непременным условием правильной работы кишечника. Так, дефицит бифидобактерий наблюдался у 7 (35%) пациентов, а лактобактерий – у 9 (45%). Проведенный корреляционный анализ по Пирсону выявил положительную зависимость между повышением уровня АЛАТ в сыворотке крови (выше 2N) и количеством бактериоидов в составе кишечной флоры ( $r=0,7$ ). Также была выявлена отрицательная зависимость между повышением уровня АЛАТ и снижением количества лакто- ( $r=-0,6$ ) и бифидобактерий ( $r=-0,7$ ). Количество лактозонегативных кишечных палочек в норме встречалось только у 11 (55%) больных, у остальных обнаружено повышенное содержание их, что и явилось причиной нарушения моторно-эвакуаторной функции толстой кишки.

Таким образом, выявлено, что нарушения толстокишечной микрофлоры у больных с НАЖБП коррелировали с тяжестью клинического течения заболевания.

### 124. Фармакологическая коррекция дислипидемии при неалкогольном стеатогепатите

Каримов М.М., Собирова Г.Н.

Республиканский специализированный научно-практический центр терапии, Ташкент, Узбекистан

**Целью исследования** явилось изучение нарушения липидного обмена при неалкогольном стеатогепатите (НАСГ) и коррекция дислипидемии  $\alpha$ -липоевой кислотой.

**Материалы и методы.** Обследованы 44 пациента с НАСГ (31 женщина и 13 мужчин) с верифицированным диагнозом НАСГ. Проводились клинико-биохимические исследования. Пациенты принимали  $\alpha$ -липоевую кислоту в дозе 600 мг в сутки в течение 3 месяцев.

У 29 больных индекс массы тела превышал 25. У 11 больных ожирение при ИМТ>30 сочеталось с сахарным диабетом 2 типа. Ги-

перлипидемия имела место у 26 больных. Установлена эффективность использования  $\alpha$ -липоевой кислоты в лечении больных с НАСГ: во всех наблюдениях отмечалось исчезновение или уменьшение астеновегетативного и диспепсического синдромов. Снижение активности АЛТ в конце курса лечения наблюдалось у 35, а АСТ у 33 больных. ЩФ была повышена у 4 больных, во всех случаях нормализовалась в конце лечения. После применения препарата отмечено снижение уровня холестерина у 85% больных (до лечения показатель составлял (8,4±1,1) ммоль/л). Фракции холестерина до лечения составляли: ЛПВП (0,8±0,3) ммоль/л, ЛПНП (7,4±1,2) ммоль/л, ЛПОНП (1,6±0,4) ммоль/л, коэффициент атерогенности (5,1±1,1). Использование препарата в составе комплексной терапии у пациентов с НАСГ сопровождалось достоверным снижением уровня ЛПНП до (4,9±1,5) ммоль/л ( $p<0,05$ ) и коэффициента атерогенности до (3,1±1,1),  $p<0,05$ .

**Заключение.** Анализ лабораторных особенностей у пациентов с НАСГ позволил выявить прогрессирующие нарушения липидного обмена в виде роста ЛПНП, общего холестерина и коэффициента атерогенности, по мере увеличения выраженности стеатоза печени. Использование  $\alpha$ -липоевой кислоты в составе комплексной терапии НАСГ приводит к купированию цитолитического и холестатического синдромов, нормализации липидного обмена.

### 125. Поражение желудочно-кишечного тракта у детей и подростков с ожирением

Карцева Т.В., Казанина О.Н., Тимофеева Е.П., Сецкова С.Ю.

Новосибирский ГМУ, Городская клиническая больница № 25, Новосибирск, Россия

**Цель исследования:** оценить состояние пищеварительного тракта у детей и подростков, страдающих ожирением, для последующей разработки дифференцированной программы профилактики и реабилитации.

**Материал и методы.** Обследованы 120 детей и подростков (48 мальчиков и 72 девочки) от 8 до 18 лет, страдающих ожирением, за 6 лет. Обследование включало подробный анамнез, общеклинические, биохимические и инструментальные методы исследования.

**Результаты.** У 55,8% детей, больных ожирением, функциональные и органические изменения пищеварительной системы регистрировались в различных их сочетаниях. У 35,8% отмечалась склонность к запорам, чрезмерному газообразованию, обусловленная нарушением моторики кишечника вследствие малоподвижного образа жизни, слабости мышц брюшного пресса, гипотонии мышц кишечной стенки и избыточным отложением жира в области брыжейки и сальника. У 15% была выявлена гепатомегалия, сопровождавшаяся чувством тяжести в правом подреберье. У 14 детей было проведено КТ органов брюшной полости. В результате обследования у 7 из них был зарегистрирован липогепатоз. Желчнокаменная болезнь была выявлена у 4, хронический гастродуоденит – у 30, язвенная болезнь луковицы двенадцатиперстной кишки – у 4 пациентов. За период наблюдения у 25% детей регистрировались различные клинические формы панкреатита. При этом отмечалось снижение активности внешнесекреторной части поджелудочной железы, а у 2 детей – нарушение ее внутрисекреторной функции с развитием нарушенной толерантности к глюкозе, а у одного – с развитием сахарного диабета II типа.

Таким образом, соматический статус детей и подростков, больных ожирением, характеризовался наличием сопутствующих патологических состояний со стороны пищеварительного тракта, выраженность которых коррелировала со степенью ожирения.

### 126. Изменения показателей эндотелина-1 при циррозе печени с различными типами портального кровотока

Касьянова Т.Р., Левитан Б.Н., Любарт Н.И.

Астраханская ГМА, Россия

**Цель исследования:** установить диагностическую значимость определения уровня вазоконстриктора эндотелина-1 (ЭТ-1) у больных циррозом печени (ЦП) в зависимости от типа портального кровотока (ТПК) по данным ультразвуковой доплерографии.

**Материал и методы.** Обследованы 64 больных ЦП и 15 практически здоровых лиц. Уровень ЭТ-1 в сыворотке крови определялся методом ИФА с помощью набора Biomedica (Германия). Импульсная доплерография и цветное доплеровское картирование сосудов брюшной полости проводились на ультразвуковом сканере «Logic-500» (США) конвексным датчиком 3,5 МГц.

**Результаты.** Концентрация сывороточного ЭТ-1 в группе больных ЦП в среднем была достоверно выше по сравнению с нормой (соответственно  $(1,14 \pm 0,30)$  фмоль/л и  $(0,24 \pm 0,06)$  фмоль/л,  $p=0,0005$ ). Оценка уровня ЭТ-1 была проведена в зависимости от пяти ТПК – нормокINETического (11% больных), гиперкинетического с увеличением линейной скорости кровотока в воротной вене (12%), гиперкинетического с увеличением диаметра воротной вены (22%), гипокINETического (38%) и псевдонормокINETического (17%). Наиболее значимый рост ЭТ-1 отмечен у больных ЦП в подгруппах с III и V ТПК (соответственно  $(1,62 \pm 0,30)$  фмоль/л и  $(2,03 \pm 0,40)$  фмоль/л). Данные ТПК признаны наиболее неблагоприятными в прогностическом плане. При статистической обработке всех ТПК получена достоверность –  $\chi^2=17,0$ ,  $p=0,02$ , причем при анализе I и V типов  $p=0,002$  ( $t=3,38$ ), а I и III типов –  $p=0,02$  ( $t=2,5$ ).

**Заключение.** Рост уровня ЭТ-1 как маркера эндотелиальной дисфункции, обладающего вазоконстрикторным действием, у больных ЦП с выраженными, прогностически неблагоприятными гемодинамическими нарушениями, демонстрирует его роль в патогенетических механизмах, обуславливающих тяжесть хронического заболевания.

#### 127. Биохимиотерапия с озонированными средами в комплексном лечении резектабельного рака желудка

Кит О.И., Геворкян Ю.А., Ильченко С.А., Франциянц Е.М., Солдаткина Н.В.

Ростовский научно-исследовательский онкологический институт, Ростов-на-Дону, Россия, e-mail: mloi@list.ru

**Цель исследования:** улучшить результаты лечения больных резектабельным раком желудка путем применения биохимиотерапии с озонированными средами во время операции гастрэктомии и в послеоперационном периоде.

**Материал и методы.** Проанализированы данные о 30 больных раком желудка T3-4N0-2M0. 80% больных были в возрасте после 50 лет. Морфологически у всех больных была аденокарцинома. 15 больным (основная группа) проведено лечение, включающее гастрэктомию и биохимиотерапию с озонированными средами. 15 больным (контрольная группа) после операции гастрэктомии проведены курсы стандартной внутривенной химиотерапии. Для проведения биохимиотерапии с озонированными средами вводили интраоперационно в левую желудочную артерию 5-фторурацил  $1000 \text{ мг/м}^2$ , лейковорин  $100 \text{ мг/м}^2$  после инкубации с озонированной аутокровью, внутривенно – оксалиплатин  $100 \text{ мг/м}^2$  с озонированным физиологическим раствором, через 7 дней после гастрэктомии проводили биохимиотерапию с озонированной аутокровью. В контрольной группе после гастрэктомии больные получали курсы стандартной химиотерапии по той же схеме.

**Результаты.** Больные обеих групп наблюдаются от 1 до 10 месяцев. За время наблюдения у больных основной группы не выявлено ни одного случая рецидива и отдаленных метастазов. В контрольной группе у 3 больных выявлено прогрессирование заболевания.

**Выводы.** Комплексное лечение с применением химиотерапии с озонированными средами во время операции гастрэктомии и в послеоперационном периоде улучшает результаты лечения больных резектабельным раком желудка.

#### 128. Оценка вклада рациона 1 лечебно-профилактического питания в фактическое питание лиц, работающих с источниками ионизирующего излучения

Кобелькова И.В.

Межрегиональное управление 1 Федерального медико-биологического агентства России, Москва, Россия

Изучено лечебно-профилактическое (ЛПП) питание в составе фактического питания лиц, работающих с источниками ионизирующего излучения (ИИИ) с целью анализа адекватности рациона 1 ЛПП современным позициям нутрициологии, а также взаимосвязи питания и состояния здоровья этого контингента работников.

На примере 158 человек получены данные о питании лиц, работающих с ИИИ на предприятиях, расположенных в Москве и Московской области, с использованием компьютерной программы «Частотный анализ» (версия 1.2.4 ГУ НИИ питания РАМН, 2008 г.) в течение последнего месяца. Статистическая обработка и анализ данных проводился в статистической программе SPSS14.

Исследование работающих с ИИИ показало, что питание большинства обследованных характеризуется высоким потреблением жира и доли в нем НЖК, простых углеводов при недостатке пищевых волокон, полиненасыщенных жирных кислот семейства  $\omega$ -3- и  $\omega$ -6, кальция, витаминов группы В, витамина РР, микронутриентов-антиоксидантов и в целом не соответствует современным представлениям об оптимальном питании. Объективная оценка пищевого статуса выявила распространенность избыточной массы тела у 70% лиц старше 40 лет, в том числе 28% с ожирением. Профиль потребления пищевых продуктов большинства обследованных свидетельствует о высоком риске развития алиментарно-зависимых заболеваний.

В настоящее время рацион 1 лечебно-профилактического питания лиц, работающих с ИИИ, требует коррекции в сторону снижения энергетической ценности, в том числе за счет животных жиров, доли в них НЖК, простых углеводов, и увеличения содержания рыбы, морепродуктов, фруктов, разнообразия овощей, содержащих витамины, пищевые волокна. Нами разработаны методические рекомендации по организации ЛПП, включающие 2 варианта нового типового примерного 10-дневного меню с учетом выявленных диспропорций.

#### 129. Клинико-морфологическая характеристика печени при псориазе

Козлова И.В., Розумбаева Л.П., Бакулев А.Л.  
Саратовский ГМУ, Россия

**Цель исследования:** определить клинико-функциональные и структурные особенности печени у пациентов с псориазом.

**Материалы и методы.** Обследованы 40 пациентов с распространенным псориазом в стадии прогрессирования. Контрольную группу составили 20 практически здоровых лиц. Проводили исследование гиалуроновой кислоты (ГК), коллагена IV типа, матриксных металлопротеиназ-2 (ММП), тканевых ингибиторов матриксных металлопротеиназ-1 (ТИММП) в сыворотке крови.

**Результаты.** У 90% пациентов с распространенным псориазом наблюдали поражение печени по типу неалкогольной жировой болезни, из них в 37,5% случаев выявлена жировая дистрофия печени, в 52,5% – хронический неалкогольный стеатогепатит. На основании данных клинико-лабораторного обследования умеренная степень активности патологического процесса в печени констатирована у 30%, низкая активность – у 22,5% пациентов. У пациентов с гепатитом на фоне псориаза отмечено повышение уровня ГК и коллагена IV типа в сыворотке крови. По данным ультразвуковой эластометрии у этих пациентов отмечено наличие фиброза печени от слабовыраженного (F1) до выраженного (F3). Установлена прямая взаимосвязь между выраженностью синдрома цитолиза, стадией фиброобразования, активностью воспаления в печени и индексом PASI, характеризующим площадь поражения кожи и интенсивность основных симптомов псориаза ( $r=0,622, 0,557, 0,613$ ).

**Выводы.** Псориаз у 90% пациентов характеризуется развитием патологии печени, которая преимущественно носит характер



хронического неалкогольного стеатогепатита с минимальной или умеренной активностью. Результаты исследования свидетельствуют о необходимости назначения гепатопротекторов в комплексном лечении больных распространенным псориазом.

### 130. Взаимосвязь состояния питания и картины крови

Кокуева О.В., Новоселя Н.В.  
Кубанский ГМУ, Краснодар, Россия,  
e-mail: ankvin@yandex.ru

**Цель исследования:** выявить влияние статуса питания на состояние картины крови.

**Материалы и методы.** Под нашим наблюдением находились 28 больных гастродуоденитом и 62 больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки (ЯБ ДПК). Средний возраст участников в 1-й группе был 23,0 года (от 19 до 40 лет), во 2-й группе – 42 года (от 25 до 50 лет),  $p > 0,05$ . В 1-ю группу входили 67,85% мужчин, во 2-ю – 69,35%. Среднее значение индекса массы тела (ИМТ) в 1-й группе составило  $23,74 \text{ кг/м}^2$  (от 20,97 до 24,51), во 2-й –  $24,38 \text{ кг/м}^2$  (от 21,60 до 28,41), без достоверной разницы между группами. Для постановки диагноза всем больным выполнялось ФГДС, УЗИ органов брюшной полости и ПЖ, для анализа композиции организма выполнялась импедансометрия. Корреляционные зависимости определяли по Спирмену.

При анализе соотношения основных компонентов организма наименьший коэффициент содержания жир/жидкость был получен в 1-й группе – 0,39 (от 0,28 до 0,62). Более высокое значение этого коэффициента было зарегистрировано во 2-й группе – 0,53 (от 0,31 до 0,74) без статистически значимых отличий между группами.

В литературе высказывается мнение, что в жировых депо при их большом объеме могут синтезироваться различные гормоны и цитокины, потенцирующие воспалительные процессы в организме (Martin S.S. et al., 2008). Поэтому мы проверили возможные связи параметров композиции организма с картиной крови. В исследовании обнаруживалась прямая взаимосвязь относительного содержания жира в организме с количеством лимфоцитов в крови ( $r=0,46$ ,  $p=0,004$ ), а также значением СОЭ ( $r=0,58$ ,  $p=0,0005$ ). При этом зависимость между количеством лимфоцитов в крови и относительным содержанием воды в организме ( $r=-0,43$ ,  $p=0,006$ ) и уровнем СОЭ ( $r=-0,56$ ,  $p=0,001$ ) была обратной.

### 131. Влияние адипокинов на функцию поджелудочной железы при язвенной болезни двенадцатиперстной кишки

Кокуева О.В., Новоселя Н.В., Лукошников Т.В.  
Кубанский ГМУ, Краснодар, Россия,  
e-mail: ankvin@yandex.ru

**Цель исследования:** оценить влияние адипокинов на состояние поджелудочной железы у больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки.

**Материалы и методы.** Под нашим наблюдением находились 28 больных гастродуоденитом и 62 больных с язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки (ЯБ ДПК). Средний возраст участников в 1-й группе был 23,0 года (от 19 до 40 лет), во 2-й группе – 42 года (от 25 до 50 лет),  $p > 0,05$ . В 1-ю группу входили 67,85% мужчин, во 2-ю – 69,35%. Среднее значение индекса массы тела (ИМТ) в 1-й группе составило  $23,74 \text{ кг/м}^2$  (от 20,97 до 24,51), во второй –  $24,38 \text{ кг/м}^2$  (от 21,60 до 28,41), без достоверной разницы между группами. Для постановки диагноза всем больным выполнялось ФГДС, УЗИ органов брюшной полости и ПЖ, уровень лептина в крови определялся методом ИФА. Корреляционные зависимости определяли по Спирмену.

Лептин является одним из центральных гормонов, участвующих в регуляции массы тела. При анализе влияния лептина на площадь язвенного дефекта выявлено, что у больных с ИМТ до  $30 \text{ кг/м}^2$  во 2-й группе размер язвенного дефекта в ДПК был отрицательно связан с количеством лептина –  $r=-0,4$ ,  $p=0,03$ , то есть чем выше уровень лептина, тем меньше размер дефекта.

При рассмотрении внутригрупповых корреляционных связей были получены следующие закономерности. Во 2-й группе уровень лептина был взаимосвязан с содержанием липазы в крови

( $r=0,6$ ,  $p=0,0005$ ) и ГГТ в крови ( $r=0,36$ ,  $p=0,03$ ). Положительная зависимость уровня лептина от содержания липазы, по-видимому, связана с повышением уровня этого адипокина в ответ на повреждение поджелудочной железы и дальнейшим формированием анорексигенного ответа.

Таким образом, при разработке плана лечения необходимо учитывать роль адипокинов.

### 132. Возможности использования высокоэффективной жидкостной хроматографии сыворотки крови в дифференциальной диагностике воспалительных заболеваний кишечника (язвенный колит, болезнь Крона) и синдрома раздраженного кишечника

Колодей Е.Н.<sup>1</sup>, Миронов Н.Н.<sup>1</sup>, Алексеева О.П.<sup>1</sup>,  
Игнатьев А.А.<sup>2</sup>, Насонов С.В.<sup>2</sup>, Чельшев И.В.<sup>2</sup>  
<sup>1</sup>Нижегородская ОКБ им. Н.А. Семашко, <sup>2</sup>ООО

«Медицинская диагностика», Нижний Новгород, Россия

**Цель исследования:** показать возможность применения высокоэффективной жидкостной хроматографии сыворотки крови для дифференциальной диагностики воспалительных заболеваний кишечника и синдрома раздраженного кишечника.

**Материалы и методы.** Обследованы 77 пациентов (62 с ВЗК, 15 – с СРК). Мужчин 42, из них 34 с ВЗК, 8 – с СРК, женщин – 35, из них 28 с ВЗК, 7 – с СРК. Средний возраст больных с ВЗК 36,4 года (мужчин – 31,5 года, женщин – 41,3 года). Средний возраст больных с СРК 32,5 года (мужчин 38 лет, женщин – 27,1 года). Диагнозы ЯК и БК верифицированы в соответствии с международными и российскими рекомендациями обследования больных. У всех больных диагноз подтвержден эндоскопическим и гистологическим исследованием. В исследование включены больные ВЗК средней степени тяжести. Больные ЯК имели давность заболевания от 6 месяцев до 20 лет, большинство больных (55%) – от 1 года до 5 лет. Больные БК имели давность заболевания от 6 месяцев до 15 лет. В качестве объекта исследования была выбрана сыворотка крови как наиболее доступный материал, несущий в себе максимально возможную информацию о состоянии органов человека. Забор крови в количестве 5-10 мл проводился натощак. Полученная сыворотка (не менее 2 мл) высушивалась при 25°C до состояния сухой корочки и перемалывалась до состояния гомогенного порошка. Далее бралась навеска порошкообразной сыворотки в количестве 40 мг и проводилась экстракция 85% метанолом в течение 45 мин.

После осаждения крупно- и среднемолекулярных белков проводилось центрифугирование смеси с частотой обращения 12000 об/мин, с последующим отбором надосадочной жидкости. Полученный таким образом экстракт сыворотки крови подвергался хроматографическому исследованию. При анализе использовалась стандартная методика исследования на хроматографе «Милихром А-02» (ЗАО «Эконова», Новосибирск).

**Результаты.** Исследование состояло в построении ВЭЖХ спектральных образов болезни, которые статистически достоверно разграничивали группы больных (мужчин и женщин) ВЗК и СРК. В результате выполненных исследований показана возможность использования технологии построения и анализа жидкостно-хроматографических спектральных образов сыворотки крови для дифференциальной диагностики воспалительных заболеваний кишечника и СРК.

Чувствительность и точность диагностики составили 79%-100% и 82%-92% соответственно. Применение иммуногистохимических методов исследования позволило обнаружить при ЯК увеличение количества иммуноглобулин-G-содержащих клеток в слизистой оболочке толстой кишки, при этом продукция Gg-G-1 субкласса увеличивается в ответ на пептидные антигены.

**Заключение.** Показана возможность проведения дифференциальной диагностики воспалительных заболеваний кишечника и синдрома раздраженного кишечника с использованием метода высокоэффективной жидкостной хроматографии с компьютерной обработкой хроматограмм и построением трехмерного образа болезни. При использовании высокоэффективной жидкостной хроматографии диагностическая чувствительность метода составила 79%-100% и точность метода 82%-92%.

### 133. Комплексная оценка эффективности уреазного экспресс-теста ХЕЛПИЛ-тест для диагностики *H.pylori* в разных отделах ЖКТ

Конорев М.Р., Матвеев М.Е., Коваленко Т.В.  
Витебский ГМУ, Белоруссия, e-mail: mar\_kon@tut.by

**Цель исследования:** оценить эффективность использования ХЕЛПИЛ-теста для диагностики *H.pylori* (Нр) в слизистой оболочке (СО) антрального отдела желудка и луковицы двенадцатиперстной кишки (ДПК) у пациентов с синдромом диспепсии.

**Материалы и методы.** Проведено поперечное диагностическое исследование с применением четырехпольной таблицы 2×2 (латинский квадрат) для сравнения результатов, полученных при использовании ХЕЛПИЛ-теста (ООО «АМА», Россия) с результатами референтного метода диагностики Нр – морфологического метода (СО антрального отдела желудка и луковицы ДПК; n=107). Оценка эффективности проводилась у одних и тех же пациентов. «Защелкивание» луковицы ДПК (2,9<pH<6,4) диагностировано у 75 (70,1%) больных.

**Результаты** сравнительной оценки эффективности уреазного экспресс-теста ХЕЛПИЛ-тест (соответственно желудок и ДПК): чувствительность (Se) 0,97 и 0,91, специфичность (Sp) 0,98 и 0,98, распространенность (P) 0,54 и 0,20, точность теста (TA) 0,97 и 0,96, прогностическая ценность при отрицательном результате (–PV) 0,96 и 0,98, прогностическая ценность при положительном результате (+PV) 0,98 и 0,91, отношение правдоподобия положительного результата теста (LR+) 48,5 и 39,3, отношение правдоподобия отрицательного результата теста (LR–) 0,04 и 0,1.

**Выводы.** ХЕЛПИЛ-тест с гастро- и дуоденобиопсатом имеет высокую клиническую эффективность для диагностики *H.pylori* в слизистой оболочке желудка и луковицы ДПК. ХЕЛПИЛ-тест в 480 раз сокращает время диагностики инфекции Нр по сравнению с другими уреазными тестами и позволяет в дальнейшем использовать гастро- и дуоденобиопсат для морфологического исследования.

### 134. Масло амаранта и интервальная гипокситерапия в условиях хронической фтористой интоксикации повышает адаптационно-компенсаторные возможности организма

Конько У.В., Козак Л.П., Ковалишин В.И.  
НМУ им. А.А. Богомольца, Киев; Львовский НМУ им. Д. Галицкого, Украина

**Цель:** исследование антиоксидантной защиты (АОЗ) тканей печени и состояния гепатоцитов при использовании масла амаранта и интервальной гипокситерапии (ИГТ) в условиях хронической фтористой интоксикации (ХФИ).

**Материалы и методы.** У белых крыс массой 190–220 г изучали активность ферментов АОЗ: супероксиддисмутазы (СОД), каталазы (КАТ), глутатионпероксидазы (ГПО) в печени. С помощью трансмиссионной электронной микроскопии исследовали состояние гепатоцитов. ХФИ вызывали пероральным введением фторида натрия (10 мг/кг) в течение 30 суток. ИГТ осуществляли в барокамере: пятикратный подъем животных на высоту 3000 м по 10 мин. Перерывы между сеансами составляли 15 мин. Одновременно в течение 10 дней вводили масло амаранта в дозе 38 мг на кг массы тела.

**Результаты.** При ХФИ наблюдали в ткани печени снижение активности КАТ на 16,5% и ГПО на 52%, однако активность СОД была увеличена на 75% по сравнению с нормой. ХФИ сопровождалась появлением в гепатоцитах дезорганизованных внутриклеточных органелл, поврежденных пероксисом, увеличением количества гранул гликогена. Совместное использование ИГТ и масла амаранта при фтористой интоксикации нормализовало активность СОД и ГПО в исследуемом органе. Активность КАТ в печени превышала норму на 16%. В гепатоцитах обнаружены комплексы, состоящие из блоков пероксисом, которые окружены гранулами гликогена, липопротеиновыми каплями, митохондриями, что указывает на обеспечение активности регенераторных процессов гепатоцитов на биохимическом и ультраструктурном уровнях.

**Выводы.** Применение масла амаранта и ИГТ при ХФИ обеспечивает мобилизацию системы АОЗ, оптимизацию обменных реакций, нормализацию ультраструктуры гепатоцитов, что позволяет повысить адаптационно-компенсаторные возможности организма.

### 135. Влияние озонотерапии и минеральных вод типа «Нафтуся» на функцию печени при хроническом гепатите

Копчак Л.Н., Ижицкая Н.В., Копчак Л.Я.  
Львовский НМУ им. Данила Галицкого, Украина,  
e-mail: gwert3@bigmir.net

**Цель исследования:** изучить влияние озонотерапии на динамику клинических проявлений хронического гепатита (ХГ) и некоторые биохимические параметры на фоне санаторно-курортного лечения минеральными водами типа «Нафтуся».

**Материалы и методы.** Обследованы 20 больных ХГ, принимавших гидрокарбонатно-сульфатно-натриевые и гидрокарбонатно-кальциевые минеральные воды с повышенным содержанием микроэлементов, и 25 больных ХГ, которым дополнительно к водолечению назначали курс внутривенной озонотерапии, в среднем 8,2 процедуры на курс. Пациентам провели клиническое обследование. Функциональное состояние печени оценивали по биохимическим показателям: общему и прямому билирубину (Б), активности щелочной фосфатазы (ЩФ), аспартатаминотрансферазы (АСТ), аланинаминотрансферазы (АЛТ), сыровоточным уровням триглицеридов (ТГ) и общего холестерина (ХС), величине протромбинового индекса (ПИ).

**Результаты.** Лечение с добавлением озонотерапии сопровождалось улучшением клинического состояния больных обеих групп: уменьшились тошнота, общая слабость, тяжесть в правом подреберье. Под влиянием лечения наблюдали изменения исследуемых показателей: уменьшение ЩФ на 34,9%, АСТ на 15,7%, АЛТ на 19,1%, концентрации билирубина на 46,3% (везде  $p < 0,05$ ). В группе больных, принимавших только минеральные воды, указанные положительные изменения были менее выраженными.

**Выводы.** Сочетанное применение озонотерапии и водолечения у больных ХГ обеспечивает более быстрое и более выраженное улучшение функционального состояния печени, чем при приеме только минеральных вод. Озонотерапия не сопровождается побочными явлениями. Таким образом, озонотерапию в виде аутогемотерапии можно рекомендовать в комплексном санаторно-курортном лечении больных ХГ.

### 136. Противовоспалительные цитокины при болезни Крона

Кораблина Н.В., Павленко В.В.  
Ставропольская ГМА, Россия

**Цель:** изучить динамику синтеза интерлейкина-10 (ИЛ-10) и интерлейкина-4 (ИЛ-4) мононуклеарными клетками (МНК) и полиморфноядерными лейкоцитами (ПМЯЛ) периферической крови у больных болезнью Крона (БК) в зависимости от характера (формы) течения заболевания.

**Материалы и методы.** Обследованы 25 больных БК (16 женщин и 9 мужчин). У 18 пациентов наблюдалось непрерывное течение заболевания, у 7 пациентов рецидивирующая форма БК. МНК и ПМЯЛ выделяли из гепаринизированной крови, отмывали средой RPMI-1640 без нагрузки и в присутствии липополисахарида *E.coli* – 10 мкг/мл (ЛПС). Цитокины определяли в клеточных супернатантах методом ИФА. Контрольную группу составили 10 здоровых добровольцев.

**Результаты.** В период обострения БК спонтанный и индуцированный синтез ИЛ-10 МНК и ПМЯЛ был повышен, а ИЛ-4 снижен. Установлено преобладание синтеза ИЛ-10 лейкоцитами крови при рецидивирующем течении БК, а более высокая продукция ИЛ-4 лейкоцитами крови была характерна для пациентов с непрерывным течением заболевания.

**Заключение.** Выявленные особенности синтеза ИЛ-10 и ИЛ-4 иммунными клетками крови свидетельствуют об их разнонаправленных

механизмах регуляции воспалительной реакции и иммунного ответа при различных клинических формах БК.

### 137. Синтез интерлейкина-1 $\alpha$ у больных болезнью Крона

Кораблина Н.В., Павленко В.В.  
Ставропольская ГМА, Россия

**Цель:** изучить спонтанную и стимулированную продукцию ИЛ-1 $\alpha$  мононуклеарными клетками (МНК) периферической крови больных болезнью Крона (БК) в динамике лечения.

**Материалы и методы.** Обследованы 25 пациентов с болезнью Крона в возрасте 20-60 лет. У 8 пациентов диагностировано легкое течение (индекс CDAI=150-300), у 11 – среднетяжелое (индекс CDAI=301-450), у 6 – тяжелое течение БК (индекс CDAI>450). У 8 пациентов выявлен илеит, у 12 – илеоколит, у 5 – колит. МНК выделяли из гепаринизированной крови, стандартизировали, инкубировали без нагрузки и в присутствии липополисахарида *E.coli* – 10 мкг/мл (ЛПС). ИЛ-1 $\alpha$  определяли в клеточных супернатантах методом ИФА. Контрольную группу составили 20 здоровых добровольцев.

**Результаты.** Синтез ИЛ-1 $\alpha$  МНК больных БК в период обострения был повышен в среднем в 1,5 раза. При легком течении БК уровень спонтанного синтеза ИЛ-1 $\alpha$  составил: (0,270 $\pm$ 0,006) нг, а стимулированного (0,560 $\pm$ 0,014) нг. При среднетяжелом и тяжелом течении БК синтез спонтанного и стимулированного ИЛ-1 $\alpha$  МНК характеризовался как идентичный ( $p>0,05$ ). Выявлена зависимость синтеза изучаемого цитокина от локализации воспалительного процесса в кишечнике. Более интенсивный синтез цитокина МНК наблюдался при сочетанном поражении тонкой и толстой кишки, причем с преобладанием ЛПС-стимулированного. У больных с илеитом и колитом достоверного отличия в спонтанном и стимулированном синтезе ИЛ-1 $\alpha$  МНК не наблюдалось. В динамике стационарного этапа лечения (в среднем через 4-6 недель) независимо от индекса CDAI наблюдалось снижение уровня ИЛ-1 $\alpha$  МНК в спонтанных и ЛПС-индуцированных условиях, причем при легком течении БК в период клинической ремиссии он достигал контрольных значений.

**Заключение.** В период обострения БК синтез ИЛ-1 $\alpha$  повышен. При уменьшении индекса активности БК продукция цитокина МНК снижается. Выявлена зависимость между способностью МНК к синтезу цитокина и клиническими вариантами БК.

### 138. Синтез некоторых цитокинов лейкоцитами периферической крови больных язвенным колитом и возможность прогнозирования эффективности фармакотерапии

Кораблина Н.В., Павленко В.В.  
Ставропольская ГМА, Россия

**Цель:** изучить синтез ИЛ-10, ИЛ-4 мононуклеарными клетками (МНК) и полиморфноядерными лейкоцитами (ПМЯЛ) периферической крови у больных язвенным колитом (ЯК) в динамике лечения и определить возможность использования исследуемых показателей в качестве маркеров очередной атаки заболевания.

**Материалы и методы.** Обследованы 43 больных ЯК с различной степенью активности воспалительно-деструктивного процесса в СОТК в динамике дифференцированной базисной терапии и 10 здоровых добровольцев (контроль). Через 48 недель у 16 больных ЯК в разные сроки возникла повторная атака заболевания (1-я группа). У остальных 27 больных сформировалась стойкая клиническая ремиссия в течение года (2-я группа). МНК и ПМЯЛ выделяли из гепаринизированной крови, отмывали, стандартизировали, инкубировали в присутствии липополисахарида *E.coli* – 10 мкг/мл (ЛПС). ИЛ-10 и ИЛ-4 определяли в клеточных супернатантах методом ИФА. Статистическую обработку полученных результатов проводили с использованием программ SPSS 13.0.

**Результаты.** Установлено, что у больных ЯК 1-й группы исходный (до лечения) уровень продукции ИЛ-10, ИЛ-4 МНК и ПМЯЛ в спонтанных и ЛПС-стимулированных условиях был ниже, чем у пациентов 2-й группы. На фоне проводимой базисной терапии синтез цитокинов нормализовался у больных 2-й группы и оставался сниженным у пациентов 1-й группы.

**Заключение.** Исходный спонтанный и ЛПС-индуцированный уровень продукции противовоспалительного цитокина ИЛ-10 МНК является наиболее значимым показателем и может использоваться для целей прогнозирования результатов лечения и в качестве предиктора раннего рецидива язвенного колита.

### 139. Типологические нарушения питания пациентов с признаками увеличения массы тела и ожирения

Корильчук Н.И.  
Тернопольский ГМУ им. И.Я. Горбачевского, Украина,  
e-mail: neltar@mail.ru

**Цель исследования:** изучить типологические нарушения питания пациентов с признаками избыточной массы тела и ожирения.

**Материал и методы.** Обследованы 68 пациентов в возрасте от 20 до 74 лет. Все они пребывали на лечении в ДСП городской больницы с диагнозами: «СД 2 типа», «ГХ», «ОА», «хронический гастрит», «хронический холецистит», «хронический панкреатит» и имели избыточный вес – 20 человек, ожирение I ст. – 26; ожирение II ст. – 14; ожирение III ст. – 8 пациентов. Все пациенты активно осматривались, использовались опросники, проводилась антропометрия.

**Результаты.** В результате исследований у 100% обследованных выявлено девиантное поведение питания. Из опрошенных 91% не считает калорийность пищи, 82% не рассчитывают количество пищи, принятой за один раз, 62% не обращают внимание на время употребления еды, 56% не задумываются над сочетанием продуктов, которые употребляют за один прием. 31% обследованных имеет чувство патологического голода, это 26,5% женщин и только 4% мужчин. Постоянные «перекусы» свойственны 32%, это пациенты с II и III степенью ожирения. 66% обследованных подвержены пищевой жажде, состояние, более характерное для лиц младшего возраста (до 45 лет). Переедание «за компанию» свойственно 41%, перекусы на улице – 32%, избыточное употребление пищи в гостях – 41% и покупка лишних продуктов в магазине – 62%. Эмоциональное пищевое поведение свойственно 18%, а компульсивное – 26,5%, синдром ночного приема пищи – 20,6%.

**Выводы.** Борьба с эпидемией ожирения должна быть направлена на изучение типологических нарушений пищевого поведения. Изучение нарушений позволит осуществлять индивидуальный подбор немедикаментозных и медикаментозных средств, направленных на коррекцию и снижение веса и прогрессирования осложнений.

### 140. Оптимизация лечения бронхиальной астмы, ассоциированной с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью

Корильчук Н.И., Боровик И.О., Боцюк Н.Е., Рябоконь С.С.  
Тернопольский ГМУ им. И.Я. Горбачевского, Украина

**Цель исследования:** анализ сочетанного протекания бронхиальной астмы (БА) и гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (ГЭРБ), определение эффективности антисекреторной терапии в комплексном лечении больных с данной патологией.

**Материал и методы.** Обследованы 38 больных с БА. Всем больным проводили гастроскопию и спирограмму, при которой фиксировали следующие показатели: жизненную емкость легких (ЖЕЛ), форсированную жизненную емкость легких (ФЖЕЛ), объем форсированного выдоха за секунду (ОФВ). Больные были разделены на три группы: в первую входили 14 пациентов с БА без ГЭРБ, получавших медикаментозную базовую терапию; во вторую – 10 больных БА с ГЭРБ, которые также получали аналогичную терапию; к третьей – 14 пациентов с БА с ГЭРБ, которым базисная терапия дополнялась ингибитором протонной помпы (ИПП) рабепразолом в течение 14 дней в суточной дозе 20 мг.

**Результаты.** ГЭРБ является частой сопутствующей патологией БА, по нашим данным, в 63,2% случаев. При оценке показателей функции внешнего дыхания (ФВД) пациентов до лечения выявлено снижение ЖЕЛ до 31,3 (74,8%), ФЖЕЛ – до 31,0 (76,4%) и ОФВ – до 28,9 (74,8%). На фоне проводимой терапии у пациентов 1-й группы наблюдалась положительная динамика ФВД:

увеличение ОФВ на  $(17,9 \pm 3,8)\%$ . У больных 2-й группы увеличение ОФВ составило всего  $(12,0 \pm 4,3)\%$  ( $p > 0,5$ ). У пациентов 3-й группы наблюдалось достоверное улучшение всех показателей ФВД. Прирост ОФВ после лечения достигал  $(20,1 \pm 4,4)\%$  ( $p < 0,05$ ).

**Выводы.** Эффективность лечения БА, ассоциированной с ГЭРБ, повышается включением в базисную терапию ИПП рабепразола, что позволяет не только в короткие сроки купировать клинические проявления ГЭРБ, но и имеет положительное влияние эффект на клиническое течение БА, способствует лучшему восстановлению показателей ФВД.

#### 141. Исследование бифидогенной активности минорных сахаров

Корнеева О.С., Черемушкина И.В., Санина Т.В., Анохина Е.П.

Воронежская государственная технологическая академия, Россия, e-mail: osp@vgt.vrn.ru.

**Цель исследования:** сравнить пребиотическую активность минорных сахаров маннозы и фукозы и коммерческого пребиотика инулина RaftiLine in vitro.

**Материалы и методы.** С целью установления пребиотических свойств минорных сахаров осуществляли культивирование бактерий *Bifidobacterium bifidum* на средах с различными источниками углерода. Культивирование микроорганизмов проводили в анаэробных условиях на среде Блаурокка в модификации Г.И. Гончаровой. Накопление биомассы *B. bifidum* определяли нефелометрически. Биохимическую активность бифидобактерий определяли по нарастанию активной кислотности.

**Результаты.** Максимальное накопление биомассы наблюдалось к 42 ч процесса культивирования бактерий на средах как с минорными сахарами, так и с инулином. Интенсивность метаболических процессов у бифидобактерий контролировали по изменению pH среды, что служит показателем трансформации сахаров в органические кислоты как конечные продукты метаболизма. Изменение величины pH коррелирует с ростом и развитием культуры бактерий на средах с минорными сахарами. К 42 часам культивирования различия в интенсивности накопления биомассы и изменении активной кислотности при выращивании на средах с различными источниками углерода нивелируются. Культивирование бифидобактерий *B. bifidum* на средах с минорными сахарами способствовало увеличению скорости и интенсивности их роста, что подтверждает пребиотические свойства этих углеводов.

**Выводы.** Пребиотическая активность минорных сахаров сопоставима с активностью признанного стимулятора роста бифидобактерий инулина.

#### 142. Вирулентность и антибиотикорезистентность штаммов *H. pylori* у детей с гастродуоденальной патологией в Северной Осетии

Корниенко Е.А., Базрова Ф.В., Суворова М.А.

СПбГПМА, НИИ экспериментальной медицины РАМН, Санкт-Петербург, Россия

**Цель:** оценить вирулентность и антибиотикорезистентность штаммов НР у детей в Северной Осетии.

**Материал и методы.** У 100 детей с НР-ассоциированной гастродуоденальной патологией (39 с неэрозивными (1 группа) и 61 с эрозивно-язвенными (2 группа) поражениями) методом ПЦР определялось наличие CagA и VacA с использованием специфических праймеров. Наличие мутаций, связанных с устойчивостью НР к кларитромицину (A2142G, A2143G, T2717C), выявляли методом полугнездовой ПЦР.

**Результаты.** CagA(+) штаммами были инфицированы 18 –  $(29,5 \pm 5,7)\%$  человек, во 2 группе – 15 –  $(40,5 \pm 8,7)\%$ . У 23 детей –  $(37,7 \pm 5,7)\%$  выявлены более патогенные (VacAs1), у 15 пациентов  $(24,5 \pm 5,9)$  – менее патогенные штаммы (VacA s2) НР. Наибольшая частота патогенных штаммов (CagA+, VacAs1m1) встречалась у пациентов 2 группы –  $(35,7 \pm 8,9)\%$ ,  $p < 0,05$ .

Среди пациентов 2 группы, у которых методом ПЦР выявлен НР, у 8  $(13,1\%)$  встречались мутации, определяющие резистентность

к кларитромицину. Выявлены мутации A2143G  $(55,5\%)$ , A2142G  $(11,1\%)$  и T2717C  $(33\%)$ , у одного пациента одновременно выявлены две мутации (A2143G и T2717C). Среди пациентов 1 группы резистентные к кларитромицину штаммы НР встречались у 3 –  $(12,5 \pm 5,6)\%$ , причем во всех случаях выявлена мутация A2143G, во 2 группе встречались различные мутации, они обнаружены у 5 –  $(13,5 \pm 5,8)\%$  пациентов, у одного из них была двойная мутация. Мы выявили у 4 пациентов  $(50\%)$  с резистентным к кларитромицину штаммом НР присутствие vacAs1 генов, из них в 2 случаях одновременно и присутствие CagA.

**Заключение.** Штаммы НР у детей с гастродуоденальной патологией в Северной Осетии характеризуются умеренной токсигенностью, при эрозивно-язвенных поражениях обнаруживается большее число токсигенных штаммов. Резистентность НР к кларитромицину составила 13%, то есть не превышает допустимый уровень 20%. Это позволяет проводить стандартную эрадикационную терапию.

#### 143. Противовоспалительная терапия при воспалительных заболеваниях кишечника у детей

Корниенко Е.А., Залетова Н.К., Факина С.А.

СПбГПМА, ДГКБ № 5 им. Н.Ф. Филатова, Санкт-Петербург, Россия

Прогрессирующее воспаление лежит в основе патогенеза воспалительных заболеваний кишечника (ВЗК), поэтому основой лечения в обострении заболевания является противовоспалительная терапия препаратами 5-АСК или глюкокортикоидами (ГКС). **Цель:** оценить эффективность месалазина (салофалька), преднизолона и будесонида (буденофалька) в лечении ВЗК у детей.

**Материал и методы:** 37 детей с ВЗК (24 с НЯК и 13 с БК) были разделены на группы методом случайной выборки: 12 получали препарат «Салофальк» в дозе 50 мг/кг/сут, 14 – преднизолон в дозе 1 мг/кг/сут, 11 – буденофальк в дозе 9 мг/сут. Оценка эффективности проводилась в течение года.

**Результаты.** На фоне лечения салофальком снижение кишечного (К) и эндоскопического (Э) балла было достигнуто через 3 мес (на  $3,0 \pm 0,4$  мес). Ремиссия достигнута у 50% через 6 мес. При назначении преднизолона активность снижалась более быстрыми темпами в течение первого месяца (на  $7,1 \pm 1,2$  балла), но после снижения дозы уже через 3 мес наблюдалось нарастание активности на  $2,3 \pm 0,3$  балла. Ремиссия достигнута у 57%. Лечение буденофальком сопровождалось более медленным снижением активности в первые месяцы (на  $6,6 \pm 0,7$  балла), но в последующие месяцы ухудшения состояния не отмечалось, напротив, наблюдалось дальнейшее снижение активности. Ремиссия достигнута у 67% больных через 6 мес. Рецидив в течение года наблюдался у 8% на фоне приема салофалька, у 64% – после лечения преднизолоном и у 18% – буденофальком. Побочные реакции на преднизолон отмечены у всех больных, а на буденофальк – лишь у 27%, проявлялись они лишь незначительной лунообразностью лица.

**Заключение.** Применение буденофалька показано детям с умеренной активностью ВЗК. Препарат эффективно купирует обострение и способен поддерживать ремиссию. Побочные реакции на буденофальк выражены слабо и сводятся лишь к незначительной лунообразности лица.

#### 144. Водородный тест в диагностике синдрома избыточного бактериального роста (СИБР) у детей

Корниенко Е.А., Карпинчук Д.Н., Типикина М.Ю.,

Кубалова С.С.  
СПбГПМА, Россия

**Цель:** оценить диагностические возможности водородного дыхательного теста (ВДТ) в диагностике СИБР.

**Материал и методы.** У 10 детей с СРК проведены бактериологическое исследование, ФЭГДС с биопсией из тонкой кишки (ТК), морфологическое исследование биоптатов, ПЦР в реальном времени с использованием праймеров для выявления ДНК *Lactobacillus spp.*, *Bifidobacteriae spp.*, *Bacteroides fragilis*, *E. coli* в биопта-

те ТК, исследование микробных маркеров в биоптатах ТК и в крови методом масс-спектрометрии, а также ВДТ («Лактофан» ООО «АМА») с нагрузкой лактулозой. СИБР устанавливали при обнаружении более  $10^5$  КОЕ/мл при бактериологическом или ПЦР-исследовании, а также при повышении уровня водорода в выдыхаемом воздухе более чем на 20 ppm через 30-60 мин после приема лактулозы.

**Результаты.** В 9 из 10 случаев количество микробов в ТК превышало допустимую норму. С помощью ПЦР установлен усиленный рост *E.coli* у 2 пациентов, *B.fragilis* – у 4. Количество *Bifidobacteriae* spp. у всех больных колебалось от  $10^7$  до  $10^8$  КОЕ/мл, *Lactobacillus* spp. у 3 составило  $10^8$ - $10^9$  КОЕ/мл, у остальных было снижено от 0 до  $10^3$  КОЕ/мл. При этом бактериологически в кале отмечено снижение облигатных лакто- и бифидобактерий, в 2 случаях рост *E.coli*, еще в одном – грибов рода *Candida*. С помощью ВДТ отмечено диагностически значимое нарастание концентрации водорода через 60 мин после приема лактулозы у 8 из 10 пациентов, то есть диагностическая точность ВДТ в сравнении с ПЦР составила 88,9%. Масс-спектрометрия выявила признаки усиленного роста в ТК с обнаружением маркеров от 12 до 27 микробов, однако у 7 из 9 пациентов изменения микробиоценоза не совпадали с данными ПЦР в реальном времени, а у половины имели противоположный характер. В крови выявлено не более 12% маркеров, представленных в ТК.

**Заключение.** ВДТ является информативным методом диагностики СИБР.

#### 145. Генетическая и морфологическая основы лактазной недостаточности у детей

Корниенко Е.А., Тимофеева Д.Ф.  
СПбГПМА, Россия

**Цель:** установить частоту генетически детерминированной и вторичной лактазной недостаточности (ЛН) у детей с кишечными жалобами.

**Материал и методы.** У 128 детей с кишечными жалобами проведены ФГДС с биопсией из дистального отдела ДПК и морфологическим исследованием биоптата, водородный тест с нагрузкой лактозой (ВДТ), гликемическая кривая с нагрузкой лактозой, у 48 больных с ЛН методом ПЦР исследован генотип (СС, СТ, ТТ), определяющий снижение лактазной активности.

**Результаты.** ЛН выявлена у 92 (72%) больных, чувствительность ВДТ составила 82%, специфичность – 100%. 50% больных имели СС-генотип, 44% – СТ, и только 6% – ТТ-генотип, то есть у большинства ЛН имела первичный генез. Вместе с тем отмечена корреляция уровня водорода и степени атрофии слизистой оболочки ДПК, что свидетельствует о зависимости степени ЛН от поражения тонкой кишки. Если при 1-й и 2-й степени атрофии по Маршу повышение уровня водорода было лишь у детей с СС и СТ-генотипом, при 3-й степени присутствовали все варианты генотипа, в том числе ТТ, то есть ЛН имела вторичный генез. Однако уровень водорода при тяжелой атрофии был достоверно более высоким (105 ppm) в случае СС-генотипа. Уровень водорода коррелировал с выраженностью клинических проявлений ЛН и данными гликемической кривой.

**Заключение.** ЛН у детей с кишечными жалобами не является редкостью и встречается более чем у 70%. В половине случаев она ассоциирована с гомозиготным СС-типом, то есть генетически детерминирована. В большинстве случаев ЛН имеет сочетанный характер, поскольку наряду с генетическими признаками у большинства имеется атрофия СО ДПК, степень которой коррелирует с результатами ВДТ.

#### 146. Хронический эзофагит при аллергии у детей

Корниенко Е.А., Филошкина Е.И., Насыров Р.А.  
СПбГПМА, Россия

**Цель:** изучить особенности хронического эзофагита у детей с аллергией.

**Материал и методы.** У 58 детей от 3 до 17 лет с морфологически установленным эзофагитом и аллергией были проведены иммуногистохимическое исследование слизистой оболочки пищевода

(СОП) с определением IgE, IgA, вирусов простого герпеса (ВПГ), цитомегалии (ЦМВ) и Эпштейна-Барр (ВЭБ), а также суточная рН-метрия для установления патологического ГЭР. Наличие хронической инфекции установлено у 35 детей: у 25 детей это был ВПГ, у 10 – ВЭБ, у 9 – ЦМВ. ГЭР диагностирован у 8 пациентов. 1-ю группу составили дети с «чистой» аллергией, 2-ю – с сочетанием аллергии и инфекции, 3-ю – аллергии и ГЭРБ, 4-ю – аллергии, инфекции и ГЭРБ.

**Результаты.** Эндоскопически эзофагит выявлен лишь у 19% больных 1-й группы, эрозивных форм в этой группе не было, в то время как во 2-й группе он диагностирован у 27%, в том числе у 7% – эрозивный, в 3-й группе – соответственно у 88% и 38%. Наибольшая частота эрозивных форм эзофагита (50%) была выявлена в 4-й группе. Воспалительные изменения (повышение количества МЭЛ, лимфоплазмодитарная инфильтрация) в 1-й группе были незначительными (61%) или умеренными (29%), в других группах наряду с лимфоплазмодитарной, обнаружена нейтрофильная инфильтрация. Эозинофилы (до 10 в поле зрения) обнаружены лишь у 5% детей с аллергией и чаще выявлялись при сочетании с инфекциями (14%) и ГЭРБ (25%). IgE в СОП был обнаружен у 38% детей 1-й группы и имел высокую корреляцию с гиперIgE-емией. IgA в СОП обнаружен у 37% детей, в основном в сочетании с IgE. Аллергии были также свойственны гиперплазия лимфоидных фолликулов, отек СОП и дистрофические изменения в эпителии. Желудочная метаплазия выявлена только при ГЭРБ (3%).

**Заключение.** Эзофагит при аллергии характеризуется слабой степенью воспаления, незначительной эозинофилией и выявлением IgE в слизистой оболочке пищевода.

#### 147. Прогностическое значение оценки качества жизни больных с СРК

Костенко М.Б., Ливзан М.А.  
Омская ГМА, Россия

**Цель:** изучить качество жизни пациентов с синдромом раздраженного кишечника (СРК) в различных фазах заболевания и оценить эффективность стандартного подхода к терапии СРК.

**Материалы и методы.** В период с 2008 по 2010 гг. отслежено качество жизни 316 пациентов с СРК.

**Результаты.** Установлено, что качество жизни у большинства пациентов (228 больных, 72,15%) коррелировало с фазой заболевания: в обострении значительно снижалось, а в фазе ремиссии незначительно отличалось от качества жизни практически здоровых лиц.

В то же время у 88 пациентов (27,85%) ремиссии при стандартной терапии антидепрессантами и средствами, воздействующими на моторику, достигнуть не удалось. Для них было характерным сохранение чувства страха и неуверенности, беспокойства. Из этиологических факторов заболевания ведущим было нарушение сбалансированности и регулярности питания и прием антибиотиков. Роль стресса не была столь существенной, как в первой группе. Клиника характеризовалась полиморфизмом гастроэнтерологических жалоб, что объяснилось компенсаторным напряжением функционирования других органов пищеварительного тракта вследствие длительной дисфункции толстой кишки. Нарушения микробиоценоза носили выраженный характер и отличались высокой частотой ассоциации дефицита индигенной микрофлоры с избыточным ростом условно патогенной. Указанные изменения требовали принципиально более широкого медикаментозного комплекса.

**Заключение.** Таким образом, СРК является одной из пограничных нозологий, где качество жизни – не только суммарное отражение «сегодняшнего» состояния пациента, но и во многом определяет прогноз болезни и подход к терапии.

**148. Активность NO-синтазы и содержание апоптотических белков в слизистой оболочке толстой кишки крыс при развитии колит-ассоциированного канцерогенеза**

Кравченко О.А., Максимович Я.С., Гайда Л.Н., Сокур О.В., Остапченко Л.И.

Киевский национальный университет им. Тараса Шевченко, Украина, e-mail: demidiko@gmail.com

**Цель исследования:** определение активности NO-синтазы и внутриклеточного содержания белков Bax и Bcl-2 в динамике развития колит-ассоциированного канцерогенеза.

**Материалы и методы.** Язвенный колит моделировали, заменяя питьевую воду 1,5% раствором декстрансульфатнатрия в течение 7 дней, а канцерогенез – еженедельным подкожным введением диметилгидразина (ДМГ). Клетки выделяли в соответствии с рекомендациями Roediger W. Активность NO-синтазы измеряли в гомогенате эпителиоцитов по накоплению продуктов аэробного окисления NO. Электрофорез белков полученных образцов проводили в денатурирующих условиях по Laemmli K. Иммуноблот-анализ осуществляли согласно рекомендациям Avrameas S.

**Результаты.** Воспалительные реакции в толстой кишке ассоциированы с выраженной гиперактивацией NO-синтазы, которая сопровождается деструктивными изменениями в слизистой оболочке толстой кишки. Однако при введении канцерогена исследуемый показатель практически не изменялся, и только на 10-й неделе было отмечено возрастание активности фермента. На ранних сроках действия ДМГ показано уменьшение содержания обоих апоптотических белков. В то же время максимальное накопление Bcl-2 отмечено через 8-10 недель применения канцерогена, что может указывать на подавление апоптоза, накопление клеток с мутациями, изменения клеточной адгезии, нарушения десквамации эпителиоцитов. Снижение активности NO-синтазы и уровня Bcl-2 на начальных этапах действия канцерогена может быть связано с угнетением функциональной активности защитной антибластомной системы организма.

**149. Состояние порфиринового обмена при вирусном и алкогольном циррозе печени**

Кривошеев А.Б., Кондратова М.А., Даниленко Д.Б., Кривошеева Т.А., Куприянова Л.Я.  
Новосибирский ГМУ, Россия,  
e-mail: krivosheev-ab@narod.ru

**Цель исследования:** изучить состояние порфиринового обмена при циррозе печени (ЦП) вирусной и алкогольной этиологии.

**Материалы и методы.** Наблюдали 71 больного в возрасте от 21 до 67 лет (средний возраст  $48,9 \pm 2,8$  года), у которых в ходе комплексного обследования определяли показатели порфиринового обмена и маркеры вирусов гепатита В (HBV) и С (HCV), проводили экспресс-диагностику хронической алкогольной интоксикации.

**Результаты.** В 1-ю группу вошли 15 больных с ЦП вирусной этиологии. Из них у 14 (93,3%) больных ЦП сформировался на фоне хронической HBV-инфекции, у 1 (6,7%) – HCV-инфекции (генотип вируса 1b). Патологические отклонения выявлены у 13 (86,7%) пациентов. Во 2-ю группу включены 34 больных с алкогольным ЦП. Сроки злоупотребления алкоголем до верификации диагноза ЦП составляли  $(8,9 \pm 1,1)$  года. Отклонения в обмене порфиринов обнаружены у 32 (94,1%) больных. 3-ю группу составили 22 больных с алкогольно-вирусным ЦП, который у 4 (18,2%) человек сформировался на фоне хронической HBV-инфекции, у 16 (72,7%) – HCV-инфекции, у 2 (9,1%) – сочетанной гепатотропной инфекции (HBV+HCV). Злоупотребление алкоголем до верификации диагноза ЦП составило  $(3,7 \pm 0,8)$  года. Нарушения обмена порфиринов зарегистрированы у 17 (77,3%) больных. Из них у 2 человек выявленные нарушения сформировались на фоне сочетанной инфекции, у 2 – на фоне HBV-инфекции, у 13 – на фоне HCV-инфекции.

**Выводы.** Нарушения в обмене порфиринов характеризовались неспецифическими изменениями и наблюдались у большинства больных ЦП – в 87,6% случаев. Расстройства порфиринового

обмена практически с одинаковой частотой регистрировались при ЦП вирусной, алкогольной и вирусно-алкогольной этиологии. Вместе с тем, HBV-инфекцию и этанол можно оценивать ведущими причинами формирования дисметаболизма порфиринов. Роль HCV-инфекции менее значима.

**150. Отражение искусственно усиленной и искусственно вызванной пищевой мотивации в структуре временной организации медленной электрической активности мышц антрального отдела желудка у кроликов**

Кромин А.А., Зенина О.Ю.

Тверская ГМА, Россия, e-mail: krominaa@mail.ru

**Цель исследования:** изучить отражение искусственно усиленной и искусственно вызванной пищевой мотивации (ПМ) в структуре временной организации (СВО) медленной электрической активности (МЭА) мышц антрального отдела желудка (АОЖ) у кроликов в процессе электростимуляции (ЭС) «центра голода» (ЦГ) латерального гипоталамуса (ЛГ).

**Материал и методы.** Регистрацию МЭА мышц АОЖ проводили в условиях свободного поведения у кроликов, подвергнутых суточной пищевой депривации или накормленных до опыта, с помощью хронически имплантированных электродов в процессе ЭС ЦГ ЛГ. С помощью Web-камеры регистрировали поведение животных. Статистической обработке подвергали временные параметры МЭА мышц АОЖ. Достоверность различий оценивали по критерию Манна-Уитни.

**Результаты.** Состояние голода в условиях пищевой депривации животных специфически отражалось в СВО МЭА мышц АОЖ в виде бимодального распределения периодов медленных волн (МВ) с максимумами в области 10-21 и 34-48 с, а состояние насыщения – в виде распределения мономодального типа с доминированием значений в области 10-15 с. Пороговая ЭС ЛГ у голодных и сытых кроликов вызывала появление непрекращающегося поискового поведения. Повышение уровня ПМ у голодных кроликов в процессе ЭС ЛГ отражалось в СВО МЭА мышц АОЖ в виде трехмодального распределения периодов МВ с максимумами в области 10-21, 31-39, 46-54 с, характерного для двухсуточной пищевой депривации. Искусственно вызванная ЭС ЛГ ПМ у сытых животных проявлялась в СВО МЭА мышц АОЖ в виде распределения бимодального типа с максимумами в области 10-15 и 31-36 с.

**Выводы.** Искусственно усиленная и искусственно вызванная ЭС ЦГ ЛГ ПМ специфически отражаются в СВО МЭА мышц АОЖ в виде трех- и бимодальных распределений периодов МВ.

**151. Эффективность лечения кислотозависимых заболеваний контролоком**

Круглякова Л.В., Сулима М.В., Киселева Т.В.,  
Закрыжевская Н.А.

Амурская ГМА, Городская клиническая больница,  
Благовещенск, Россия

**Цель исследования:** сравнить эффективность терапии кислотозависимых заболеваний: язвенной болезни (ЯБ) и гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (ГЭРБ) контролоком и квамателом.

**Материалы и методы.** 27 больных ЯБ и 18 больных ГЭРБ (12 мужчин и 6 женщин) в возрасте от 18 до 69 лет получали терапию контролоком в дозе 80 мг 1 раз в сутки в виде внутривенной инфузии в течение 3 суток, затем перорально по 40 мг (основная группа). Контрольная группа 16 человек (9 мужчин и 7 женщин), не отличающаяся по возрасту, получала терапию квамателом по 20 мг 2 раза в день (первые 3 дня внутривенно капельно, затем перорально). Продолжительность лечения 1 месяц. Оценивалась динамика клинических проявлений, проводилось эндоскопическое исследование через 2 недели и через 1 месяц, суточное рН-мониторирование пищевода и желудка с помощью портативного аппарата «Гастроскан 24».

**Результаты.** У больных первой группы отмечалось более раннее и диагностически значимое улучшение субъективных и эндоскопических проявлений ЯБ и ГЭРБ, а также улучшение моторно-

эвакуаторных функций пищевода и желудка. Эпизоды кислотных прорывов отмечены у 4 больных (8,8%) против 3 (18,7%) во второй группе ( $p < 0,01$ ). Частота рецидивов в течение 1 года наблюдения снизилась с 12,5% (контрольная группа) до 6,6% (основная группа), не было ни одного случая желудочно-кишечного кровотечения.

**Выводы.** Терапия ЯБ и ГЭРБ высокоселективным ИПП пролонгированного действия контролоком предпочтительна по сравнению с лечением квамателом, тогда как экономические затраты отличаются несущественно.

#### 152. Особенности параметров эритроцитов при циррозе печени

Кручинина М.В., Курилович С.А., Громов А.А., Генералов В.М.<sup>1</sup>, Рихтер В.А.<sup>2</sup>

НИИ терапии СО РАМН, Новосибирск, <sup>1</sup>ГНЦ вирусологии и биотехнологии «Вектор» Роспотребнадзора, п. Кольцово, Новосибирская обл., <sup>2</sup>Институт химической биологии и фундаментальной медицины СО РАН, Новосибирск, Россия

**Цель:** изучить особенности вязкоупругих и электрических характеристик эритроцитов (Эр), их фосфоросодержащих метаболитов в сопоставлении со структурными изменениями мембран клеток при циррозе печени (ЦП).

**Материалы и методы.** Обследованы 37 мужчин 47-62 лет с ЦП различного генеза и 33 практически здоровых мужчин сопоставимого возраста. Структуру мембран Эр исследовали методом тонкослойной хроматографии, функциональные свойства – методом диэлектрофореза (частотный диапазон  $0,05 \cdot 10^6$ – $1 \cdot 10^6$  Гц), макроэргические соединения – <sup>31</sup>P ЯМР-спектроскопией.

**Результаты.** При ЦП электропроводность мембран, индексы агрегации, деструкции, вязкость, жесткость, интенсивности резонансов глюкозо-6-фосфатов, АМФ, ИМФ, пирофосфатов, 2,3-ДФГ выше, а скорость движения клеток к электродам, емкость мембран, пластичность, поляризуемость Эр, резонансы неорганических фосфатов, фосфокреатина,  $\gamma$ -,  $\alpha$ -,  $\beta$ -АТФ, УТФ, Нв- и Mg-АТФ,  $\beta$ - и  $\alpha$ -АДФ – ниже, чем в контроле ( $p < 0,0001$ – $0,05$ ). Эти изменения нарастают по мере декомпенсации ЦП ( $r = +0,67$ ,  $p < 0,033$ ) и были тесно связаны с изменениями липидного состава мембран Эр (увеличением содержания фракции холестерина при снижении уровня общих липидов, относительного содержания фосфолипидов, триглицеридов и эфиров холестерина,  $p < 0,001$ – $0,05$ ). Индексы деструкции и агрегации Эр прямо коррелировали с уровнем лизофосфатидилхолина в мембранах Эр ( $r = +0,63$ ,  $p < 0,02$ ;  $r = +0,54$ ,  $p < 0,05$ ;  $r = +0,54$ ,  $p < 0,03$ ) и обратно – с фосфатидилхолином ( $r = -0,47$ ,  $p < 0,05$ ,  $r = -0,50$ ,  $p < 0,01$ ), что обосновывает необходимость назначения эссенциальных фосфолипидов в терапии.

**Выводы.** Выявленные изменения параметров Эр могут быть использованы для оценки тяжести цирроза печени и назначения терапии, направленной на улучшение характеристик эритроцитов, что снизит прогрессирование фиброза путем уменьшения гипоксии, микроциркуляторных нарушений.

#### 153. Острое повреждение поджелудочной железы в условиях ингибирования NO-синтазы

Крылова Е.А., Руденко А.И., Гайдар Ю.А., Макачук В.А., Опыхайло М.С.

Институт гастроэнтерологии НАМН Украины, Днепрпетровск, Украина

Роль NO в норме и при патологии поджелудочной железы остается недостаточно изученной.

**Цель исследования:** изучить влияние ингибирования NO-синтазы на гистоструктуру поджелудочной железы.

**Материал и методы.** Экспериментальное исследование проведено на 20 крысах-самцах линии Wistar массой 210–220 граммов. За 16–20 часов до исследования животные подвергались пищевой депривации при свободном доступе к воде. Ингибирование NO-синтазы вызывали внутрибрюшинной инъекцией NG-нитро-L-аргинина (Fluka) – 40 мг/кг 1 раз в сутки на протяжении 12 дней.

Поджелудочную железу (ПЖ) фиксировали в растворе 10% нейтрального формалина. Гистологические срезы окрашивали гематоксилином и эозином, реактивом PAS.

**Результаты исследования.** При гистологическом исследовании ПЖ выявлены: отек ацинарной ткани части долек вокруг протоковой стромы, стаз крови в периацинарных капиллярах, лейкопедез, аккумуляция нейтрофильных лейкоцитов в межточной ткани ацинусов. Наблюдалось набухание и просветление цитоплазмы (дистрофия) ацинарных клеток, конденсация хроматина в ядрах ацинарных клеток (явления начальных стадий апоптоза). Воспалительно-дистрофические процессы развивались также и в эпителии крупных протоков. При этом островковый аппарат оставался интактным. Эти проявления патологического процесса свидетельствуют о развитии очагового острого панкреатита у крыс в условиях ингибирования NO-синтазы.

**Выводы.** Ингибирование NO-синтазы приводит к дефициту NO в ПЖ, что ведет к нарушению регуляторных механизмов, сопровождается изменениями микроциркуляции, развитием воспалительно-дистрофических, апоптотических процессов в железе.

#### 154. Сравнение влияния цитостатических соединений производного дигидропирирола и 5-фторурацила на слизистую оболочку тонкой кишки у крыс

Кузнецова Г.Н., Островская Г.В., Рыбальченко В.К.  
Киевский национальный университет им. Тараса Шевченко, Украина

**Введение.** В настоящее время проблема поиска эффективных малотоксичных противоопухолевых препаратов особенно остра. Часто именно тяжесть побочных эффектов со стороны активно пролиферирующих тканей является определяющей при выборе химиотерапии. Поэтому исследование влияния потенциальных противоопухолевых препаратов на митотически активные нормальные ткани является интересным.

**Цель исследования:** изучить влияние производного дигидропирирола (1,4-замещенного 5-амино-1,2-дигидропирирол-3-она) (Д1) как цитостатического соединения на слизистую оболочку тонкой кишки крыс на протяжении 10 дней и сравнить его с действием противоопухолевого препарата 5-фторурацил (5-FU).

**Материалы и методы.** Исследование проводили на беспородных белых крысах-самцах, вещества вводили ежедневно *per os*. Для гистологического анализа использовали постоянные препараты тощей кишки, окрашенные гематоксилин-эозин-оранжем. Состояние слизистой оболочки оценивали визуально, также проводили морфометрические измерения.

**Результаты.** Д1 (доза 2,3 мг/кг) вызывает частичную десквамацию эпителия, отек стромы ворсинок. В то же время изменения клеток свидетельствуют об активации приспособительной реакции слизистой в виде усиления слизеобразования и повышения функциональной активности каемчатых эпителиоцитов. 5-FU (доза 45 мг/кг) вызывает деформации и атрофические изменения ворсинок, угнетение митотической активности клеток крипт на 20% по сравнению с контролем. В то же время изменения эпителиоцитов свидетельствуют о возможном увеличении продолжительности их жизни как приспособительной реакции слизистой.

**Выводы.** Д1 в исследуемой дозе менее токсичен для слизистой оболочки тонкой кишки по сравнению с 5-FU, и потому является перспективным в плане дальнейших исследований.

#### 155. Исследование пребиотического потенциала полисахаридов из бурой водоросли *F. evanescens* в экспериментах *in vitro* и *in vivo*

Кузнецова Т.А., Запорожец Т.С., Смолина Т.П., Звягинцева Т.Н.

НИИ эпидемиологии и микробиологии СО РАМН, Владивосток, Россия; e-mail: niim\_vl@mail.ru

**Цель исследования:** изучение пребиотического потенциала полисахаридов (ПС) из бурой водоросли *Fucus evanescens* (фукоидана и альгината) в экспериментах *in vitro* и *in vivo*.

**Материалы и методы.** Исследование пребиотических свойств ПС проводили с использованием кинетических моделей роста путем



оценки их влияния на динамику роста и размножения бифидобактерий при культивировании *in vitro* фотометрическим методом, а также *in vivo* на модели экспериментального лекарственного дисбактериоза у мышей.

**Результаты.** В экспериментах *in vitro* установлено, что при обогащении питательной среды ПС либо при использовании ПС в качестве углеводной основы питательной среды вместо лактозы усиливается рост бифидобактерий и увеличивается выход их биомассы.

При развитии экспериментального дисбактериоза изменения состава кишечной микрофлоры у мышей соответствовали I-II степени дисбактериоза у животных, получавших с лечебной целью кисломолочный напиток с бифидобактериями, обогащенный ПС, после месячного курса лечения выявлено статистически значимое повышение содержания бифидо- и лактобактерий, а также снижение содержания условно патогенной микрофлоры в кишечнике. В частности, наблюдалась элиминация исходно присутствующих в кишечнике сапрофитного стафилококка и протей, содержание которых в отсутствие лечения, наоборот, возрастало. Таким образом, полисахариды из *F.evanescentis* проявляют пребиотическую активность, свойственную пищевым волокнам.

#### 156. Мониторинг терапии болезни Крона инфликсимабом на основании статуса кальпротектина

Кузьмина Н.Я.

Иммундиagnostик АГ, Бенсхайм, Германия

**Цель исследования:** определить диагностическую ценность уровня кальпротектина в ходе терапии болезни Крона инфликсимабом.

**Материалы и методы.** В исследование была включена сформированная методом случайной выборки группа пациентов с установленной на основании клинических, эндоскопических и гистологических критериев болезнью Крона (n=22). Индекс Харвей-Брадшоу (НВ), характеризующий активность заболевания, биомаркеры С-реактивный белок высокой чувствительности hs CRP (ИФА Бекман-Культер, США) и кальпротектин PhiCal Calprotectin MRP8/14 (ИФА Иммунодиагностик АГ, Германия) были измерены в сыворотке крови пациентов до инфузии инфликсимаба, неделю после нее, а также повторно перед следующей инфузией через 6 месяцев и после нее. Показатели этих биомаркеров были сравнены с данными измерений в группе здоровых волонтеров.

**Результаты.** После первой инфузии инфликсимаба НВ снизился с 8,3 (5,0-11,3) до 4,5 (3,4-7,3),  $p < 0,01$ . 15 пациентов (68%) имели положительный ответ на терапию или достигли ремиссии. После следующей инфузии инфликсимаба через 6 месяцев показатели НВ улучшились у 21 пациента с 7,0 (4,0-13,1) до 5,3 (2,9-7,8),  $p < 0,001$ .

Концентрация С-реактивного белка высокой чувствительности снизилась после первой инфузии с 2,6 мг/л (1,2-9,8 мг/л) до 2,1 мг/л (1,0-9,8 мг/л) и спустя 6 месяцев с 4,6 мг/л (1,8-20,4 мг/л) до 2,0 мг/л (0,8-3,4 мг/л),  $p < 0,01$ .

Концентрация кальпротектина в сыворотке крови пациентов значительно уменьшилась после обеих инфузий: с 777,8 нг/мл (513,6-1514,0 нг/мл) до 584,4 нг/мл (413,5-863,8 нг/мл),  $p < 0,05$  и с 1096,0 нг/мл (430,3-2156,0 нг/мл) до 669,9 нг/мл (321,7-1179,0 нг/мл),  $p < 0,05$  соответственно.

**Выводы.** Концентрация кальпротектина в сыворотке крови лучше, чем концентрация С-реактивного белка высокой чувствительности и индекс Харвей-Брадшоу, может служить показателем эффективности терапии инфликсимабом и уровня активности воспалительного процесса при болезни Крона. На основании уровня концентрации кальпротектина в сыворотке можно оптимизировать терапию инфликсимабом пациентов с болезнью Крона.

#### 157. Специфическая клеточная иммунотерапия в комплексном лечении рефрактерных форм неспецифического язвенного колита

Куликовский В.Ф., Олейник Н.В., Кузнецова Э.В.

Белгородская областная клиническая больница Святителя Иоасафа, Россия

**Цель исследования:** улучшение результатов лечения рефрактерных форм неспецифического язвенного колита (НЯК).

**Материал и методы.** В исследование были включены 47 больных рефрактерными формами НЯК в возрасте от 20 до 59 лет, (женщин 26, мужчин 21). У 11 из 47 пациентов выявлено тотальное поражение толстой кишки, у 15 – поражение левых отделов, у 17 – проктосигмоидит, у 4 – язвенный проктит. Выраженная активность воспалительного процесса диагностирована у 13 больных, умеренная – у 29, минимальная – у 5. В комплексном лечении данной группы больных использован метод экстракорпоральной иммунофармакотерапии (ЭИФТ). Проведение специфической клеточной иммунотерапии обеспечивалось получением аутолейкоцитов при помощи аппаратного цитафереза. Лейкоцитарную взвесь инкубировали с 8 мг дексаметазона в растворе Рингера при температуре 37°C в течение 1 часа. После чего клетки реинфузировали больному. Курс лечения состоял из 4 операций ЭИФТ с интервалом в 5 дней. Все больные во время лечения методом ЭИФТ получали салюфальк (2-4 г). Эффективность лечения оценивали на основании динамики гемограмм, иммунологического статуса и эндоскопической картины.

**Результаты.** При проведении курса лечения больных НЯК данной группы методом ЭИФТ положительная динамика отмечена у всех пациентов. Во всех случаях имело место клиническое улучшение, нормализация лабораторных показателей, стихание иммуновоспалительных реакций, регресс эндоскопических проявлений. Побочные эффекты наблюдались у 9 больных: у 5 – тошнота и головокружение, у 4 – незначительное снижение артериального давления. При этом у 30 (64%) больных была достигнута ремиссия. У остальных 17 пациентов эндоскопические изменения слизистой оболочки толстой кишки соответствовали минимальной активности заболевания без клинических признаков активности.

**Заключение.** Метод ЭИФТ является безопасным и достаточно эффективным в лечении рефрактерных форм НЯК. Результаты наших исследований свидетельствуют, что у 64% больных после проведенного курса операций ЭИФТ возможна отмена кортикостероидов.

#### 158. Первичная упаковка для иммунобиологических препаратов

Кульчицкая М.А., Костюченко В.В.

Филиал НПО «Микроген» НППБП «ИмБио», Нижний Новгород, Россия

**Цель исследования:** определить возможность использования в производстве препаратов-пробиотиков флаконов/ампул из полимера в качестве первичной упаковки и замены ими стеклянных флаконов.

**Материал и методы:** флаконы из полиэтилена, объемом 5 и 10 мл, с винтовой крышкой; флаконы из полиэтилена, объемом 10 мл, герметизированные резиновой пробкой и алюминиевым колпачком; ампулы полимерные (АП), герметизированные термосвариванием, объемом 5 мл; жидкая производственная БМ бифидумбактерина, лактобактерина, бификола и колибактерина. Коммерческие серии препаратов: «Бифидумбактерин сухой», «Колибактерин сухой», «Бификол сухой» и «Лактобактерин сухой» в стеклянных флаконах. Контроль экспериментальных образцов (ЭО) проводили параллельно с коммерческими препаратами (КП) на соответствие требованиям ФСП в течение полутора лет.

**Результаты.** Контроль ЭО в процессе хранения в течение срока годности препаратов показал, что препараты во флаконах/ампулах из полимера по своим показателям соответствуют требованиям ФСП и не отличаются от КП; отходов по внешнему виду препаратов после лиофилизации в упаковке из полимера было меньше, чем в стеклянных флаконах; упаковка из полимера



не требует подготовки к использованию в производстве; упаковка из полимера с завинчивающейся крышкой зарубежного производства была дороже, чем стеклянный флакон с комплектом; флаконы из полимера, герметизированные резиновыми пробками и алюминиевым колпачком, не снижала трудозатрат при герметизации и требовала подготовки резиновой пробки.

**Выводы.** АП можно рекомендовать для использования в производстве пробиотиков для замены стеклянных флаконов и получения экономического эффекта за счет снижения расходов на подготовку первичной упаковки к разливу (отбраковку, мойку, сушку, стерилизацию) и герметизацию, а также за счет снижения отходов по внешнему виду и улучшения потребительских характеристик.

#### 159. БАД синбиотики «Альгилак» и «Альгибиф»

Кульчицкая М.А.

Филиал НПО «Микроген» НППБП «ИмБио», Нижний Новгород, Россия

**Цель исследования:** клиническая апробация БАД «Альгилак» (АЛ) и «Альгибиф» (АБ).

**Материалы и методы:** БАД АЛ и АБ, содержащие натриевую соль альгиновой кислоты (натрия альгинат) и сухую биомассу живых лактобактерий (КОЕ/г  $10^8$ ) или бифидобактерий (КОЕ/г  $10^8$ ). Больные-добровольцы Гастроэнтерологического центра НДКБ г. Н.Новгорода (40 взрослых 20-60 лет с различными заболеваниями ЖКТ) и Северного ГМУ (г. Архангельск, 22 ребенка). Эффективность применения БАД оценивали по показателям клинических проявлений заболеваний и лабораторным показателям изменений микробиоценоза кишечника в сравнении с пациентами, не получавшими БАД. У всех больных выявлялся дисбиоз кишечника различной этиологии. Все пациенты получали стандартную базисную терапию, включающую прием антибактериальных препаратов. Контрольная группа (12 человек) получала базисную терапию.

**Результаты.** После проведенного двухнедельного лечения улучшилось состояние микрофлоры кишечника, у 80% больных микробный пейзаж кишечника улучшился до показателей физиологической нормы. Проявления основных болевых клинических симптомов, характерных для данных заболеваний, у больных, получавших БАД, прекращались в среднем на 2-3 дня раньше по сравнению с больными, не принимавшими синбиотики в комплексном лечении хронических заболеваний ЖКТ, ОКИ, гепатита.

**Выводы.** Применение БАД АЛ и АБ приводит к сокращению сроков клинических проявлений хронических заболеваний ЖКТ, ОКИ, гепатита, к улучшению копрологической картины и сокращению длительности пребывания пациентов в стационаре на 2-3 дня. АЛ и АБ могут быть рекомендованы к применению в качестве средства для иммунокоррекции и энтеросорбции организма, коррекции и регуляции микробиоценоза кишечника, эти препараты являются источниками необходимых и легкоусвояемых микроэлементов (йода, калия, кальция, железа и др.) и пищевых волокон.

#### 160. Изучение клинической эффективности синбиотика «Окарин»

Кульчицкая М.А.

Филиал НПО «Микроген» «НППБП «ИмБио», Нижний Новгород, Россия

**Цель исследования:** для подтверждения лечебной эффективности и переносимости окарин сухого провести государственное клиническое испытание препарата на ограниченном контингенте больных (протокол № 3 от 20.06.2002).

**Материал и методы:** препарат синбиотик «Окарин сухой» («Окарин»). Состав препарата – 3 штамма кишечной палочки и 1 штамм фекального энтерококка (КОЕ/доза  $10^6$  каждого штамма). В качестве препарата сравнения использован препарат «Бификол сухой».

Окарин назначали через рот по 5 доз 2 раза в день в течение 14 суток за 30-40 минут до еды. Лечебное действие оценивалось в комплексе по изменению клиники течения заболевания, а также по результатам лабораторных исследований мочи, крови, кала.

**Результаты.** Полученные данные о влиянии пробиотика на степень выраженности дисбактериоза свидетельствуют о том, что нормоценоз после 14-дневного курса окарин восстановился у 55% пациентов. Окарин не оказывал отрицательного действия на облигатных представителей кишечной микрофлоры, а способствовал их нарастанию. Наблюдалось увеличение лактозоположительных кишечных палочек и бифидобактерий.

**Выводы.** Клиническая и бактериологическая эффективность окарин оказалась в сравнительном плане более высокой, чем у коммерческого препарата «Бификол». Подтвердились результаты проведенного ранее открытого нерандомизированного многоцентрового клинического исследования синбиотика «Окарин»: на фоне приема наблюдалась нормализация микрофлоры у всех исследуемых больных, в результате чего легче переносилось и успешнее проводилось симптоматическое лечение больных с различными кожными заболеваниями и неинфекционными соматическими заболеваниями ЖКТ. Препарат, в основном, хорошо переносится больными. Это позволяет рекомендовать окарин в числе прочих бактериальных препаратов для лечения дисбактериозов различной этиологии, а также в комплексной терапии больных с различными заболеваниями ЖКТ.

#### 161. БАД синбиотик «ЛВ-Ламинария»

Кульчицкая М.А., Моисеева М.А., Гришина Ю.И.<sup>1</sup>

Филиал НПО «Микроген» НППБП «ИмБио», Нижний Новгород, <sup>1</sup>НПО «Микроген», Москва, Россия

**Цель исследования:** оценка эффективности применения синбиотика «ЛВ-ламинария» (ЛВ).

**Материал и методы:** БАД ЛВ, представляющая собой синбиотик и содержащая порошок бурой морской водоросли ламинарии и лиофилизированную биомассу живых бифидо- и лактобактерий (КОЕ/г  $10^8$ ). Содержание йода в одной таблетке составляет 100 мкг. Пациенты – 10 пар (мать – недоношенный ребенок). Апробация проводилась на базе кафедры педиатрии и неонатологии Нижегородской ГМА. У всех матерей отмечалось отягощенное течение беременности, у детей – затяжное течение желтухи, склонность к гипотермии, дистрофические и дисметаболические нарушения, плохая прибавка массы тела. Нарушение тиреоидного статуса отмечалось у 2 матерей и 4 новорожденных. Эффективность применения ЛВ оценивали по показателям клинических проявлений заболеваний и лабораторным исследованиям, включающим общий анализ крови, общий анализ мочи, биохимические и иммунологические показатели, исследования гормонального статуса (до и после применения), оценивался уровень лактации.

**Результаты.** После проведенного 2-3-недельного приема ЛВ у 40% матерей повысился уровень лактации, отмечалось улучшение самочувствия, эмоционального статуса. У новорожденных отмечались нормализация гормонального профиля, улучшение показателей местного иммунитета, более быстрая прибавка массы тела, уменьшение сроков активной фазы заболевания.

**Выводы.** Применение ЛВ повышает защитные силы организма, устойчивость к неблагоприятным факторам внешней среды, нормализует микрофлору ЖКТ, снижает аллергический потенциал, является регулятором функции щитовидной железы, участвует в процессах энергообразования, обмене веществ. ЛВ может быть рекомендован к применению в качестве средства для иммунокоррекции и энтеросорбции организма, коррекции и регуляции микробиоценоза кишечника.

#### 162. Пробиотики против кислотоустойчивых микроорганизмов – патогенных и условно патогенных микобактерий и родококков

Кульчицкая М.А.<sup>1</sup>, Силина К.Н., Воробьева З.Г., Лазовская А.Л.

<sup>1</sup>Филиал НПО «Микроген» ИмБио, НИВИ НЗ РФ, Нижний Новгород, Россия

**Цель исследования:** разработка способа изучения антагонистической активности (АА) пробиотиков против кислотоустойчивых микроорганизмов: патогенных и условно патогенных ми-

кобактерий и родококков; изучение возможности применения пробиотиков для профилактики туберкулеза и родококкозов в животноводстве.

**Материалы и методы:** штаммы микобактерий и родококков, коммерческие препараты, содержащие лактобактерии, бифидобактерии, кишечные палочки, энтеробактерии и споровые культуры; питательные среды: МРС-1, Блаурокка, Сотона, экспериментальная среда на основе гумивита и яичного желтка; мыши белые; поросята и телята из хозяйств Нижегородской области.

**Результаты.** Разработаны способы изучения АА, особые для различных пробиотиков и видов кислотоустойчивых культур. Степень АА определяли как отношение числа колоний штаммов микобактерий и родококков, выросших на контрольной среде, к числу колоний на опытной среде с культуральным фильтратом – индекс блокирования роста (ИБР). Все индикаторные штаммы в разной степени были чувствительны к действию пробиотических культур: ИБР колебался от 3 до 10. Наибольшей чувствительностью к антагонистическому действию пробиотиков обладали штаммы микобактерий туберкулеза человеческого и бычьего видов, а наименьшей – штаммы родококков. На модели *in vivo* показана возможность изучения АА пробиотиков против штаммов родококков и микобактерий птичьего вида. Показана возможность применения пробиотиков с целью профилактики микобактериозов и родококкоза в животноводческих хозяйствах. Доказано, что применение пробиотиков с первых дней жизни помогает сформировать микробиоту молодняка животных.

**Выводы.** Пробиотики обладают выраженной АА против культур микобактерий и родококков, что делает возможным их применение для профилактики заболеваний у молодняка животных.

#### 163. Генетическое тестирование у больных аутоиммунным панкреатитом: применение критериев HISORt и M-ANNHEIM

Кучерявый Ю.А., Оганесян Т.С., Тибилова З.Ф.  
Московский ГМСУ, Россия

В ходе проведенного ретроспективного исследования, проанализированы истории болезни 1227 пациентов – шифры МЭС, соответствующие хроническому панкреатиту (ХП) (K86,1). В исследование включены пациенты, находившиеся на лечении в гастроэнтерологическом отделении ЦКБ № 2 им. Н.А. Семашко ОАО РЖД с 2005 по 2010 год. Среди 1227 случаев диагноз ХП был убедительно доказан в 1052 (85,7%). Диагноз «аутоиммунный панкреатит» (АИП) устанавливался при помощи диагностических критериев HISORt и M-ANNHEIM. У 6 больных диагноз АИП был вероятен: явные признаки вовлеченности поджелудочной железы (ПЖ) и повышение уровня IgG или другие аутоиммунные заболевания. В 3 случаях (0,29%) диагноз АИП был определен. В 2 случаях тотальная форма, в одном «головчатая». Гистологическая верификация у 2 больных была проведена при помощи чрескожной пункционной биопсии ПЖ под УЗИ-контролем. В 1 случае было диагностировано очаговое образование, имитирующее опухоль головки ПЖ; при интраоперационном гистологическом обследовании была выявлена лимфоплазматическая инфильтрация в сочетании с ретроперитонеальным фиброзом. Во всех 3 случаях определенного АИП была использована кортикостероидная терапия с положительным эффектом (сокращение ПЖ в размерах, редукция иррегулярного сужения главного панкреатического протока). В 2 случаях применялся преднизолон в дозе 40 мг/сут в течение 6 недель. В другом случае, где имелось сочетание с болезнью Ормонда, использовался преднизолон в дозе 90 мг/сут в течение 6 месяцев. По имеющимся контактам в первичной медицинской документации удалось вызвать всех пациентов для генетического тестирования. Проведен анализ 11 мутаций в гене CFTR и мутации N34S в гене SPRINK1. Ни в одном из случаев мутаций обнаружено не было.

#### 164. Мутации в генах SPINK1, CFTR у больных с различными формами панкреатита

Кучерявый Ю.А.<sup>1</sup>, Оганесян Т.С.<sup>1</sup>, Тибилова З.Ф.<sup>1</sup>, Петрова Н.В.<sup>2</sup>

Московский ГМСУ, Медико-генетический научный центр РАМН (МГНЦ РАМН), Москва, Россия

**Цель исследования:** изучение изменений в генах SPINK1 и CFTR у больных с различными формами хронического панкреатита.

**Материалы и методы.** Все больные ХП были обследованы в соответствии с принятыми стандартами. Дополнительно обследовались образцы геномной ДНК, которые выделяли из цельной крови пациентов (n=149) с ХП, в том числе у 32 пациентов с идиопатическим ХП, у 17 – с билиарным, у 5 – с алкогольным, а также у 95 здоровых добровольцев (контрольная группа – КГ). Методом мультиплексной полимеразной цепной реакции (ПЦР) проведен анализ 11 мутаций в гене CFTR. Методом ПЦР с последующим рестрикционным анализом проведен анализ мутации N34S в гене SPRINK1.

**Результаты и обсуждение.** По мутации в гене CFTR в КГ выявлен 1 гетерозиготный носитель мутации CFTR<sup>dele2,3</sup>, что составляет (1,05%, p=0,0056), среди пациентов с ХП был выявлен один носитель мутации F508del (1,85%, p=0,009), страдавший идиопатическим ХП. Достоверных отличий по наличию мутации между группой ХП и КГ не выявлено. Анализ мутаций в гене SPRINK1 показал наличие 1 гомозиготного пациента по мутации N34S (с идиопатическим ХП) и 1 гетерозиготного пациента в КГ. Различия частот достоверны (p=67,09).

**Вывод.** Изменения в генах SPRINK1 и CFTR выявлялись статистически достоверно чаще у больных идиопатическим ХП относительно прочих этиологических форм, что предполагает генетическую основу заболевания у части больных с так называемым идиопатическим ХП. Необходимо продолжение текущего исследования с увеличением выборки пациентов, в том числе обследование семей пациентов, у которых было выявлено наличие мутации.

## Л

**165. *Yersinia enterocolitica* в диагностике воспалительных заболеваний кишечника**

Лазебник Л.Б., Сагынбаева В.Э.

ЦНИИ гастроэнтерологии, Москва, Россия

Иерсиниоз – инфекционное заболевание, сопровождающееся диареей, энтеритом, псевдоаппендицитом, илеитом, узловой эритемой и (иногда) септициемией или острым артритом. Ведущий симптом заболевания – гастроэнтерит. Поскольку инфекция часто протекает бессимптомно или легко, больные за медицинской помощью не обращаются, и истинная заболеваемость остается неизвестной. В последние десятилетия во многих лабораториях клинической микробиологии *Yersinia enterocolitica* по частоте выделения из кала занимает четвертое место (после *Salmonella*, *Campylobacter* и *Shigella*). *Yersinia enterocolitica* годами может персистировать в слизистой оболочке кишечника и лимфатической ткани. Инфицирование человека происходит фекально-оральным путем.

**Цель исследования:** изучение частоты *Yersinia enterocolitica* при воспалительных заболеваниях кишечника в зависимости от стадии заболевания и предотвращения различных осложнений.

**Материал и методы.** Обследованы 13 больных (6 мужчин и 7 женщин) с воспалительными заболеваниями кишечника (ВЗК) и синдромом раздраженного кишечника с диареей (СРК), из них 7 больных язвенным колитом (ЯК), 3 – болезнью Крона (БК), 3 – СРК. Возраст больных от 16 до 54 лет, средний возраст составил  $(37,9 \pm 4,3)$  года ( $M \pm \sigma$ ). Диагноз подтвержден данными клинических, лабораторных, гистологических и инструментальных методов исследования. Антитела (IgG и IgM) к *Yersinia enterocolitica* определяли в сыворотке крови больных иммуноферментным методом с применением тест-систем «MIKROGEN» (Германия). Статистическая обработка данных проводилась с использованием компьютерной программы «STATISTICA 6.0».

**Результаты.** При ВЗК среди 10 обследованных больных при обострении заболеваний антитела к *Yersinia enterocolitica* выявлены у 20% (2 человека). Среди ВЗК антитела класса IgM к *Yersinia enterocolitica* обнаружены у 1 человека (10%). Антитела класса IgG к *Yersinia enterocolitica* обнаружены у 1 человека (10%) – 27,3 Ед./мл. Содержание антител класса IgM к *Yersinia enterocolitica* в среднем составило  $(15,1 \pm 2,6)$  Ед./мл, антител класса IgG к *Yersinia enterocolitica* –  $(10,9 \pm 2,4)$  Ед./мл.

Среди больных СРК с диареей антитела к *Yersinia enterocolitica* не выявлялись. Содержание антител класса IgM к *Yersinia enterocolitica* в среднем составило  $(17,2 \pm 3,8)$  Ед./мл, антител класса IgG –  $(7,8 \pm 6,2)$  Ед./мл. Необходимо отметить, что антитела IgM и IgG к *Yersinia enterocolitica* обнаружены у больных ВЗК, сопровождающихся диареей и болями в животе, с хроническим рецидивирующим течением и наличием внекишечных проявлений (например, артритом).

Титры IgM снижаются в течение нескольких месяцев. Антитела класса IgG обычно персистируют существенно дольше и могут выявляться в сыворотке через 12 месяцев. Для острого периода характерны нарастающие или высокие титры IgG-антител. При хронических формах заболевания и иммунопатологических осложнениях антитела класса IgG и даже IgA могут обнаруживаться и в течение более длительного периода.

**Выводы.** 1. Определение антител к *Yersinia enterocolitica* при ВЗК, сопровождающихся диареей и болями в животе, могут способствовать правильному выбору препарата и предотвращению развития различных иммунопатологических осложнений, таких как артрит. 2. Своевременная диагностика иерсиниоза позволяет исключить ошибочное распознавание острого аппендицита, и тем самым предотвратить напрасное удаление аппендикса.

**166. Вирус герпеса человека 6-го типа и течение воспалительных заболеваний кишечника**Лазебник Л.Б., Сагынбаева В.Э., Князев О.В., Ефремов Л.И.  
ЦНИИ гастроэнтерологии, Москва, Россия

Вирус герпеса человека 6-го типа (HHV-6) был выделен в 1986 г. в США из лимфоцитов крови больных лимфопролиферативными заболеваниями. Значение HHV-6 в патологии человека продолжает изучаться. Выраженный тропизм HHV-6 к лимфоидным клеткам указывает на его возможное этиологическое значение в индукции лимфопролиферативных и др. гематологических нарушений, а также иммунодефицитных состояний. Также доказана его этиологическая роль в развитии синдрома хронической усталости, особенно у лиц в возрасте 20-40 лет.

**Материал и методы.** Обследованы 29 больных (14 мужчин и 15 женщин) с воспалительными заболеваниями кишечника (ВЗК), синдромом раздраженного кишечника (СРК), а также здоровые добровольцы (ЗД). Среди обследованных 23 больных ВЗК, 6 – СРК, 6 – ЗД. Возраст больных 18-60 лет. Диагноз подтвержден данными клинических, лабораторных, гистологических и инструментальных методов исследования. В зависимости от проводимой терапии больные разделены на 4 группы: 1-я группа – больные, получавшие мезенхимальные стромальные клетки (МСК), 2-я группа – получавшие ремикейд, 3-я группа – 5-АСК и системные кортикостероиды. Антитела IgG к HHV-6 определяли в сыворотке крови больных иммуноферментным методом с применением тест-систем «BIOTRUM» (Германия). Статистическая обработка данных проводилась с использованием компьютерной программы «STATISTICA 6.0».

**Результаты.** При ВЗК в фазе обострения у 23 больных антитела класса IgG к HHV-6 определялись с частотой 73,9% (17 человек). Содержание антител класса IgG к HHV-6 в среднем достигало  $(1,4 \pm 0,1)$  Ед./мл при норме меньше 1,1 Ед./мл. Среди больных ВЗК в группе получавших ремикейд антитела класса IgG к HHV-6 выявлены у 10 больных (83,3%), в группе получавших МСК – у 6 (75%), в группе получавших 5-АСК и системные кортикостероиды – лишь у одного больного. Содержание антител класса IgG к HHV-6 в среднем составило: в группе с ремикейдом –  $(1,4 \pm 0,2)$  Ед./мл, в группе, получавших МСК –  $(1,4 \pm 0,1)$  Ед./мл, в группе с 5-АСК и системными кортикостероидами –  $(1,1 \pm 0,1)$  Ед./мл.

Среди больных СРК антитела класса IgG к HHV-6 в количестве  $(1,5 \pm 0,2)$  Ед./мл определялись у всех (6 человек, 100%). В группе здоровых добровольцев антитела класса IgG к HHV-6 определялись у 3 (50%), в среднем  $(1,2 \pm 0,2)$  Ед./мл. Высокие титры антител класса IgG к HHV-6 обнаруживались у больных ВЗК с тотальным поражением и непрерывно рецидивирующим течением на фоне длительной иммуносупрессивной терапии.

**Выводы.** 1. Иммуносупрессивная терапия ВЗК, снижая клеточный иммунитет, способствует реактивации HHV-6 инфекции и может, как и последняя, служить причиной вторичных иммунодефицитных состояний. 2. Персистенция HHV-6-инфекции может лежать в основе развития синдрома хронической усталости и постинфекционного варианта СРК.

**167. К вопросу об экспресс-диагностике инфекции *H. pylori* в амбулаторной практике**

Ляхин В.В., Алексеева И.Н.

ГП № 10, Воронеж, Россия

**Цель исследования:** оценить по отдельности и в совокупности информативность использования быстрого уреазного теста («Хелпил-тест») и цитологического исследования на *H. pylori* в амбулаторной практике.

**Материал и методы:** мазки со слизистой из антрального отдела и нижней трети тела желудка, взятые при эндоскопическом исследовании и окрашенные по Романовскому-Гимзе и «Хелпил-тест».

**Результаты и обсуждение.** За 2008-2010 гг. был исследован 361 пациент (соответственно по годам 224, 85 и 52). Совпадение результатов обеих методик имело место у 218 человек (60,4%), при этом оба «+» результата были у 114 (53,3%), оба «-» у 104 (47,7%). От-

мечено, что кол-во «—» результатов за эти годы увеличилось более чем в 2 раза (22,4%, 40%, 46,1%). Всего же «+» «хелпил-тест» был у 169 пациентов (46,8%), а «+» цитологические исследования – у 198 (55%), при этом отмечено, что соотношение «Хелпил-тест» «+»/цитологические исследования «—» выявлялось по годам соответственно в 19,6%, 7%, 9,6% случаев, а соотношение «Хелпил-тест» «—»/цитологические исследования «+» соответственно в 20,5%, 24,7%, 32,7% случаев. Это можно связать с массовым бесконтрольным приемом лекарств из группы ИПП, которые быстро изменяют pH среды (защелачивание) обитания инфекции *H. pylori* и способствуют изменению ее биологических свойств, в том числе способности к выработке уреазы.

**Выводы.** 1. В амбулаторных условиях нужно проводить как минимум 2 теста для диагностики *H. pylori*. 2. Только при их совпадении можно с уверенностью подтвердить или исключить наличие инфекции *H. pylori*. 3. Примерно у половины пациентов при несовпадении результатов этих тестов требуется дополнительное исследование на *H. pylori*.

#### 168. Распространенность синдрома констипации у жителей города Воронежа

Ляхин В.В., Борzych Л.В., Иванов А.В., Щербова З.Р.<sup>1</sup>, Шемеровский К.М.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>ГП № 11, Воронеж, <sup>2</sup>ГП № 10, Санкт-Петербург, Россия

**Цель исследования:** выявить распространенность синдрома констипации и его эпидемиологию у жителей города Воронежа.

**Материал и методы.** 300 человек были анонимно анкетированы методом случайной выборки при посещении ими лечебных учреждений города Воронежа, для чего была использована анкета, разработанная д.м.н. Шемеровским К.М., включающая в себя вопросы оценки качества питания и жизни, наличия вредных привычек, регулярности стула, употребления слабительных средств, антропометрические данные.

**Результаты и обсуждение.** В анкетировании приняли участие 220 женщин и 80 мужчин в возрасте от 15 до 73 лет, из них до 60 лет 235 человек (78%). Респонденты имели в основном I и II группу крови – 210 человек (70%) – по 105 человек или по 35% каждой из них. Качество своего питания как хорошее и удовлетворительное оценили 276 обследованных (92%), в то же время количество овощей в своем рационе не менее 500 г ежедневно отметили лишь 74 человека (~25%), а 90 человек (~30%) указали, что употребляют овощи и фрукты не каждый день, остальные респонденты употребляют ежедневно 100-300 г овощей и фруктов. «Не каждый день» стул у себя отметили 70 опрошенных (~23%), а «стул в разное время суток» – 84 (28%). Стул реже 4 раз в неделю отметили у себя 50 респондентов (~17%), а из слабительных наиболее популярны препараты сенны.

**Выводы.** 1. Синдром констипации имеют около 10-15% работоспособного населения города Воронежа. 2. При достаточно удовлетворительном качестве питания в рационе городских жителей не хватает растительной клетчатки в виде овощей и фруктов. 3. Более 50% респондентов не злоупотребляют алкоголем и не курят, но невысокая физическая активность отмечается у трети респондентов, у такого же количества респондентов есть отягощенный анамнез по заболеваниям толстой кишки у прямых родственников.

Таким образом, увеличение в рационе растительной клетчатки, повышение физической активности и профилактические осмотры у пациентов повышенной группы риска (запоры, отягощенный семейный анамнез, возраст более 50 лет и т.д.) помогут в профилактике и ранней диагностике заболеваний толстой кишки.

#### 169. Опыт применения препарата «Ланцид» для лечения больных с хроническим панкреатитом в амбулаторной практике

Ляхин В.В., Фурменко И.А., Горлина Е.С.  
ГП № 10, Воронеж, Россия

**Цель исследования:** оценить эффективность препарата «Ланцид» в комплексной терапии амбулаторных больных с хроническим панкреатитом.

**Материал и методы.** 12 пациентов (5 мужчин и 7 женщин в возрасте от 24 до 60 лет) с клинической картиной обострения хронического панкреатита получали в составе комплексной терапии препарат «Ланцид» (лансопризол) в дозе 15 мг × 2 раза в день за 30 мин до еды в течение 2 недель.

**Результаты и обсуждение.** У всех пациентов была характерная клиническая картина обострения хронического панкреатита: болевой и диспептический синдромы, астения, у 5 человек – диарея, у 2 человек – изжога. При биохимическом исследовании крови у 7 пациентов отмечено повышение α-амилазы, у 4 – повышение панкреатической липазы до 1,5 N. При УЗИ отмечалось увеличение размеров поджелудочной железы (у 3 человек – хвоста, у 7 человек – головки), у всех пациентов выявлены уплотнения ткани панкреаса, «пестроты» паренхимы, нечеткость контуров железы. При копрологическом исследовании у всех пациентов в разной степени отмечалась мальабсорбция. Продолжительность заболевания составила от 1 года до 30 лет.

В состав комплексной терапии, на фоне диеты стола № 5, входили спазмолитики, ферментные препараты, противовоспалительные средства, а в качестве кислотосупрессора был использован «Ланцид» по 15 мг × 2 раза в день за 30 мин до еды в течение 2 недель. Отмечено: на 2-е сутки лечения исчезла изжога, к 5-6 суткам значительно уменьшился болевой синдром, а к 14 суткам лечения он был купирован у 11 пациентов, у 12 пациента имела место положительная динамика, что соответственно привело к уменьшению астении, улучшению морального состояния пациентов. Пациенты отмечали улучшение переваривания и усвоения пищи, нормализацию стула. В контрольных анализах произошла нормализация показателей α-амилазы и липазы крови, на УЗИ наметилась положительная динамика (уменьшение размеров панкреаса, четкость контуров, уменьшение плотности ткани железы).

**Выводы.** «Ланцид» в дозировках 15 мг и 30 мг позволяет дифференцированно использовать его в качестве кислотосупрессора в комплексной терапии амбулаторных больных с хроническим панкреатитом.

#### 170. Особенности генетического полиморфизма у проживающих в Москве больных язвенным колитом

Лебедева Л.Л.<sup>1</sup>, Пухликова Т.В.<sup>1</sup>, Астрелина Т.А.<sup>1</sup>, Яковлева М.В.<sup>1</sup>, Лазебник Л.Б.<sup>2</sup>, Князев О.В.<sup>2</sup>, Парфенов А.И.<sup>2</sup>, Ручкина И.Н.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Банк стволовых клеток Департамента здравоохранения Москвы, <sup>2</sup>ЦНИИ гастроэнтерологии, Москва, Россия

Наличие локуса предрасположенности к болезни Крона (БК) на 16 хромосоме человека впервые было установлено в 1996 г. Hugot и соавторами. В последующем была доказана связь воспалительных заболеваний кишечника (ВЗК) с 6 хромосомой. Генетический полиморфизм (в настоящее время известно более 3000 аллелей) системы HLA обеспечивает высокую степень индивидуальности человека. Исследование полиморфизма системы HLA используется для изучения генетических основ предрасположенности к заболеваниям.

**Цель исследования:** изучить генетическую предрасположенность развития язвенного колита (ЯК) с учетом иммуногенетических характеристик у взрослых.

**Материалы и методы.** Результаты исследования ДНК свежих или замороженных образцов крови у 26 больных ЯК обоего пола (средний возраст 31,8±2,0 года) сравнивали с результатами исследования 1700 образцов пуповинной крови новорожденных (условно здоровых детей), родившихся на 37-41 неделе гестации в г. Москве (контроль). Выделение ДНК проводилось методом сепарации на магнитных частицах с использованием сертифицированных коммерческих наборов BioSprint 15 DNA Blood kit фирмы Qiagen (США). Генотипирование осуществляли методом ПЦР с помощью аллель-специфических праймеров геледокументирующей системы «ДиДжиДок» (США).

**Результаты.** Проведено генотипирование классических HLA-генов класса I: A\*, B\*, Cw\* и класса II: DRB1\* и DQB1\*. У больных ЯК были выявлены следующие группы аллелей: A\*01, A\*02, A\*03, A\*11, A\*23, A\*24, A\*25, A\*26, A\*29, A\*30, A\*31,

A\*32, A\*33, B\*07, B\*08, B\*13, B\*14, B\*15, B\*18, B\*27, B\*35, B\*37, B\*38, B\*39, B\*40, B\*41, B\*44, B\*48, B\*51, B\*52, B\*53, B\*54, B\*56, B\*58, Cw\*01, Cw\*02, Cw\*03, Cw\*04, Cw\*05, Cw\*06, Cw\*07, Cw\*08, Cw\*12, Cw\*14, Cw\*15, Cw\*16, Cw\*17, DRB1\*01, DRB1\*03, DRB1\*04, DRB1\*07, DRB1\*08, DRB1\*09, DRB1\*10, DRB1\*11, DRB1\*12, DRB1\*13, DRB1\*14, DRB1\*15, DQB1\*02, DQB1\*03, DQB1\*04, DQB1\*05, DQB1\*06.

При анализе гена В\* статистически значимая ассоциация с ЯК была обнаружена для групп аллелей HLA – В\*38. В группе больных ЯК она выявлялась у 11,5% ( $\chi^2=4,63$ ), в контрольной группе – у 4,36% ( $p<0,05$ ). При анализе аллелей Cw\* статистически значимая ассоциация с ЯК была обнаружена для групп аллелей HLA – Cw\*12. В группе больных ЯК она выявлялась у 21,15% ( $\chi^2=4,3$ ), в контрольной группе – у 13,44% ( $p<0,05$ ). При сопоставлении частоты встречаемости генов HLA II класса статистически значимые положительные ассоциации с ЯК при сравнении основной и контрольной групп были выявлены для специфичностей HLA – DRB1\*15. В группе больных ЯК она выявлялась у 30,8% ( $\chi^2=12,55$ ), в контрольной группе – у 13,22% ( $p<0,001$ ). Частота встречаемости групп аллелей HLA-A\* и HLA-DQB1\* незначительно отличалась у пациентов основной группы и здоровых лиц группы сравнения. Имеющиеся отличия не являлись статистически достоверными.

Для аллелей с положительной ассоциацией в основной группе отмечены высокие значения относительного риска и отношения шансов: HLA-B\*38 (CO=2,87;  $1,08<CO<7,13$ ; OP=2,65); HLA-Cw\*12 (CO=2,87;  $1,08<CO<7,13$ ; OP=2,65); HLA-DRB1\*15 (CO=2,87;  $1,08<CO<7,13$ ; OP=2,65).

**Заключение.** Высокий риск развития язвенного колита у жителей г. Москвы ассоциирован с группами аллелей HLA-B\*38, HLA-Cw\*12 и HLA-DRB1\*15.

#### 171. Состав массы тела мальчиков 11 лет, проживающих в сельской местности

Левашов Рус. В., Левашов Ром. В.  
Липецкий ГПУ, Россия, e-mail: kafedrambd48@gmail.com

**Цель исследования:** с помощью соматометрического подхода определить особенности состава массы тела мальчиков в период второго детства (в 11-летнем возрасте), проживающих в сельской местности.

**Материал и методы.** Соматометрически были обследованы мальчики младшего школьного возраста ( $n=30$ ). При соматометрическом измерении следовали следующим правилам: заранее сообщали испытуемым о предстоящем исследовании; проводили исследование утром натощак или после легкого завтрака, в одно и то же время; использовали стандартные проверенные инструменты. Содержание жировой массы тела определяли по формуле:  $D = d \cdot S \cdot k$ , где D – общее количество жира (кг), d – средняя толщина слоя подкожного жира вместе с кожей, мм, S – поверхность тела,  $cm^2$  (номограмма для определения поверхности тела по росту и массе тела по Дю Буа, Бутби, Сандифорду), k – константа, равная 0,13, полученная экспериментальным путем на анатомическом материале. Тощую массу тела определяли по формуле: TMT = масса тела (кг) – D (кг), где D – вес жир, кг. Для определения абсолютной мышечной массы также использовали формулу Matiegka. Статистическая обработка материала проводилась на персональном компьютере с использованием приложения Microsoft Excel.

**Результаты и обсуждение.** Определено, что у мальчиков жировая масса тела в среднем составила  $(6,8 \pm 0,8)$  кг, мышечная масса тела –  $(16,3 \pm 0,6)$  кг, тощая масса тела –  $(29,9 \pm 0,5)$  кг, процентное содержание тощей массы тела по отношению к массе тела  $(82,5 \pm 1,4)\%$ , процентное содержание абсолютной мышечной массы по отношению к массе тела –  $(44,8 \pm 0,5)\%$ , процентное содержание жировой массы тела по отношению к массе тела –  $(17,1 \pm 1,4)\%$ .

**Вывод.** Определен состав массы тела мальчиков 11 лет, проживающих в сельской местности.

#### 172. Особенности физического развития и питания мальчиков 11 лет, проживающих в экологически благоприятных условиях

Левашов Рус. В., Левашов Ром. В.  
Липецкий ГПУ, Россия, e-mail: kafedrambd48@gmail.com

**Цель исследования:** определить основные и дополнительные показатели, характеризующие физическое развитие и питание мальчиков в период второго детства (в 11-летнем возрасте), проживающих в сельской местности.

**Материал и методы.** С помощью соматометрического метода обследованы 30 мальчиков. При соматометрическом измерении следовали следующим правилам: заранее сообщали испытуемым о предстоящем исследовании; проводили исследование утром натощак или после легкого завтрака, в одно и то же время; использовали стандартные проверенные инструменты; измерение проводили по общепринятой методике. Статистическая обработка материала проводилась на персональном компьютере с использованием приложения Microsoft Excel.

**Результаты и обсуждение.** В результате исследования определено, что у мальчиков масса тела составляет  $(36,8 \pm 1,2)$  кг, рост –  $(144,7 \pm 0,9)$  см, окружность шеи –  $(28,5 \pm 0,3)$  см, окружность груди на вдохе –  $(72,6 \pm 0,8)$  см, окружность груди на выдохе –  $(67,7 \pm 0,9)$  см, экскурсия грудной клетки –  $(4,9 \pm 0,3)$  см, окружность талии –  $(60,6 \pm 0,9)$  см, окружность правого плеча в расслабленном состоянии –  $(20,3 \pm 0,5)$  см, окружность правого плеча в напряженном состоянии –  $(21,9 \pm 0,4)$  см, окружность левого плеча в расслабленном состоянии –  $(20,4 \pm 0,5)$  см, окружность левого плеча в напряженном состоянии –  $(21,8 \pm 0,4)$  см, окружность предплечья левой руки –  $(20,4 \pm 0,3)$  см, окружность предплечья правой руки –  $(20,5 \pm 0,3)$  см, окружность правого бедра –  $(42,6 \pm 0,9)$  см, окружность левого бедра –  $(42,0 \pm 0,9)$  см, окружность правой голени –  $(28,8 \pm 0,5)$  см, окружность левой голени –  $(28,8 \pm 0,5)$  см, ИМТ –  $(17,5 \pm 0,5)$   $kg/m^2$ , ОМП –  $(16,3 \pm 0,3)$  см.

**Вывод.** Представлены некоторые показатели, характеризующие физическое развитие и питание мальчиков 11 лет.

#### 173. Показатели эндотелина-1 у больных циррозом печени с легочной гипертензией

Левитан Б.Н., Касьянова Т.Р., Любарт Н.И.  
Астраханская ГМА, Россия

**Цель:** установить диагностическую значимость определения уровня вазоконстриктора эндотелина-1 (ЭТ-1) у больных циррозом печени (ЦП) с наличием легочной гипертензии (ЛГ).

**Материалы и методы.** Обследованы 53 больных ЦП и 15 практически здоровых лиц. Уровень ЭТ-1 в сыворотке крови определялся методом ИФА с помощью набора Biomedica (Германия). Импульсная доплерография и цветное доплеровское картирование сосудов брюшной полости проводились на ультразвуковом сканере «Logic-500» (США) конвексным датчиком 3,5 МГц с исследованием среднего давления в легочной артерии (СрДЛА), толщины передней стенки правого желудочка (ТПСПЖ).

**Результаты.** Концентрация сывороточного ЭТ-1 в группе ЦП была достоверно выше по сравнению с нормой (соответственно  $(1,14 \pm 0,30)$  фмоль/л и  $(0,24 \pm 0,06)$  фмоль/л,  $p=0,0005$ ). Больные ЦП были разделены на 2 подгруппы в зависимости от значений СрДЛА. В первую подгруппу вошли пациенты со СрДЛА  $\leq 25$  мм.рт.ст., что является нормой ( $n=25$ ), во вторую – пациенты с СрДЛА  $> 25$  мм.рт.ст. ( $n=28$ ). Средний показатель ЭТ-1 в 1-й подгруппе составил  $(0,56 \pm 0,20)$  фмоль/л, во 2-й –  $(1,7 \pm 0,4)$  фмоль/л ( $t=3,8$ ,  $p=0,0004$ ). Таким образом, наибольший рост уровня ЭТ-1 отмечен у больных ЦП с высокой ЛГ. У 18 пациентов давление в легочной артерии превосходило 30 мм.рт.ст., у всех были проявления портальной гипертензии, у 12 – асцит, у 13 – гиперспленизм, у 18 – венэктазии пищевода (преимущественно III-IV ст.). 3 больных отнесены к классу «С» по Child-Pugh, остальные – к классу «В». Рост ЭТ-1 отмечен также при увеличении ТПСПЖ при ЦП до  $(5,7 \pm 0,8)$  см против  $(3,4 \pm 0,8)$  см у здоровых лиц; соответственно значения ЭТ-1 составили  $(1,1 \pm 0,4)$  фмоль/л и  $(0,24 \pm 0,06)$  фмоль/л.

**Заключение.** У больных ЦП имеются гемодинамические нарушения, приводящие к ЛГ, при которых выявлен наиболее высокий уровень ЭТ-1 как регулятора сосудистого тонуса. Исследование уровня ЭТ-1 можно использовать в прогностическом плане.

#### 174. Диагностика синдрома рефлюксной боли в грудной клетке

Левченко З.А., Дударенко С.В.  
442-й ОКВГ, ВМедА, Санкт-Петербург, Россия

**Цель исследования:** провести дифференциальную диагностику синдрома рефлюксной боли в грудной клетке при НЭРБ и при патологии сердечно-сосудистой системы.

**Материалы и методы.** Обследованы 84 пациента: 1 группа (n=38) – лица с синдромом кардиалгии и НЭРБ; 2 группа (n=46) – лица с синдромом кардиалгии, связанным с заболеванием сердечно-сосудистой системы (ИБС, НЦД). Средний возраст обследованных составил (44,0±3,5) года. Оценивалась клиническая характеристика болевого синдрома в грудной клетке, данные одновременного суточного мониторирования рН и ЭКГ.

**Результаты.** Несмотря на многочисленные публикации об особом характере кардиалгии при ГЭРБ, в нашем исследовании при анализе клинической характеристики болевого синдрома в грудной клетке в 1 и 2 группах статистически значимых отличий не выявлено (p>0,05). Анализ одновременного рН- и ЭКГ-мониторирования показал, что в 1 группе достоверно чаще (p<0,05) отмечалось: 1) совпадение эпизодов ишемии и нарушений ритма с гастроэзофагеальными рефлюксами; 2) совпадение ощущения боли в грудной клетке с изменениями рН в пищеводе. Совпадение ощущения боли в области сердца с изменениями на ЭКГ достоверно чаще отмечены во 2 группе (p<0,05).

**Выводы.** 1. Анализ субъективных ощущений кардиалгии не позволяет дифференцировать боль в грудной клетке при НЭРБ и патологии сердца (ИБС, НЦД). 2. Для подтверждения диагноза кардиальной формы НЭРБ необходимо одновременное рН-и ЭКГ-мониторирование.

#### 175. Органонеспецифический тип пролиферации в эпителии сигмовидной кишки при дивертикулезе

Левченко С.В., Потапова В.Б., Гудкова Р.Б., Рогозина В.А., Лазебник Л.Б.  
ЦНИИ гастроэнтерологии, Москва, Россия

**Цель исследования:** изучить особенности регенерации эпителия в слизистой оболочке сигмовидной кишки при мало- и бессимптомном течении дивертикулеза.

**Материал и методы.** Обследованы 25 больных с дивертикулезом толстой кишки. Средний возраст больных (57,6±9,4) года. Морфологические и иммунологические исследования слизистой толстой кишки проводили на биоптатах из края дивертикула. Образцы ткани фиксировали в 2% глутаровом альдегиде на 0,1 М какодилатном буфере и в 1% четырехокиси осмия. После обезвреживания ткань заключали в смесь эпона и аралдита. Анализ образцов проводили на полутонких и ультратонких срезах, изученных с помощью электронного микроскопа JEM1200 EX.

**Результаты исследования.** У 61% больных в слизистой оболочке толстой кишки в крае дивертикула вблизи устьев крипт обнаружены многоклеточные массивы, состоящие из мелких эпителиальных клеток, соединенных друг с другом отростками. В участках, где они выходят за пределы крипт, базальная мембрана эпителия прерывистая или отсутствует. Особенности этих эпителиоцитов являются небольшие размеры, полигональная форма, крупное ядро с мелкодисперсным хроматином. Гиперплазия эпителиоцитов обнаружена по всей длине крипт. Присутствие одновременно дифференцированных и недифференцированных эпителиальных клеток по всей длине крипт свидетельствует об асимметричном делении стволовых клеток в области дна.

**Вывод.** При мало- и бессимптомной дивертикулярной болезни в устьях дивертикулов сигмовидной кишки выявлен новый тип пролиферации – органонеспецифический, приводящий к образованию устойчивого пула низкодифференцированных соединенных друг с другом эпителиоцитов, то есть сохраняющих свойст-

во эпителия как ткани. Возможно, это субстрат новообразований слизистой оболочки кишки.

#### 176. Оценка эффективности терапии гастроэзофагеальной рефлюксной болезни используя рН-мониторинг

Ледовская А.А., Ильчишина Т.А.  
ВЦЭРМ им. А.М. Никифорова МЧС, Санкт-Петербург

**Цель исследования:** оценка эффективности монотерапии ИПП и комбинированной терапии (ИПП с прокинетиками) гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (ГЭРБ) с помощью суточной рН-метрии.

**Материалы и методы.** Обследованы 40 мужчин с эндоскопическими признаками ГЭРБ (средний возраст (45,5±7,2) года) до и на 14-й день лечения. Пациенты были разделены на 2 группы: 20 человек принимали ИПП (ультоп 40 мг в сутки) (А), 20 человек была назначена комбинированная терапия (ультоп 40 мг и ганатон 150 мг в сутки) (В). Для оценки интрагастральной и внутрипищеводной кислотности использовали аппарат «Гастроскан-24» («Исток-Система», г. Фрязино).

**Результаты.** На 14-й день лечения среднесуточная медиана рН в группе В была достоверно выше, чем аналогичный показатель в группе А (5,2 и 4,0 соответственно). Процент времени с рН>4 также был выше в группе пациентов, принимающих комбинированную терапию (54,3% против 37,8% в группе А соответственно). У всех пациентов группы В и у 75% из группы А отмечалось снижение количества гастроэзофагеальных рефлюксов до 46 за сутки, продолжительности рефлюксов до 19 минут в сутки и уменьшение индекса агрессии.

**Вывод.** У пациентов с ГЭРБ комбинация ИПП с прокинетиками повышает эффективность лечения по сравнению с монотерапией.

#### 177. Показатели суточной рН-метрии у пациентов с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью

Ледовская А.А., Юрин М.В., Саблин О.А.  
ВЦЭРМ им. А.М. Никифорова МЧС, Санкт-Петербург, Россия

**Цель исследования:** оценить внутриполостную кислотность методом суточной рН-метрии при лечении ГЭРБ.

**Материал и методы.** Обследованы 30 мужчин (средний возраст больных (45,5±7,2) года) с клиническими проявлениями эрозивного эзофагита (ЭГЭРБ), среди них курящих 27 человек. 15 человек составили контрольную группу с клиническими проявлениями ГЭРБ, среди них курящих было 3 человека. Для подтверждения ГЭРБ всем пациентам выполняли эзофагогастродуоденоскопию (ЭФГДС) в режиме NBI с забором биоптатов в нижней трети пищевода для гистологического исследования. Для оценки внутрипищеводной кислотности использовали аппарат «Гастроскан-24» («Исток-Система», г. Фрязино).

**Результаты.** По результатам ЭФГДС в режиме NBI у 25 пациентов диагностирована ЭГЭРБ, из них у 12 человек морфологически подтвержден пищевод Барретта. В контрольной группе ГЭРБ с рефлюкс-эзофагитом диагностирована в 13 случаях, из них у 2 человек морфологически подтвержден пищевод Барретта. По результатам суточной рН-метрии в контрольной группе среднее количество гастроэзофагеальных рефлюксов (ГЭР) составило 46±15, средняя продолжительность рефлюксов (39,0±12,2) мин; у пациентов с ЭГЭРБ среднее количество ГЭР за сутки составило 54±10, продолжительность ГЭР – (45,0±10,5) мин. Среднесуточная медиана внутриполостной рН была достоверно выше у пациентов с ЭГЭРБ, чем аналогичный показатель в контрольной группе, (6,6 и 3,7 соответственно). Процент времени с рН>4 также был выше в группе пациентов с ЭГЭРБ (42,3% против 16,2% в контрольной группе).

**Выводы.** Показатели внутриполостной рН и частота диагностики пищевода Барретта у пациентов с ЭГЭРБ обусловлены наличием агрессивных щелочных дуоденогастральных и гастроэзофагеальных рефлюксов.

**178. Фармакоэпидемиология ГЭРБ при оказании первичной терапевтической помощи**

Ливзан М.А., Душеба Е.Е., Юргель В.В., Калинина Е.В.  
Омская ГМА, Россия

**Цель исследования:** фармакоэпидемиологический анализ практики курации пациентов, страдающих гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью (ГЭРБ) в регионе при оказании первичной медицинской помощи.

**Материалы и методы.** Методом анкетирования опрошены 120 участковых терапевтов города Омска. Средний возраст респондентов составил (47,0±9,8) года, стаж по специальности (15,0±6,2) года. 43 опрошенных имеют вторую квалификационную категорию, 47 – первую, 22 – высшую.

**Результаты.** При анализе результатов опроса отмечено несоблюдение стандартов терапии ГЭРБ по нескольким параметрам. В лечении неэрозивной формы ГЭРБ (НЭРБ) 53 респондента назначают в качестве терапии первого выбора антациды, 40 – прокинетики, и лишь 22 опрошенных – ингибиторы протонной помпы. 56 терапевтов назначают медикаментозную терапию больному НЭРБ на 2 недели, 42 – на 4 недели, 22 – до полного купирования симптомов заболевания. В лечении эрозивной формы ГЭРБ 11 врачей в качестве терапии первого выбора назначают антациды, 51 – прокинетики, 28 – H<sub>2</sub>-гистаминоблокаторы, 58 – ингибиторы протонной помпы. Среди ингибиторов протонной помпы подавляющее большинство опрошенных (92 врача) отдают предпочтение дженерическим формам омепразола. Следует отметить, что лишь 27 из 120 опрошенных терапевтов назначают поддерживающую антисекреторную терапию после окончания основного курса лечения и эпителизации эрозий слизистой оболочки.

**Заключение.** Полученные данные позволяют выявить наиболее типичные ошибки курации пациентов для разработки мероприятий по улучшению результатов терапии ГЭРБ.

**179. Полиморфизм IL17 как прогностический фактор формирования стероидопотребности при неспецифическом язвенном колите**

Ливзан М.А., Макейкина М.А.  
Омская ГМА, Россия

**Цель исследования:** оценить влияние полиморфизма IL17A (-197) и F (7488) на течение неспецифического язвенного колита (НЯК).

**Материалы и методы.** Обследованы 45 пациентов (24 женщины, 21 мужчина в возрасте от 18 до 59 лет с длительностью заболевания не менее 3 лет) с помощью общеклинических, молекулярно-генетического (аллель-специфичная ПЦР), эндоскопического, гистологического методов.

**Результаты.** Среди обследованных пациентов у 29 человек дебют заболевания приходится на молодой возраст (до 30 лет включительно), при этом у 23 из них отмечается повышение частоты мутантной гетерозиготы AG IL 17A: 79,3% против 20,4% (OR 6,39; 95% CI 1,65-24,73;  $\chi^2$  с поправкой по Йетсу 6,15;  $p=0,0132$ ). К тому же наличие мутантной гетерозиготы AG у 28 из 45 пациентов ассоциировано с формированием потребности в ГКС в первые 5 лет от дебюта заболевания: 57,14% против 23,5%,  $\chi^2$  с поправкой по Йетсу 3,57;  $p=0,0587$ , хотя по критерию OR полученные различия статистически значимы (OR 4,33; 95% CI 1,13-16,68). При статистическом анализе влияние полиморфизма IL 17-197 на формирование потребности в ГКС в первые 5 лет течения заболевания в зависимости от возраста дебюта НЯК не выявлено ( $\chi^2$  с поправкой по Йетсу 0,64;  $p=0,4231$ ).

Не выявлено различий и при оценке влияния полиморфизма гена IL17A на формирование стероидозависимости, стероидорезистентности при среднем и тяжелом течении заболевания ( $\chi^2$  с поправкой по Йетсу 0,3;  $p=0,5819$ ).

При исследовании полиморфизма IL17 F (7488) мутантная гомозигота GG выявлена только у одного пациента.

**Заключение.** Установленное влияние полиморфизма гена IL 17A на более ранний дебют заболевания и на формирование потребности в ГКС в первые 5 лет от дебюта заболевания свидетельствует о целесообразности дальнейшего изучения влияния полиморфизма IL 17 A и F на течение НЯК.

**180. Субмикроскопические изменения структурных компонентов почки при экспериментальном поражении печени**

Лисничук Н.Е., Демкив И.Я., Кулицкая М.И.

Тернопольский ГМУ им. И.Я. Горбачевского, Украина

**Целью исследования** было изучение ультраструктурных изменений коркового вещества почки белых крыс при первичном поражении печени в эксперименте.

**Материалы и методы.** В процессе исследования использовано 50 белых беспородных крыс. 20 интактных животных служили контролем. У 30 подопытных крыс моделировали острое тетрахлорметановое поражение печени. Животных выводили из эксперимента на 2-е, 7-е и 14-е сутки от начала эксперимента. Материал для электронно-микроскопического исследования готовили в соответствии с общепринятыми методиками.

**Результаты.** Субмикроскопические исследования коркового слоя почки на 2-е сутки после токсического поражения печени показали, что в этот период компоненты нефрона находятся в состоянии функционального напряжения, что является результатом повышенной нагрузки на почку (об этом свидетельствует повышение фенестрации в эндотелии, локальное уплотнение базальной мембраны и умеренная гипертрофия митохондрий подоцитов). На 7-е сутки эксперимента динамика изменений в гломерулярном аппарате тесно связана с изменениями базальной мембраны капилляров, которая по мере усиления влияния на нее негативных факторов утолщается, становится гомогенной, осмиофильной, теряет свое трехслойное строение. Исследование ультраструктурного состояния почечного тельца на 14-е сутки опыта показало, что имеется деструкция органелл, есть отдельные гипертрофированные митохондрии и другие – небольшие, в которых повреждение крист частично, а матрикс умеренной плотности. Цитопедикюлы плотно контактируют с базальной мембраной, между ними четко прослеживаются промежутки. В светлой цитоплазме эндотелиальных клеток имеются как деструктивно измененные, так и хорошо структурированные органеллы. Базальная мембрана на отдельных участках нормализуется, восстанавливает относительно равномерную толщину и трехслойное строение.

Проведенное исследование позволяет оценить динамику структурных повреждений элементов коркового вещества почки при первичном токсическом поражении печени, что дает возможность разработки методов адекватной профилактики и терапии.

**181. Полипы толстой кишки: эпидемиологические аспекты**

Лычагин В.Н., Козлова И.В., Мясина Ю.Н.

Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского, Россия

Колоректальный рак (КРР) занимает 3-е место в структуре онкологических заболеваний в России. В большинстве случаев КРР трансформируется из аденом толстой кишки.

**Цель исследования.** В работе оценивалась частота встречаемости различных гистологических форм полипов толстой кишки у пациентов гастроэнтерологического профиля.

**Материалы и методы.** Изучены клинические и лабораторно-инструментальные данные 152 пациентов с верифицированными полипами толстой кишки. Среди обследованных 106 (69,2%) женщин и 46 (30,8%) мужчин. Средний возраст мужчин составил 63,2 года, женщин – 66,4 года.

**Результаты.** Распространенность полипов толстой кишки в популяции в разных возрастных группах неодинакова. В возрасте до 45 лет полипы толстой кишки встречались менее чем в 10% случаев; к 60-летнему возрасту эта величина достигла 13,46%. У лиц старше 60 лет полипы обнаруживались в 76,93% случаев.

73,7% пациентов проходили лечение по поводу патологии билиарного тракта; 13,4% больных – гипомоторного колита; 12,9% – с остальной патологией ЖКТ (цирроз печени, язвенная болезнь и др.). Верификация полипов кишечника в 100% случаев явилась диагностической находкой.

Анализ жалоб пациентов выявил неспецифичность клинической картины (болевой синдром диагностировался у 57,69% пациен-



тов). Локализация полипов толстой кишки распределялась следующим образом. Чаще всего полипы определялись в сигмовидной кишке – в 59,63% случаев, в прямой кишке – в 37,5%, в слепой кишке – в 3,84%.

По результатам морфологического исследования гиперпластические полипы диагностировались у 53,86% больных; тубуло-ворсинчатые – у 36,53%, воспалительные – у 9,61%.

**Выводы.** Превентивное удаление полипов толстой кишки является эффективным средством профилактики колоректального рака. Рост поздней диагностики колоректального рака диктует обязательное включение фиброколоноскопии в стандарты обследования всех пациентов гастроэнтерологического профиля.

#### 182. Оценка кислотообразования в желудке и эффективности стандартной антисекреторной терапии при различном течении язвенной болезни двенадцатиперстной кишки

Любская Л.А., Колесникова И.Ю.  
Тверская ГМА, Россия

**Цель:** оценить фундальную кислотопродукцию и кислотосупрессию у больных с различным течением язвенной болезни двенадцатиперстной кишки (ЯБДК).

**Материалы и методы.** Обследованы 113 больных с эндоскопически подтвержденным рецидивом ЯБДК. В 1-ю группу вошел 61 пациент (средний возраст  $(34,0 \pm 1,9)$  года) с неосложненным течением ЯБДК, а во 2-ю – 52 больных (средний возраст  $(27,0 \pm 1,5)$  года) с перфорацией в анамнезе. Всем пациентам выполнено клиническое обследование, ЭГДС, суточная интрагастральная pH-метрия (аппарат «Гастроскан-24», НПП «ИСТОК-Система», г. Фрязино).

**Результаты.** До назначения антисекреторных препаратов средний фундальный pH в 1-й группе за сутки составил  $(2,0 \pm 0,1)$  ед., в дневные часы –  $(2,1 \pm 0,1)$  ед., в ночные –  $(1,8 \pm 0,1)$  ед., а во 2-й – среднесуточный  $(1,6 \pm 0,2)$  ед. ( $p > 0,05$ ), дневной  $(1,6 \pm 0,2)$  ед. ( $p < 0,05$ ), ночной  $(1,6 \pm 0,2)$  ед. ( $p > 0,05$ ). Средняя длительность фундальной гиперацидности у больных с неосложненным течением ЯБДК за сутки равнялась  $(64,0 \pm 2,8)\%$ , в то время как при осложненном течении заболевания –  $(77,0 \pm 2,3)\%$  ( $p < 0,05$ ). Продолжительность дневной гиперацидности в теле желудка у пациентов 1-й группы составила  $(60,0 \pm 2,9)\%$ , а ночной –  $(71,0 \pm 3,4)\%$ , а во 2-й группе соответственно  $(76,0 \pm 2,4)\%$  ( $p < 0,05$ ) и  $(79,0 \pm 2,8)\%$  ( $p > 0,05$ ). При повторном суточном мониторингировании интрагастрального pH для оценки эффективности проводимой антисекреторной терапии на фоне приема стандартных доз ингибиторов протонной помпы средний pH в теле желудка за сутки у больных с неосложненным течением ЯБДК составил  $(5,40 \pm 0,16)$  ед., а при осложненном течении –  $(5,2 \pm 0,2)$  ед. ( $p > 0,05$ ). Средний дневной pH в теле желудка в тех же группах составил соответственно  $(5,3 \pm 0,2)$  ед. и  $(5,4 \pm 0,2)$  ед.; а средний ночной соответственно  $(5,3 \pm 0,2)$  ед. и  $(5,2 \pm 0,2)$  ед. (все  $p > 0,05$ ). Продолжительность времени с фундальным  $pH > 3,0$  за сутки составила  $(98,0 \pm 1,6)\%$  у пациентов 1-й группы и  $(95,0 \pm 1,3)\%$  – 2-й, при этом за дневные часы в 1-й и 2-й группах соответственно  $(98,0 \pm 1,5)\%$  и  $(96,0 \pm 1,8)\%$ , а за ночные часы –  $(96,8 \pm 0,9)\%$  и  $(92,5 \pm 0,5)\%$  соответственно (все  $p > 0,05$ ). У 52 (86%) больных с неосложненным течением ЯБДК и у 44 (84%;  $p > 0,05$ ) с осложненным течением отмечена достаточная кислотосупрессия, необходимая для рубцевания язвенного дефекта слизистой.

**Выводы.** У больных ЯБДК с перфорацией в анамнезе в сравнении с неосложненным течением заболевания наблюдалась более высокая кислотопродуцирующая функция желудка и отсутствие колебаний pH в течение суток. На фоне приема стандартных доз ингибиторов протонной помпы кислотосупрессивный эффект был сопоставимым.

## М

#### 183. Коррекция гормональной активности субстратными композициями у мужчин и женщин

Маевский Е.И.<sup>1</sup>, Учитель М.Л.<sup>1</sup>, Байрамов А.А.<sup>2</sup>, Шабанов П.Д.<sup>3</sup>, Гришина Е.В.<sup>1</sup>, Богданова Л.А.<sup>1</sup>,  
<sup>1</sup>Симонова М.А.<sup>1</sup>, Васильева А.А.<sup>1</sup>, Кондрашова М.Н.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Институт теоретический и экспериментальной биофизики РАН, Пушкино, <sup>2</sup>Федеральный центр крови и эндокринологии им. В.А. Алмазова, Санкт-Петербург, <sup>3</sup>Военно-медицинская академия, Санкт-Петербург, Россия, e-mail: eim11@mail.ru

**Цель исследования:** подобрать композиции полифункциональных субстратов, способных не только участвовать в тканевом метаболизме, но и играть роль сигнальных молекул в сочетании с другими негормональными субстанциями для коррекции мужского гипогонадизма или патологических явлений климактерического синдрома у особой женского пола.

**Обоснование.** Наличие связи между энергетическим и пластическим обменом и нейроэндокринной регуляцией открывает возможности тонкой коррекции функций организма без заместительной гормональной терапии. Открыты рецепторы и выявлено участие ряда субстратов обмена в регуляции артериального давления, кровотока, ангиогенеза, экспрессии генов, показана нейротрансмиттерная активность метаболитов и т.п.

**Результат.** Ранее нами был разработан негормональный препарат на основе сукцината аммония в сочетании с другими метаболитами и витамином Е («Энерлит-Клима» в России или «Амберен» в США). Этот препарат уменьшает выраженность классических симптомов климактерического синдрома, изменяет эстрогенный статус у животных и у женщин климактерического возраста. Однако в отношении особой мужского пола этот препарат не активен. Нам удалось разработать новую субстратную композицию без гормональных добавок, которая в эксперименте на самцах крыс способствовала уменьшению признаков мужского гипогонадизма после односторонней гонадэктомии. При этом существенно возрастал уровень тестостерона в крови и повышалась половая активность самцов. Уменьшался остеопороз. Обсуждаются особенности влияния субстратов обмена на нейроэндокринную систему и органы-мишени.

#### 184. Функциональное состояние (ФС) головного мозга у больных хроническим вирусным гепатитом (ХВГС) I генотипа на фоне сопутствующих заболеваний

Макарова Г.В., Кудрявцев А.Е., Максимова Р.Ф.  
ЦНИИ эпидемиологии, 2-я КИБ, Москва, Россия

**Цель исследования:** оценить ФС головного мозга у больных ХВГС I генотипа в стадии обострения до лечения в зависимости от сопутствующих заболеваний.

**Материалы и методы.** Обследованы 45 больных ХВГС I генотипа без и с сопутствующими заболеваниями. Исследование ФС головного мозга проводилось методом электроэнцефалографии (ЭЭГ). Метод анализа ЭЭГ визуальный.

**Результаты.** I группа – 15 больных ХВГС I генотипа без сопутствующих заболеваний. ЭЭГ у них была нормальной. II группа – 10 больных ХВГС I генотипа на фоне вегетососудистой дистонии. У них на ЭЭГ выявлена заинтересованность диэнцефальных структур головного мозга. III группа – 8 больных ХВГС I генотипа на фоне остеохондроза и вертебробазилярной недостаточности. На ЭЭГ у них выявлена заинтересованность стволовых структур головного мозга. IV группа – 12 больных ХВГС I генотипа в сочетании с токсическим (алкогольным) гепатитом. У них на фоне выраженных общемозговых изменений (тета и дельта волны на ЭЭГ) отмечаются стволовые изменения (уплощение ЭЭГ кривой), что в совокупности может быть признаком энцефалопатии.

**Выводы.** При проведении лечения больных ХВГС I генотипа с сопутствующими заболеваниями необходимо учитывать изменение ФС головного мозга до начала лечения, что поможет повысить эффективность проводимой терапии.



**185. Особенности формирования микробиоценоза толстой кишки у недоношенных детей на фоне приема пробиотиков**

Малыгина О.Г., Бажукова Т.А., Лобанова Е.В.  
Северный ГМУ, Архангельск, Россия

**Цель исследования:** изучить формирование микробиоценоза толстой кишки у недоношенных детей весом до 1500 г.

**Материал и методы:** Обследованы 18 детей при поступлении, выписке из отделения выхаживания и в возрасте 6 месяцев. Выделено три группы: 1 – дети, получившие бифидумбактерин в стационаре и в 3 месяца; 2 – получали препарат только в 3 месяца; 3 – не получавшие препарат. Определение микробиоценоза проводили в соответствии с отраслевым стандартом.

**Результаты.** При поступлении в отделение у всех детей отмечали дефицит облигатной микрофлоры (*E.coli*, бифидо- и лактобактерий). К выписке происходило заселение *E.coli*, уровень которой у детей без пробиотика был ниже, к 6 месяцам отмечали нормализацию *E.coli* на фоне бифидумбактерина и сохранение дефицита без пробиотика. Подобная закономерность установлена и в отношении бифидобактерий, к 6 месяцам уровень их нормализовался во всех группах. К моменту выписки численность лактобактерий оставалась низкой, и к 6 месяцам после 2 курсов препарата они достигали нормы. Бактероиды регистрировали от 2-2,49 lgKOE/г у всех детей при поступлении. Число их возросло к выписке, и только на фоне пробиотика отмечено некоторое их снижение. При поступлении энтерококки регистрировали в количестве от 5,05 lgKOE/г–10,37 lgKOE/г. К выписке отмечено увеличение их числа, особенно в группе без препарата (11,32 lgKOE/г), к 6 месяцам уровень их нормализовался во всех группах. Нахождение детей в стационаре способствовало росту числа энтеробактерий к выписке, и в 6 месяцев без приема пробиотика уровень их сохранялся высоким.

**Выводы.** Таким образом, раннее начало приема пробиотиков способствует нормальному становлению кишечной микрофлоры у недоношенных детей.

**186. Биограмметрический анализ кристаллогенных свойств слюны в норме и при хроническом панкреатите**

Мартусевич А.К., Иванникова Е.В., Симонова Ж.Г.,  
Русских А.П.  
Кировская ГМА, Нижегородская областная клиническая  
больница им. Н.А. Семашко, Вятская государственная  
сельскохозяйственная академия, Киров, Россия

**Цель исследования:** уточнить характер изменения временных параметров кристаллизации слюны при хроническом панкреатите.

**Материал и методы.** Производили анализ скорости дегидратационной самоорганизации смешанной слюны 6 практически здоровых взрослых людей и 4 пациентов с хроническим панкреатитом в фазе обострения, используя методику биограмметрии (Мартусевич А.К. с соавт., 2010). Биограмметрические исследования выполняли на весах ВК-300.1 с электронной регистрацией массы. Точность взвешивания составляла 0,001 г, а погрешность измерения – 0,0005 г. Исходная масса образцов биосреды равнялась 0,11 г. Оценка результата анализа проводили путем вычисления биограмметрического коэффициента (БГК), рассчитываемого как отношение полного времени дегидратации образца к его исходному объему.

**Результаты.** Установлено, что у практически здоровых людей уровень БГК достаточно вариабелен и находится в пределах 833,3–1124,2 усл. ед. (в среднем по группе 1024,4), а при рассматриваемом заболевании он существенно нарастает, достигая 1300 усл. ед. и выше (средний уровень 1231,5 усл. ед.). Так как исходный объем наносимой капли является фиксированным, то сдвиг БГМ происходит только за счет замедления скорости дегидратации изучаемого биологического субстрата, что, в свою очередь, косвенно свидетельствует о снижении кристаллогенной активности слюны при обострении хронического панкреатита. Морфометрический анализ фаций биосреды позволил подтвердить эту тенденцию.

**Заключение.** Проведенные пилотные исследования информативности биограмметрии в отношении слюны практически здоровых лиц и больных с обострением хронического панкреатита позволили выявить значимые изменения БГК при рассматриваемом патологическом состоянии относительно нормы.

**187. Сравнительная характеристика кристаллогенных свойств желчи человека и животных различных видов**

Мартусевич А.К., Русских А.П., Камакин Н.Ф.,  
Симонова Ж.Г.  
Вятская государственная сельскохозяйственная академия,  
Киров, Кировская ГМА, Россия

**Цель исследования:** уточнить видовые особенности кристаллогенных свойств желчи человека и животных.

**Материал и методы.** Произведено исследование кристаллогенной активности образцов нативной желчи практически здоровых людей и животных различных видов (нутрии и коровы) с применением методики классической кристаллоскопии (Мартусевич А.К., Гришина А.А., 2009). Фации биожидкости фиксировались цифровой фототехникой при увеличении микроскопа  $\times 56$ . Анализ результатов кристаллообразования желчи осуществляли морфологически (по выявлению особенностей картины) и визуаметрически (с помощью собственной системы полуколичественных параметров).

**Результаты.** Изучение дегидратационного структурообразования желчи человека позволило установить, что в данных фациях присутствует выраженная затемненная краевая зона без дополнительных текстурных особенностей, а также обнаруживается слабая кристаллогенная активность в центральной зоне, представленной мелкими кристаллическими и аморфными элементами. В образцах биосреды коров краевая зона занимает больший объем, в ней присутствуют многочисленные циркулярные и центростремительные разломы. Центральная зона заполнена объемными дендритными структурами с выраженной деструкцией и единичными аморфными телами. Фации желчи нутрий по морфологии краевой зоны сходны с образцами, полученными от коров, тогда как центральная зона препарата у нутрий остается практически свободной, включая лишь единичные мелкие кристаллические тела. Визуаметрия фаций желчи человека и изучаемых животных позволила верифицировать данные тенденции.

**Заключение.** Показано, что имеют место существенные видовые особенности кристаллогенеза желчи, причем кристаллогенная активность данной биосреды у животных выше, чем у человека, что обусловлено различием ее физико-химических свойств.

**188. Варианты патогенетической связи хеликобактериоза и заболеваний сердечно-сосудистой системы**

Мартусевич А.К., Симонова Ж.Г.  
Кировская ГМА, Россия

**Цель исследования:** критически проанализировать представления о потенциальной патогенетической связи *Helicobacter pylori*-инфекции и кардиоваскулярной патологии.

На протяжении более 15 лет кардиологами и гастроэнтерологами ведется диалог о наличии связи между хеликобактерной инфекцией и кардиоваскулярной патологией. Импульсом этой дискуссии послужили работы нескольких коллективов исследователей, указавшие на возможность этой связи для ишемической болезни сердца, инфаркта миокарда, инсульта и др., однако природа этой корреляции до настоящего времени практически не ясна. Большинство публикаций по указанной тематике ориентировано на анализ статистических данных о распространенности кардиоваскулярной патологии в зависимости от инфицирования пациентов изучаемым агентом, причем имеют место диаметрально противоположные мнения. В литературе приводятся единичные гипотезы о патогенетическом механизме выявленного факта. Большинство предложенных ранее концепций ориентированы на принятие реакции макроорганизма на хеликобактериоз как основы патогенеза рассматриваемой группы заболеваний. В то же время роль факторов вирулентности самого микроорганизма-

патогена практически не учитывается. С наших позиций, оптимальным в раскрытии комплексного патогенеза *Helicobacter pylori*-ассоциированных заболеваний сердечно-сосудистой системы является подход к оценке взаимодействия в системе «бактерия – микроорганизм». Его основой служит исследование запуска факторами вирулентности микроорганизма известных звеньев патогенеза кардиоваскулярной дисфункции.

**Заключение.** В целом, потенциальные механизмы кардиопатогенного действия *Helicobacter pylori* многогранны и включают варианты, способные реализовываться как параллельно, так и самостоятельно, приводя к формированию острых и хронических заболеваний сердечно-сосудистой системы.

#### 189. Варианты гистологической картины слизистой оболочки у пациентов с заболеваниями пищевода

Мастыкова Е.К., Коноров М.Р., Матвеев М.Е.  
Витебский ГМУ, Белоруссия, e-mail: shelest@tut.by

**Цель исследования:** оценить частоту встречаемости заболеваний пищевода по результатам гистологического исследования.

**Материалы и методы.** Проведена оценка гистологической картины биоптатов пищевода, полученных при проведении фиброэзофагогастродуоденоскопии пациентам с заболеваниями пищевода. Исследование проводилось по данным гистологического архива Витебского областного клинического патологоанатомического бюро за 2000-2005 гг. Неинформативные биоптаты не учитывались. Обследованы 189 пациентов. Средний возраст составил (54,5±18,5) года. Мужчин было 57,9%, женщин 42,1%.

**Результаты.** Признаки эзофагита (дистрофия клеток, утолщение базального слоя, гиперемия со стазами внутриэпителиальных сосудов, диффузная полиморфноклеточная воспалительная инфильтрация в подэпителиальной основе) были обнаружены у 57,7% обследованных лиц. Причем у 45,9% изменения воспалительного характера сочетались с акантозом, дисплазией эпителия I-II ст., дис- и паракератозом; у 16,5% – эзофагит сочетался с гиперкератозом; у 23,9% пациентов были выявлены эрозивно-язвенные изменения слизистой оболочки. Рак пищевода был морфологически подтвержден у 12,7% пациентов (у 70,9% плоскоклеточный рак, у 16,7% – аденокарцинома, у 12,4% – прочие формы). Пищевод Барретта (желудочная или кишечная метаплазия пищевода) был выявлен у 14,3% пациентов. Папилломы пищевода составили 8,5%, полипы (гиперпластические и фиброзные) составили 5,3% случаев. Прочие заболевания пищевода (лейомиома пищевода, лейкоплакия и др.) составили 1,5%.

**Выводы.** Среди разнообразных морфологических находок преобладали эзофагиты, которые в большинстве случаев сочетались с изменениями невоспалительного характера. Желудочная или кишечная метаплазия пищевода была выявлена у каждого 7-го пациента.

#### 190. Лечебное питание при atopической форме бронхиальной астмы у детей первых лет жизни

Махмутов Р.Ф., В.Н. Бурак, Махмутова А.Р.  
Национальный медицинский университет им. М. Горького, Донецк, Украина

**Цель исследования:** оценка эффективности гипоаллергенных заменителей грудного молока в комплексном лечении детей с atopической формой бронхиальной астмы.

Иммунологические механизмы бронхиальной астмы запускаются вследствие наследственной предрасположенности и в результате избыточной алиментарной антигенной нагрузки на организм. Для решения этих вопросов используют гипоаллергенные ЗГМ на основе полного гидролиза сывороточных белков коровьего молока.

**Материал и методы.** Всего были обследованы 37 детей (основная группа). Из них 12 детей (в возрасте до 6 месяцев) в течение 5-6 недель в качестве основного питания вскарммливались смесью «HiPP HA 1 Plus» и 25 детей (в возрасте от 6 месяцев до 1,5 года) – «HiPP HA 2 Plus». До начала исследования все дети находились на искусственном вскармливании. Контрольную группу составили 26 детей с аналогичным диагнозом и такого же возраста, получавших

различные ЗГМ. Изучались уровни  $Th_1$ ,  $Th_2$ , IgE, ИЛ-4, микробиоценоз кишечника в начале лечения и в динамике.

**Выводы.** На фоне базового лечения и использования смесей «HiPP HA 1 Plus», «HiPP HA 2 Plus» фирмы «HiPP» (Австрия) через 6-7 недель была установлена нормализация соотношения  $Th_1/Th_2$ , снижение уровней IgE и ИЛ-4, чего не было в группе контроля. Данные ЗГМ эффективно купируют atopические проявления, диспептические расстройства, нарушенную моторику кишечника, способствуют стабильной прибавке массы тела и нормализации микробиоценоза кишечника. Это позволяет рекомендовать назначение ЗГМ на основе полного гидролиза сывороточных белков коровьего молока «HiPP HA 1 Plus», «HiPP HA 2 Plus» фирмы «HiPP» (Австрия) при лечении atopической формы бронхиальной астмы у детей первых лет жизни.

#### 191. Эффективность гепатопробиотика «Гепатор»®

в лечении токсического лекарственного гепатита  
Мацулевич Т.В., Дорошенко Е.О., Багдасарян Т.Р.  
ЦНИИТ РАМН, ЗАО «Партнер», Москва, Россия

**Цель исследования:** изучить эффективность и безопасность препарата «Гепатор»® у пациентов с токсическим гепатитом, развившимся на фоне применения специфической противотуберкулезной терапии.

**Материал и методы.** В исследование включали пациентов обоего пола в возрасте от 18 до 60 лет. 1-я группа (30 человек) в комплексе со стандартной противотуберкулезной терапией получала препарат «Гепатор»®, содержащий экстракт расторопши и сорбированные бифидо- и лактобактерии, 2-я группа (30 человек) в комплексе со стандартной противотуберкулезной терапией получала препарат «Силимар»®, содержащий экстракт расторопши. Разовая, суточная и курсовая дозы приема экстракта расторопши в обеих группах были одинаковыми. Все пациенты до лечения имели нарушенный качественный и количественный состав микрофлоры кишечника и клинические проявления дисбактериоза.

**Результаты.** Через 2 недели лечения гепатором в 1-й группе пациентов отмечалось достоверное снижение уровня АЛТ – (95,0±21,3) ед./л и (43,1±8,7) ед./л соответственно и АСТ – (90,1±19,6) ед./л и (44,1±7,8) ед./л соответственно. Во 2-й группе пациентов, получавших силимар, достоверного изменения уровня трансаминаз через 2 недели лечения не выявлено (АЛТ – (65,5±14,7) ед./л и (64,0±29,3) ед./л, АСТ – (57,9±15,6) ед./л и (65,0±28,8) ед./л соответственно). После применения гепатора отмечалось улучшение состава микрофлоры кишечника, что сопровождалось улучшением характера стула и исчезновением или уменьшением явлений метеоризма. В группе, получавшей силимар, отмечалось ухудшение состояния микрофлоры кишечника и усугубление клинических проявлений дисбактериоза. Побочных явлений при приеме гепатора и силимара не было.

**Выводы.** Лечение токсического лекарственного гепатита с применением препарата «Гепатор»® является более эффективным, чем с применением препарата «Силимар»®, позволяет продолжать противотуберкулезную химиотерапию в полном объеме при всех используемых режимах.

#### 192. Коррекция нарушений функционального состояния органов пищеварения при санаторно-курортном лечении лиц, работающих в условиях профессиональных вредностей

Меркулова Г.А., Леончук А.Л.  
Пятигорский ГНИИК ФМБА России, Россия,  
e-mail: orgotdel@gniik.ru

**Цель исследования:** изучить характер нарушений органов пищеварения у работников с вредными условиями труда и оценить эффективность применения им санаторно-курортного лечения.

**Материал и методы:** 60 больных, имеющих контакт с ионизирующим излучением (73,3%) и химическими токсикантами (26,7%). Обследование: общеклинические, биохимические методы, УЗИ органов брюшной полости и спироартериокардиоритмография (САКР).

**Результаты.** Отмечены три основных синдрома – астено-невротический у 75% больных, диспепсический – у 55%, болевой – у 65%. ЭФГДС показала у 71,7% больных изменения слизистой оболочки гастродуоденального комплекса в виде воспалительной и сосудистой реакции, причем, при вредности с ионизирующим излучением выявлена значительная частота эрозивного поражения слизистой оболочки (45%). Особенность профессиональной патологии у работников химических предприятий – нарушения функциональных проб печени, характеризующие цитохимический, гепатодепрессивный и холестатический синдромы (31,7%). Независимо от характера профессиональной вредности определялось снижение активности каталазы, повышение уровня МДА и средних молекул в крови. При УЗИ – диффузные изменения паренхимы печени, дискинезия желчного пузыря по гипотоническому типу (40%). САКР – высокая реактивность организма и снижение резервных и адаптационных возможностей более чем у половины больных. Лечение: диетическое питание (№ 5), внутривенный прием минеральной воды «Славяновская» (железноводский тип), минеральные ванны из этой же воды. После лечения имела место благоприятная динамика клинических показателей, эпителизация эрозий слизистой оболочки желудка, нормализация большинства функциональных проб печени. Менее динамичны показатели холестерина крови, ПОЛ и антиоксидантной системы. САКР – повышение общей мощности спектра нейроэндокринной регуляции.

**Выводы.** Применение природных физических факторов является эффективным средством восстановительного лечения работников предприятий с вредными условиями труда.

### 193. Ассимиляция олигопептидов в кишке крысы

Метельский С.Т.

НИИ общей патологии и патофизиологии РАМН, Москва, Россия

Ассимиляция дипептидов в кишечнике млекопитающих может происходить двумя путями: сопряженным с протоном переносом нерасщепленных дипептидов (PepT1) и сопряженным с натрием переносом мономеров (аминокислот), образовавшихся в результате мембранного гидролиза дипептидов.

**Цель исследования:** оценить вклад двух указанных механизмов транспорта питательных веществ (нутриентов) в усвоение дипептидов.

**Материалы и методы.** Na<sup>+</sup>-зависимый транспорт нутриентов (дипептидов и аминокислот) изучали методом тока короткого замыкания (ТКЗ). На изолированных отрезках тонкой кишки крыс регистрировали величины ответов ТКЗ, характеризующих скорость Na<sup>+</sup>-зависимого всасывания данных нутриентов, на добавление в омывающий раствор дипептидов и аминокислот.

**Результаты.** В присутствии в рингеровском растворе натрия ответы ТКЗ на глицил-глицин и карнозин (β-аланил-L-гистидин) в отличие от глицил-DL-метионина, глицил-L-лейцина и глицил-L-аланина с увеличением pH имеют тенденцию к уменьшению. При удалении натрия из растворов (pH=8,5) ответы ТКЗ на глицил-L-аланин (p<0,1) и глицил-L-лейцин (p<0,05) уменьшаются, но все же остаются на довольно высоком уровне. Более важно, что с увеличением pH характер поведения ответов ТКЗ на глицил-L-аланин и глицил-L-лейцин изменяется – теперь ответы имеют тенденцию к уменьшению при увеличении pH.

**Выводы.** Увеличивающийся с pH натрий-зависимый компонент стимулирующего эффекта легко гидролизующих дипептидов обусловлен мембранным пищеварением, а возможно, и функционированием ферментативно-транспортного ансамбля, так как ответы ТКЗ на дипептиды больше ответов на смеси аминокислот, из которых они состоят. Снижающийся с pH натрий-независимый компонент транспорта дипептидов обусловлен, по-видимому, функционированием в апикальной мембране энтероцитов протон-зависимого PepT1.

### 194. Минеральная вода Тиб-2 в реабилитации больных с неалкогольными поражениями печени

Мецаева З.В., Ефименко Н.В., Кайсинова А.С.

Пятигорский ГНИИК ФМБА России, Республиканская клиническая больница, Владикавказ, e-mail: orgotdel@gniik.ru

**Цель исследования:** разработать методику применения минеральных вод Тибского месторождения РСО – Алании на фоне медикаментозной и физиотерапии при неалкогольных поражениях печени на стационарном этапе.

**Материал и методы.** Проведены исследования 60 больных с неалкогольными поражениями печени (НПП), прошедших курс стационарного лечения в гастроэнтерологическом отделении Республиканской клинической больницы (г. Владикавказ). Средний возраст больных составил (48,3±6,7) года.

В сравнительном аспекте изучена динамика клинических и параклинических показателей у больных с НПП под влиянием различных лечебных комплексов (ЛК): 1 ЛК (30 человек, контроль) – больные получали урсосан по 1 капсуле 3 раза в день и омега-3 плюс по 1 капсуле 3 раза в день через 20-30 минут после еды и СМТ-форез с 5% раствором сульфата магния на область правого подреберья, время воздействия при каждом роде работы по 7 минут, № 10 на курс лечения; во 2 ЛК (30 человек, основная группа) больные получали дополнительно бальнеотерапию: питьевую гидрокарбонатную, кальциево-магниевую маломинерализованную минеральную воду (ММВ) Северной Осетии «Тиб-2» в количестве 3-3,5 мл/кг массы тела, за 30 минут до еды, в теплом виде, 3 раза в день, в течение 21 дня и СМТ-терапию с той же МВ (СМТ-тюбажи: больной за 30 минут до процедуры натошак выпивает 2 стакана теплой МВ «Тиб-2», 1 раз в 3-4 дня, на курс 4 процедуры) и СМТ-форез с МВ «Тиб-2» на область правого подреберья № 10 на курс лечения, ежедневно.

**Результаты.** Проведенный анализ результатов лечения показал, что частота благоприятных сдвигов клинических и параклинических показателей в значительной степени зависела от применяемого ЛК. Улучшение клинических показателей, белково-образовательной и липид-контролирующей функций печени, циркуляции желчи при дополнительном назначении ММВ было на 18-20% выше по сравнению с группой контроля.

**Вывод.** Таким образом, применение ММВ в восстановительном лечении больных с НПП на стационарном этапе оправдано и целесообразно.

### 195. Современное представление и особенности лечения трудно рубцующихся гастродуоденальных язв (ТРГДЯ)

Минушкин О.Н., Зверков И.В., Володин Д.В.,

Балыкина В.В., Шулешова А.Г.

УНМЦ УД Президента РФ, Москва, Россия

**Цель исследования:** оценка эффективности препарата «Панавир» фирмы «Национальная исследовательская компания» (Россия) в комплексной терапии больных язвенной болезнью (ЯБ) с ТРГДЯ.

**Материалы и методы.** Исследовали 26 больных, страдающих ЯБ (15 мужчин и 11 женщин в возрасте от 35 до 80 лет) с ТРГДЯ желудка (24 человека) и двенадцатиперстной кишки (2 человека). С начала обострения ЯБ больные получали блокаторы секреции (омепразол или квамател, вентер, альмагель). Рубцевание язв в принятые сроки не произошло (1,5 мес для ЯБДК и 2,5 мес для ЯБЖ). Для преодоления резистентности к терапии в комплекс лечения введен препарат «Панавир» в дозе по 5 мл – 0,004% внутривенно через день в течение 10 дней. С помощью ЭГДС рубцевание язв оценивали через 2, 3 и 4 недели. В биоптатах из слизистой оболочки желудка (СОЖ) оценивали степени обсемененности НР, воспалительную активность (ВА), митотическую активность (МА) (МА – число митозов на 100 эпителиальных клеток дна желудочковых ямок). Оценивали также побочные эффекты.

**Результаты.** По данным ЭГДС рубцевание ТРГДЯ отмечено через 2 недели у 12 больных (60%), через 3 недели – у 19 пациентов (96%) и через 4 недели – у 20 больных (100%). В СОЖ

зафиксировано снижение степени обсемененности НР у 4 из 12 пациентов (30%), уменьшение ВА у 8 из 20 больных (40%) и повышение МА у 12 из 20 пациентов (60%). Побочные эффекты не фиксировались.

**Заключение.** Панавир является антивирусным и иммунным препаратом, способствующим рубцеванию ТРГДЯ. Стимулирующий рубцевание эффект препарата можно связать с уменьшением степени ВА и усилением МА эпителия СОЖ.

#### 196. Оценка эффективности лечения больных ЯБДК с использованием разных эрадикационных схем за 11-летний период

Минушкин О.Н., Зверков И.В., Володин Д.В., Шулепова А.Г.  
УНМЦ УД Президента РФ, Москва, Россия

**Цель исследования:** оценка эффективности лечения различными эрадикационными схемами больных ЯБДК, ассоциированной с НР, за 11-летний период.

**Материалы и методы.** Исследовали 360 стационарных больных с ЯБДК, ассоциированной с НР. С начала обострения ЯБДК больные получали 7- или 12-дневные тройные схемы эрадикации, состоящие из омепразола (О), кларитромицина (К), трихопола (Т) разных фирм (3 схемы) или амоксициллина (А) разных фирм (3 схемы), или фуразолидона (Ф), или тинидазола (Тин.), или ви-крама (В). В схеме эрадикации из О+К+А – доза К определялась степенью обсемененности НР. Пациенты получали тройные схемы эрадикации, использовавшие вильпрафен (Виль.) или лево-флаксацин (Л) вместо К. Больные пожилого и старческого возраста получали 2 схемы эрадикации, состоящие из половинных доз антибиотиков: О+К+А и санпраза (С), дазолика (Д) и А. С помощью ЭГДС рубцевание язв оценивали через 2, 3 и 4 недели. В биоптатах из слизистой оболочки желудка (СОЖ) оценивали степень обсемененности НР с помощью морфологической окраски по Гимзе и проведением быстрого уреазного теста. Оценивались побочные эффекты.

**Результаты.** По данным ЭГДС и результатам изучения НР-инфекции в СОЖ отмечена эрадикация у 60%, 60% и 67% больных (3-и схемы из О+К+Т); у 80%, 90% и 92% пациентов (3-и схемы из О+К+А), у 90% больных при О+К+Ф, у 87% пациентов при О+К+Т, у 92% больных при О+К+В, у 97% пациентов при О+К+А – доза К определялась степенью обсемененности НР, у 90% пациентов при О+Виль.+А, у 80% больных при О+Л+А, у 92% и у 80% пожилых и старых при половинных дозах антибиотиков на О+К+А и на С+Д+А. Побочные эффекты фиксировались, были кратковременными, дозы прежние.

**Заключение.** Наличие трихопола в тройных схемах приводит к малоэффективной эрадикации НР-инфекции, а замена трихопола и кларитромицина при резистентности НР другими препаратами делает схемы эрадикации более эффективными.

#### 197. Морфофункциональные исследования больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки, ассоциированной и не ассоциированной с *Helicobacter pylori*

Минушкин О.Н., Зверков И.В., Шиндина Т.С., Володин Д.В.  
УНМЦ УД Президента РФ (каф. гастроэнтерологии), Москва, Россия

**Цель исследования:** изучить показатели кислотной продукции, биологически активных веществ, гормонов крови, G и D клеток желудка и двенадцатиперстной кишки у больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки (ЯБДК), ассоциированной и не ассоциированной с *Helicobacter pylori* (НР).

**Материалы и методы.** Изучены 2 группы больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки: 1-я группа – больные язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки, не ассоциированной с НР; 2-я – больные язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки, ассоциированной с НР. В 1-й группе: БКП – 17 больных, СКП – 13, пепсиноген I – 18; гастрин базальный – 17, стимулированный – 21, простагландин E2 – 9, соматостатин – 12. Во 2-й

группе: БКП – 13 больных, СКП – 15, пепсиноген I – 27; гастрин базальный – 21, стимулированный – 17, простагландин E2 – 18, соматостатин – 9. Количество G и D клеток было изучено у 18 человек 1-й группы и 26 больных 2-й группы. Полученные данные сравнивались с данными пациентов, не страдавших язвенной болезнью, – контрольная группа, которую составили 17 человек.

**Результаты исследования.** Выявлено, что по сравнению с контрольной группой агрессивные свойства желудочного сока в группе больных ЯБДК, как ассоциированной с НР, так и не ассоциированной с НР, выше. Различия достоверны по сравнению с больными контрольной группы по уровню пепсиногена I ( $p < 0,002$  и  $p < 0,02$ ), базального гастрина ( $p < 0,002$  и  $p < 0,02$ ), стимулированного гастрина ( $p < 0,002$  и  $p < 0,02$ ). При сравнении внутри 1-й и 2-й групп достоверных различий не установлено. Защитные свойства у больных 1-й и 2-й групп по сравнению с контрольной группой достоверно ниже по уровню простагландина E2 ( $p < 0,001$  и  $p < 0,001$ ) и в 1-й группе по уровню соматостатина ( $p < 0,05$ ). При сравнении внутри 1-й и 2-й групп простагландин E2 достоверно больше снижен в 1-й группе ( $p < 0,001$ ). Уровень G клеток в двенадцатиперстной кишке в трех группах составил: в контрольной группе  $34,18 \pm 1,46$ , во 2-й группе  $71,0 \pm 10,7$  ( $p < 0,001$ ), в 1-й группе  $67,16 \pm 8,7$  ( $p < 0,001$ ); в пилорическом отделе желудка в трех группах: в контрольной группе составил  $322,0 \pm 18,4$ , во 2-й группе  $380,0 \pm 20,8$  ( $p < 0,001$ ), в 1-й группе  $396,84 \pm 24,15$  ( $p < 0,001$ ); количество D клеток в пилорическом отделе желудка в контрольной группе  $49,94 \pm 2,71$ , в 1-й группе  $38,6 \pm 5,7$ , во 2-й  $37,0 \pm 6,1$ , однако эта разница не достоверна. Достоверной разницы внутри 1-й и 2-й групп выявлено не было.

**Выводы.** 1. Агрессивные свойства желудочного сока у больных язвенной болезнью ДПК повышены независимо от наличия НР. 2. Защитные свойства слизистой в обеих группах снижены, однако у больных ЯБДК, ассоциированной с НР, преимущественно снижен простагландин E2, а у больных ЯБДК, не ассоциированной с НР, снижен уровень и простагландина E2, и соматостатина. 3. В обеих группах наблюдается гиперплазия G клеток в ДПК и ПОЖ.

#### 198. Полипrenoлы. Опыт клинического применения у пациентов с алкогольным циррозом печени (предварительные данные)

Минушкин О.Н., Масловский Л.В., Букшук А.А., Трусов В.Б., Боярко В.В.  
УНМЦ УД президента РФ, Москва, Россия

**Цель исследования:** оценить эффективность и переносимость первого растительного лекарственного препарата, созданного на основе полипrenoлов – гепатопротектора «Ропрен» (компания Solagran Ltd, Австралия), у больных алкогольным циррозом печени.

**Задачи исследования:** оценить выраженность фиброза (определение индекса Боначинни), биохимических показателей, выраженность симптомов нейропатии в соответствии с (НСС; шкал Янга), степень энцефалопатии (цифровой тест), качество жизни (опросник SF-36).

**Материал и методы:** 17 больных алкогольным циррозом печени (класс А по Чайлду-Пью – 2, класс В – 13, класс С – 2), мужчин 10, женщин 7, средний возраст  $(48,0 \pm 8,7)$  года. Препарат назначали в дозе 48 мг 3 раза в день в течение 4 недель.

**Результаты.** Выраженность симптомов нейропатии уменьшалась с  $(1,8 \pm 1,5)$  балла до  $(1,4 \pm 1,6)$  балла (НСС), с  $(8,6 \pm 1,5)$  балла до  $(7,6 \pm 1,9)$  балла (Шкала Янга) ( $p = 0,02$ ). Наблюдали снижение выраженности энцефалопатии по уменьшению времени выполнения цифрового теста с  $(92,1 \pm 47,4)$  с до  $(75,7 \pm 39,2)$  с ( $p = 0,002$ ). Индекс фиброза уменьшался с  $6,6 \pm 1,9$  до  $5,6 \pm 2,5$  ( $p = 0,03$ ); АСТ – с  $(74,9 \pm 54,7)$  Ед. до  $(41,4 \pm 30,3)$  Ед. ( $p = 0,007$ ). Отмечен достоверный рост жизненной активности, ролевого функционирования, обусловленного улучшением эмоционального состояния. Побочных эффектов не наблюдали, переносимость была хорошей.

**Заключение.** Ропрен обладает выраженными гепатопротекторными свойствами, оказывает гармонизирующее влияние на центральную и периферическую нервные системы, приводя к улучшению качества жизни и жизненной активности пациентов. Способность ропрена корректировать соматоневрологические по-

следствия длительного употребления алкоголя – дополнительный аспект клинической эффективности при лечении алкогольного цирроза печени.

#### 199. Прогностическое значение различных осложнений цирроза печени

Мироджов Г.К., Авезов С.А.

Институт гастроэнтерологии АМН МЗ Республики Таджикистан, Душанбе, Таджикистан

**Цель исследования:** оценить прогностическое значение различных осложнений цирроза печени (ЦП).

**Материал и методы.** Проведен 5-летний ретроспективный анализ основных осложнений у 1290 больных циррозом печени. Этиологическими факторами ЦП были: HBV у 688 больных, HCV-инфекция – у 497, злоупотребление алкоголем – у 56, первичный билиарный цирроз имел место у 20 больных, криптогенный – у 49.

**Результаты.** Продолжительность жизни и трехлетняя выживаемость больных зависят от степени компенсации цирроза. Наиболее высокая выживаемость наблюдается у больных ЦП класса А (79%) против 28% класса С по Чайлду-Пью.

Печеночная энцефалопатия и кровотечение из варикозно расширенных вен пищевода служат достоверными критериями прогноза выживаемости больных ЦП. Гепаторенальный синдром, бактериальный перитонит и тромбоз воротной вены являются независимыми факторами риска летальных исходов.

Прогноз при алкогольном ЦП по сравнению с вирусным был более благоприятным, а в среднем продолжительность жизни больных была в 1,9 раза выше.

**Выводы.** Прогноз выживаемости больных ЦП зависит от степени компенсации цирротического процесса. Печеночная энцефалопатия и кровотечение из варикозно расширенных вен пищевода и желудка являются ведущими прогностическими критериями летального исхода больных ЦП.

#### 200. Пути оптимизации антисекреторной терапии язвенной болезни двенадцатиперстной кишки

Миронова В.В.

Тверская ГМА, Россия

**Цель работы:** выделить группы пациентов, нуждающихся в индивидуальном мониторинговании интрагастральной кислотности.

**Материалы и методы.** Обследованы 132 пациента с ЯБДК (мужчин 100, женщин 32; средний возраст (34,8±2,6) года). Все пациенты получали омепразол 40 мг в сутки. Проводилось клинико-лабораторное обследование, эзофагогастродуоденоскопия, суточная интрагастральная pH-метрия на 4-е сутки от начала антисекреторной терапии. Терапия считалась достаточной, если время с pH>3,0 сохранялось не менее 75% суток (18 часов). Все пациенты были разделены на 2 группы: с достаточным эффектом антисекреторной терапии (ДАТ; n=96) и недостаточным (НАТ; n=36).

**Результаты.** В группе НАТ преобладали мужчины моложе 30 лет (отношение шансов ОШ=2,39; доверительный интервал ДИ=1,0-5,73). Осложненное течение ЯБДК напрямую коррелировало с НАТ и было выявлено в этой группе у 24 (67%) пациентов, тогда как в группе ДАТ только у 46 (47%) больных, при этом ОШ составило 2,22, а ДИ=0,98-4,84. В группе НАТ достоверно преобладали пациенты, злоупотребляющие алкоголем, – 24 (67%), а в группе ДАТ – только 45 (46%) больных (ОШ=2,22, ДИ=1,0-4,95). Такие же различия получены при оценке распространенности в группах табакокурения: в группе НАТ регулярное употребление табака отмечали 22 пациента – 61% больных, тогда как в группе ДАТ их было 43 – 44%. (ОШ=1,94, ДИ=0,89-4,23). При ЭГДС в группе НАТ чаще, чем у пациентов группы ДАТ, выявлялись эрозивный эзофагит и гастродуоденит – соответственно у 30 (83%) и 55 (57%) больных. Отношение шансов составило 3,73, ДИ=1,42-9,79.

**Выводы.** В индивидуальном подборе антисекреторных средств под контролем суточной pH-метрии нуждаются молодые мужчины, больные с осложненным течением ЯБДК, злоупотребляющие алкоголем и табаком и пациенты с эрозивным эзофагитом и/или гастродуоденитом, выявленным при ЭГДС.

#### 201. Организация диагностики ГЭРБ в условиях многопрофильного медицинского центра

Митрофанова Т.А., Стародумова Т.А., Немсверидзе Э.Я., Ененкова Е.А.

«СМ-Клиника», Москва, Россия

**Цель:** улучшение качества медицинской помощи пациентам с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью.

**Материалы и методы.** В исследование вошли 22 пациента от 25 до 60 лет с внепищеводными проявлениями ГЭРБ. Все пациенты обращались к отоларингологу с жалобами на сухой кашель, иногда кашель после приема пищи, першение и жжение в горле, чувство инородного тела в горле. Ранее пациенты неоднократно получали курсы лечения по поводу хронических ларингитов, фарингитов, тонзиллитов, риносинуситов, аденоидитов – без эффекта. В 100% случаев проведена ЭГДС с целью исключения рефлюкс-эзофагита.

**Результаты.** Выявлены у 14 пациентов катаральные, эрозивно-язвенные эзофагиты (ГЭРБ 2-4 ст.), у 5 – эндоскопически негативная ГЭРБ, у 3 – пищевод Барретта.

**Выводы.** 1. Всем пациентам с внепищеводными проявлениями ГЭРБ необходимо дообследование у гастроэнтеролога и проведение ЭГДС с целью уточнения диагноза. 2. Обследование пациентов с внепищеводными проявлениями ГЭРБ позволяет выявить такое осложнение, как пищевод Барретта. 3. Использование таких видов обследования позволяет улучшить качество медицинской помощи пациентам с внепищеводными проявлениями ГЭРБ.

#### 202. К прогнозу распространенности заболеваний поджелудочной железы среди населения Удмуртской Республики

Михайлова О.Д.

Ижевская ГМА, Россия

**Цель исследования:** прогнозирование распространенности заболеваний поджелудочной железы (ПЖ) среди населения Удмуртской Республики (УР) на основании изучения данных общей и первичной заболеваемости за период с 2005 по 2009 гг.

**Материал и методы.** Проанализированы данные официальной статистики за 2005-2009 гг., в том числе данные, опубликованные в сборниках «Основные показатели состояния здоровья населения УР». Использованы метод трендового моделирования и статистический метод исследования.

**Результаты.** При анализе заболеваемости по болезням ПЖ выявлены высокие темпы роста: общая заболеваемость увеличилась с 460,5 чел. на 100 тысяч населения в 2005 году до 677,7 чел. на 100 тысяч населения в 2009 году. Одновременно тенденция к росту отмечена в Приволжском федеральном округе (ПФО) и Российской Федерации (РФ) в целом (от 712,4 до 893,9 чел. на 100 тысяч населения и от 584,4 до 693,3 чел. на 100 тысяч населения соответственно). Первичная заболеваемость по болезням ПЖ выросла с 44,6 чел. на 100 тысяч населения в 2005 году до 74,6 чел. на 100 тысяч населения в 2009 году, оставаясь ниже, чем в ПФО и РФ. По результатам проведенного трендового моделирования в ближайшие 5 лет возможно снижение общей заболеваемости среди детей городов УР, в целом же среди городского и сельского населения республики ожидается дальнейший рост как общей, так и первичной заболеваемости по болезням ПЖ, особенно среди детей сельских районов УР.

**Выводы.** Проведенный анализ позволяет прогнозировать рост патологии ПЖ в УР в ближайшие годы, что необходимо учитывать при проведении диспансеризации и профилактических мероприятий.

**203. Изменения холатохолестеролового коэффициента в желчи крыс при действии ацетилсалициловой кислоты**

Можеитова А.А., Нурищенко Н.Е.  
Национальный медицинский университет  
им. О.О. Богомольца, Киев, Украина,  
e-mail: exit\_sm@yahoo.com

Цель исследования: определить изменения холатохолестеролового коэффициента в желчи крыс при условии введения ацетилсалициловой кислоты в порталную вену.

Материалы и методы. Острые опыты проводились на самцах белых лабораторных крыс, предварительно наркотизированных тиопенталом (5 мг/100 г массы тела, КМП ВАТ, Украина), с канюлированным общим желчным протоком. Объемная скорость холереза измерялась 2,5 часа, в течение которых собиралось 5 проб желчи. В каждой пробе определяли количественный состав желчи методом тонкослойной хроматографии. Животным контрольной группы (n=6) в воротную вену вводили физиологический раствор из расчета 0,1 мл на 100 г массы тела животного. Экспериментальной группе (n=6) внутривенно в этом же объеме физиологического раствора вводили ацетилсалициловую кислоту («Sigma», США) в дозе 10 мкг на 100 г массы тела животного.

Результаты. Установлено, что в желчи крыс после применения ацетилсалициловой кислоты увеличивалась концентрация желчных кислот, конъюгированных с таурином, и уменьшалась в течение опыта концентрация гликоконъюгатов и свободных желчных кислот. Такие изменения концентраций приводили к уменьшению миллиграмм-процентного содержания в секрете суммарных желчных кислот в 4-й пробе на 11% (p<0,05) и в 5-й – на 13% в сравнении с контролем (p<0,05). При этом концентрация холестерина возрастала, особенно значимо в конце опыта. Так, в 5-й пробе она увеличилась на 25% (p<0,05) в сравнении с контрольными значениями. Таким образом, холатохолестероловый коэффициент, который рассчитывался как соотношение концентраций суммарных желчных кислот и холестерина, уменьшался в продолжение опыта. Полученные данные свидетельствуют о возрастании литогенности желчи при действии ацетилсалициловой кислоты.

**204. Динамика показателей качества жизни больных глютеновой энтеропатией**

Моисеенко Е.Е., Осипенко М.Ф., Кротов С.А., Бурбик Н.Н., Агеева Т.А.  
Новосибирский ГМУ, ЗАО «Вектор-Бест», Новосибирск, Россия

Цель исследования: сравнительное изучение уровня качества жизни (КЖ) больных глютеновой энтеропатией (ГЭ).

Материалы и методы. У 65 человек (женщин 42, мужчин 23) в возрасте 20-55 лет (средний возраст 32±5,2) года с диагностированной ГЭ оценивались показатели КЖ с помощью русскоязычной версии общего опросника MOS SF-36 сразу после установления диагноза, через 1 и 3 года применения аглютеновой диеты. Группу контроля составили 17 здоровых лиц аналогичного возраста.

Результаты. У всех пациентов исходно выявлено снижение всех показателей КЖ относительно группы контроля: у мужчин преимущественно психического здоровья, а у женщин – социального функционирования при средних колебаниях на (31,2±4,5)% и (29,7±3,9)% соответственно. Через 1 год все показатели ухудшились в обеих группах в среднем на (32,4±3,7)%, но более существенно – у мужчин (p<0,001). В качестве наиболее тревожащего фактора все пациенты отметили необходимость организации и соблюдения аглютеновой диеты. Через 3 года все показатели у 27 пациентов (41,6%) вернулись к первоначальному уровню, а у 38 (58,4%) улучшились на (41,8±4,7)% от исходных.

Выводы. Получены достоверные результаты разнообразной динамики всех показателей КЖ пациентов: ухудшение исходных по сравнению с ГК и через 1 год соблюдения аглютеновой диеты, их возвращение к исходным или улучшение по сравнению с ними через 3 года наблюдения. Особую напряженность у всех пациентов в течение первого года вызвала необходимость организации и соблюдения аглютеновой диеты.

**205. Изменения секреции билиарных липидов при токсическом повреждении печени**

Мороз О.Ф.<sup>1</sup>, Весельский С.П.<sup>2</sup>, Лященко Т.П.<sup>2</sup>  
<sup>1</sup>Национальный медицинский университет  
им. О.О. Богомольца; <sup>2</sup>Киевский национальный  
университет им. Тараса Шевченко, Украина,  
e-mail: olesia.moroz@gmail.com

Цель исследования: установить изменения выделения с желчью основных ее липидных компонентов в условиях токсического поражения печени тетрахлорметаном.

Материалы и методы. Исследования проводились на белых беспородных крысах-самцах (200-250 г). Токсическое повреждение печени моделировали семикратным внутримышечным введением тетрахлорметана (CCl<sub>4</sub>; 0,16 мл/кг). В остром опыте собирали 5 полчасовых проб желчи, регистрировали объемную скорость холесекреции (мл/г массы тела/30 мин) и методом тонкослойной хроматографии определяли концентрацию основных фракций билиарных липидов. Изменения секреции последних оценивали по их абсолютному количеству в желчи (мг/г).

Результаты. У животных после введения CCl<sub>4</sub> наблюдали уменьшение объема выделяемой желчи на 21,9% (p<0,05) на 30-й минуте и на 43,4% (p<0,01) в конце опыта. Дебит фосфолипидов в желчи был меньшим на 32,9% (p<0,05). Экскреция с желчью холестерина по сравнению с таковой у здоровых животных возросла на 52% (p<0,05). Транспорт эфиров холестерина был менее эффективным, поскольку их дебит составлял 47,4-57,8% (p<0,05) от контрольных значений. Абсолютное количество в желчи свободных жирных кислот практически не изменилось. В отличие от контрольной группы животных, у которых билиарная секреция триглицеридов составляет 0,02-0,03 мг/г массы тела, при токсическом повреждении печени этих веществ в желчи не обнаружено.

Выводы. При CCl<sub>4</sub>-индуцированном поражении печени на фоне снижения объемной скорости холереза усиливается выделение с желчью холестерина и уменьшается секреция фосфолипидов, триглицеридов и транспорт эфиров холестерина. Такие изменения липидного состава желчи негативно сказываются на эффективности мицеллообразования и повышают литогенность секрета.

**206. Роль рН-импедансометрии пищевода в определении гастроэзофагеального рефлюкса**

Морозов С.В., Астадурян А.А., Исаков В.А.  
НИИ питания РАМН, Москва, Россия

Введение. Суточная рН-метрия является «золотым стандартом» в диагностике ГЭРБ. Для повышения точности выявления гастроэзофагеального рефлюкса, определения его состава и интенсивности разработана комбинированная система рН-импедансометрии пищевода.

Цель исследования: определить эффективность рН-импедансометрии пищевода в выявлении и определении вида гастроэзофагеального рефлюкса.

Материалы и методы. Обследованы 22 больных ГЭРБ в возрасте от 18 до 69 лет (средний возраст 44,2±5,4 года). Всем больным проводилась суточная рН-импедансометрия пищевода (Ohmega, MMS, Голандия) с использованием многоцветных комбинированных зондов (2 канала рН, 8 каналов импеданс) с внешним электродом сравнения. Зонды устанавливались по стандартной методике, положение пищевода датчика рН соответствовало 5 см выше верхней границы нижнего пищевода сфинктера, определяемой при помощи манометрии пищевода. В ходе исследования проводилось сравнение соответствия выявления эпизодов гастроэзофагеального рефлюкса рН-метрическим датчиком (на основании стандартных критериев: снижение рН в нижней трети пищевода менее 4, более 2 секунд) и комбинированным зондом (рН-импедансометрия).

Результаты. Среднее количество в сутки гастроэзофагеальных рефлюксов, зарегистрированных при помощи рН-метрического датчика, составило (87,2±14,0), а при помощи рН-импедансометрии выявлено (105,4±21,1) гастроэзофагеальных рефлюксов в сутки, p=0,031. Таким образом, количество рефлюксов, выявляе-

мых с использованием рН-импедансометрии оказалось выше на 21% преимущественно за счет слабокислых рефлюксов.

**Выводы.** Использование суточной рН-импедансометрии пищевода позволяет выявить на 20% больше рефлюксов по сравнению со стандартной суточной рН-метрией пищевода.

#### 207. Результаты длительной антицитокиновой терапии у больных рефрактерными формами язвенного колита

Морозова Н.А., Белоусова Е.А.

МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского, Москва, Россия

**Цель исследования:** оценить эффективность индукционного курса инфликсимаба (ИНФ) при рефрактерном язвенном колите (ЯК); определить возможность поддержания ремиссии ИНФ у больных ЯК без стероидов.

**Материалы и методы.** С января 2008 по декабрь 2010 г. в отделении гастроэнтерологии МОНИКИ инфликсимаб получали 37 пациентов с ЯК (женщин 10, мужчин 27) в возрасте от 18 до 62 лет. У 5 пациентов имела место острая форма ЯК, у 10 – рецидивирующая, у 22 – непрерывная. Стероидрезистентность обнаружена у 5 пациентов, у 32 – стероидозависимость. Инфузии ремикейда осуществлялись по схеме: 0 – 2 – 6 неделя (индукционный курс), поддерживающая терапия – 1 инфузия с интервалом в 8 недель в дозе 5 мг/кг. До терапии ремикейдом пациенты получали стероиды (1 мг/кг веса) в сочетании с азатиоприном (2,5 мг/кг). Эффективность лечения оценивали по динамике индекса Мэйо.

**Результаты.** Клинический ответ или ремиссия были достигнуты более чем у 90% больных после индукционного курса ИНФ. Снижение индекса Мэйо по сравнению с исходными значениями составило 1,7-3 раза. Поддерживающую терапию более 3 инфузий (максимально 13 инфузий) каждые 8 недель получали 27 из 37 пациентов. У 26 из них (96,3%) в разные сроки, но не позднее 6-й инфузии (30-я неделя лечения) была достигнута клинико-эндоскопическая ремиссия или значительное улучшение (индекс Мэйо не более 2 баллов). Стероидные гормоны были отменены более чем у 80% больных, получивших более 3 инфузий ИНФ.

**Заключение.** ИНФ обладает высокой эффективностью при ЯК, рефрактерном к другим видам лечения, и позволяет достигнуть ремиссии у подавляющего большинства больных. Возможность отмены стероидов является огромным преимуществом ИНФ.

#### 208. Перспективы лабораторной диагностики и лечения латентных форм вирусных гепатитов В и С

Москалев А.В., Астапенко П.В., Рудой А.С.

Военно-медицинская академия, Санкт-Петербург, Россия, e-mail: sofiam@yandex.ru

**Цель исследования:** оценить информационную эффективность неспецифических маркеров воспаления в выявлении латентных форм вирусного гепатита В и С.

**Материалы и методы.** Были обследованы 115 человек с латентным течением вирусного гепатита В (ВГВ) и 219 человек с латентным течением вирусного гепатита С (ВГС). Специфическую диагностику ВГВ и ВГС осуществляли с помощью диагностических тест-систем фирмы «Вектор-Бест», Новосибирск, методом ИФА; профили цитокинов (IL-1 $\beta$ , IL-2, TNF $\alpha$ , IL-4, IL-6, IL-8, IFN $\gamma$ ) изучали с помощью диагностических наборов ЗАО «Вектор-Бест», Новосибирск, белки системы комплемента C3, C5, уровни неоптерина определяли с помощью наборов ИФА фирмы «IBL» (Германия).

**Результаты.** При скрининговом лабораторном обследовании в большинстве случаев были определены низкие концентрации HBsAg (от 0,5 до 15,8 нг/мл). У пациентов с латентной формой течения ВГС, выявленной при скрининге, были высокие уровни IgG к структурным и неструктурным белкам вируса (значение оптической плотности более 2,0), а показатели авидности суммарных антител к HCV выше 70%. Средние концентрации цитокинов IL-1 $\beta$ , IL-6, IL-8, TNF $\alpha$  и особенно IL-4 в сыворотке крови пациентов с латентными формами ВГВ и ВГС всех групп были достоверно выше аналогичных показателей лиц контрольной группы. Средние

концентрации неоптерина у пациентов с латентными формами ВГВ и ВГС всех групп с высокой достоверностью превышали его средний уровень у лиц контрольной группы.

**Выводы.** Высокие уровни IL-4 играют ключевую роль в регуляции интенсивности воспаления, а повышенные уровни неоптерина повышают диагностическую ценность исследования и тем самым способствуют началу ранней специфической терапии.

#### 209. Роль TGF $\beta$ в иммунопатогенезе эрозивно-язвенных поражений гастродуоденальной области у лиц с недифференцированной дисплазией соединительной ткани

Москалев А.В., Рудой А.С., Астапенко П.В.

Военно-медицинская академия, Санкт-Петербург, Россия, e-mail: sofiam@yandex.ru

**Цель исследования:** оценить динамику уровней трансформирующего ростового фактора  $\beta$  (TGF $\beta$ ) у лиц с наследственными нарушениями соединительной ткани в иммунопатогенезе и прогнозе рецидивов эрозивно-язвенных поражений гастродуоденальной области.

**Материалы и методы.** Обследованы 117 больных с эрозивно-язвенными поражениями гастродуоденальной области, имеющих признаки недифференцированной дисплазии соединительной ткани (НДСТ). Профили TGF $\beta$  определяли с помощью диагностических тест-систем фирмы «Biosource», Бельгия.

**Результаты.** Установлен более высокий уровень TGF $\beta$  у лиц с язвенной болезнью по сравнению с показателями лиц с эрозивной патологией, что может свидетельствовать о высоком уровне метаболизма коллагенсодержащих структур соединительной ткани при язвенном дефекте. При этом уровни TGF $\beta$  были достоверно более низкими в период клинико-эндоскопической ремиссии, что может отражать снижение активности фибрилло- и коллагеногенеза. Установлена незначительная динамика провоспалительных цитокинов в период обострения и ремиссии, что, возможно, является следствием замедленных репаративных процессов в слизистой оболочке.

**Выводы.** Провоспалительные цитокины стимулируют метаболизм соединительной ткани у больных язвенной болезнью с сопутствующей НДСТ в фазе ремиссии. Эти явления имеют, скорее, адаптационно-компенсаторный характер, который стимулирует коллагенообразование. Выявленное снижение уровней TGF в период обострения может свидетельствовать о дефиците фибриллина-1, мутации которого определяют фенотипические проявления ряда наследственных расстройств соединительной ткани, приводящих к хронизации эрозивно-язвенных процессов.

#### 210. Новые клинические аспекты применения прокинетики «Итоприд» в терапии гастроэзофагеальной рефлюксной болезни

Мязин Р.Г.

Волгоградский ГМУ, Россия, e-mail: naclo@mail.ru

**Цель исследования:** изучить действие нового прокинетики «Итоприд» при лечении пациентов с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью (ГЭРБ) в сравнении с прокинетиками, используемыми в настоящее время в клинике.

**Материалы и методы.** В исследование вошли 60 больных с ГЭРБ. Все больные были разделены на две равные группы по 30 человек. Первая группа получала итоприд по 1 таблетке (50 мг) внутрь перед едой 3 раза в день в течение 2 месяцев. Контрольная группа больных получала домперидон по 1 таблетке (10 мг) 3-4 раза в день за 30 минут до еды также в течение 2 месяцев. Все пациенты до лечения предъявляли жалобы на изжогу, отрыжку, дисфагию, тошноту, боли в эпигастрии и за грудиной после еды. Сбор информации проводился с помощью специального опросника со шкалой выраженности симптомов в баллах от 3 (яркая выраженность симптома) до 0 (отсутствие симптоматики).

**Результаты.** Выявлено, что спустя 1 месяц после начала лечения доля пациентов, у которых наступило существенное или умеренное улучшение, составила для группы, получавшей итоприд, 61,0% против 54,3% для контрольной группы, получавшей дом-

перидон. По окончании курса лечения через 2 месяца эффективность, включающая исчезновение или значительное снижение интенсивности болей в эпигастрии и симптомов диспепсии, составила для итوپрида 78,8% против 63,5% для домперидона при меньшем числе побочных эффектов в первой группе.

**Выводы.** Лучшие результаты наблюдались в группе больных, получавших итوپрид. Наилучший среди прокинетики профиль безопасности итوپрида позволяет лечить ГЭРБ так долго, как это нужно (два месяца и более). Применение нового прокинетики «Итوپрид» позволяет уже сегодня достичь значительного прогресса в лечении ГЭРБ, улучшая качество жизни пациентов.

#### **211. Клинико-морфологические изменения при хроническом ишемическом колите**

Мялина Ю.Н., Козлова И.В., Лекарева Л.И.

Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского, Россия

**Цель исследования:** изучить клинико-морфологические особенности толстой кишки у пациентов с атеросклерозом висцеральных ветвей аорты.

**Материалы и методы.** В исследование включены 63 пациента 60-85 лет. АИБ подтверждена доплерографически. Изменения моторной функции определялись с помощью ирригоскопии. Состояние слизистой оболочки толстой кишки (СОТК) оценивалось эндоскопически и морфологически.

**Результаты.** Анализ клинической картины показал: у 54 (85,7%) пациентов отмечался болевой синдром на высоте пищевой нагрузки, у 42 (66,7%) – различной выраженности диспептические нарушения, в 92% случаев пациенты предъявляли жалобы на склонность к запорам (из них у 26% отсутствовал самостоятельный стул).

При атеросклерозе абдоминального отдела аорты и ее ветвей стенозы НБА диагностированы у 42 (66,7%) больных, окклюзии – у 21 (33,3%).

Рентгенологическое исследование толстой кишки выявило изменение пассажа бария по гипомоторному типу в 100% случаев.

При эндоскопическом исследовании СОТК выявили гиперемию, сглаженность сосудистого рисунка, ее зернистость, подслизистые кровоизлияния. Доминировала диффузная атрофия СОТК (60,6% пациентов).

При морфологическом исследовании колонобиоптатов из ректосигмоидного отдела толстой кишки отмечалась гипертрофия мышечного слоя, деформация за счет грубоволокнистого фиброза. Гистологически выявлялась лимфоцитарная инфильтрация СОТК у 92% и плазмоцитарная – у 42,4%. Лимфоцитарная инфильтрация распространялась на всю толщу СОТК. Такая морфологическая картина свидетельствует о длительном неспецифическом воспалительном процессе.

**Выводы.** Неспецифичность клинико-морфологической картины при ишемическом колите диктует обязательное включение в план обследования пациента с абдоминальным синдромом доплерографического исследования висцеральных ветвей аорты.

#### **212. Клинико-функциональные особенности хронического ишемического колита**

Мялина Ю.Н., Козлова И.В., Лекарева Л.И.

Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского, Россия

В последнее время отмечается неуклонный рост ишемических повреждений ЖКТ, приводящих к абдоминальному синдрому, морфологическим и функциональным изменениям в кровоснабжаемых органах. Наиболее частый вариант абдоминальной ишемической болезни (АИБ) – хронический ишемический колит.

**Цель исследования:** изучить клинико-морфологические особенности толстой кишки у пациентов с атеросклерозом висцеральных ветвей аорты.

**Материалы и методы.** В исследование включены 63 пациента в возрасте от 60 до 85 лет, из них женщин 42 (66,7%), мужчин 21 (33,3%). АИБ диагностирована доплерографической визуализацией брюшной аорты и ее ветвей. В группу сравнения вошли пациенты соответствующей возрастной категории без атеросклеротического поражения брюшной аорты и ее ветвей.

**Результаты.** У 54 (85,7%) пациентов с ишемическим колитом отмечался болевой синдром на высоте пищевой нагрузки, у 42 (66,7%) – различной выраженности диспептические нарушения, в 92% случаев пациенты предъявляли жалобы на склонность к запорам (из них у 26% отсутствовал самостоятельный стул).

При АИБ стенозы нижней брыжеечной артерии (НБА) диагностированы у 42 (66,7%) больных, окклюзии – у 21 (33,3%).

Доплерографически определено: толщина стенки НБА в среднем составила 1,4 мм. Скорость кровотока при стенозах увеличивалась сразу за сужением и составляла  $(0,66 \pm 0,01)$  м/с. Объемный кровоток уменьшался при гемодинамически незначимых стенозах нижней брыжеечной артерии до  $(0,070 \pm 0,002)$  л/мин ( $p < 0,001$ ). При окклюзиях максимальная скорость кровотока снижалась до  $(0,012 \pm 0,050)$  м/с ( $p < 0,001$ ), объемный кровоток уменьшался до  $(0,009 \pm 0,020)$  л/мин ( $p < 0,001$ ).

**Выводы.** При ишемическом колите, в первую очередь, нарушается микроциркуляция в селезеночном изгибе и проксимальном отделе сигмовидной кишки, что согласуется с литературными данными. Своевременная диагностика ишемического колита позволит предотвратить фатальные осложнения.



## Н

**213. Фитолон – пребиотик на основе медного комплекса хлорофилла**

Некрасова В.Б.

Государственная лесотехническая академия, Санкт-Петербург, Россия, e-mail: fitolonmed@yandex.ru

**Цель исследования:** использовать пребиотик «Фитолон», представляющий собой медный комплекс хлорофилла (МПХ) в составе липидного концентрата из ламинарии или хвои сосны и ели.

На основе фундаментальных исследований Лесотехнической академии фирма «Фитолон-Мед» производит хлорофиллсодержащие БАД и пищевые продукты. Эта продукция применяется для профилактики и в комплексных схемах лечения ряда заболеваний в качестве адаптогенов, иммуномодуляторов, средств, способствующих кроветворению, а также в качестве эффективных пребиотиков, подавляющих патогенную микрофлору и способствующих росту нормофлоры. «Фитолон» выпускается в различных товарных формах: таблетки, капсулы, сироп, масло, капли. Продукт испытан в ведущих медицинских центрах Петербурга для профилактики и в качестве вспомогательного средства в комплексных схемах лечения ряда заболеваний.

Сироп «Фитолон» – пищевой продукт, содержащий МПХ, яблочный пектин, экстракты мяты и душицы, сахар (для диабетиков фруктоза). В отделении острых кишечных инфекций Детской инфекционной больницы № 5 им. Н.Ф. Филатова было показано, что при совместном использовании жидкого пробиотика «Нарине-Форте» и сиропа «Фитолон» в комплексной терапии кишечных инфекций у детей достигнуто быстрое и полное исчезновение таких проявлений, как снижение аппетита, боли в животе, жидкого стула. Выраженный бифидогенный эффект достигается при совместном применении «Нарине-форте» и «Фитолона»: нормализуется кишечная микрофлора, восстанавливается нормальное количество кишечной палочки, исчезают ее патогенные формы, кокковые формы (золотистый стафилококк), протей и клебсиелла. Продукты особенно показаны в комплексной коррекции дисбиоза ротавирусной, аденовирусной и другой вирусной этиологии.

**214. Эрадикация пилорического хеликобактера (Нр) с использованием увеличенной дозы ингибиторов протонной помпы (ИПП) и пробиотиков у больных с язвой двенадцатиперстной кишки (ДПК)**

Немцов В.И.

Санкт-Петербургский ГМУ им. акад. И.П. Павлова, Россия

**Цель исследования:** определить возможность повышения эффективности эрадикационной терапии на фоне растущей резистентности Нр к антибактериальным средствам с помощью использования повышенной дозы ИПП и добавления пробиотиков с известной антихеликобактерной активностью.

**Материалы и методы.** 15 амбулаторных больных с неосложненной язвой ДПК и доказанным носительством Нр (быстрым уреазным тестом при ФЭГДС) получали в течение 10 дней антибактериальные препараты (амоксциллин 2 г/сут + макмирор 800 мг/сут или фуразолидон 400 мг/сут) и препарат висмута трикалия дицитрат 480 мг/сут на фоне омепразола в дозе 40 мг 2 раза в сутки и различных пробиотиков, содержащих виды с определенной антихеликобактерной активностью (*Lactobacillus rhamnosis* GG (L-GG), *L. gasseri*). После курса антибактериальной терапии больные продолжали получать до месяца препарат висмута трикалия дицитрат и пробиотик. Контрольное определение Нр проводилось не ранее 8 недель после окончания курса антибактериальной терапии (дыхательный уреазный тест или у некоторых больных уреазный тест при ФЭГДС).

**Результаты и обсуждение.** Язвенный дефект зарубцевался у всех больных; у 13 больных (86%) произошла эрадикация Нр; у других 2 больных уменьшилась степень обсемененности с (+++) до (+). Мы считаем целесообразным использовать двойную дозу ИПП в схемах эрадикационной терапии и дополнить эти схемы

пробиотиком с антихеликобактерной активностью, который следует применять не меньше месяца, как и препарат висмута.

**215. Роль биопсии печени в исследовании хронического гепатита С**

Непомнящих Г.И., Айдагулова С.В., Бакарев М.А., Постникова О.А., Непомнящих Д.Л.

НИИ региональной патологии и патоморфологии СО РАМН, Новосибирск, Россия, e-mail: gi\_nepom@soramn.ru

**Цель исследования:** комплексный клинко-морфологический анализ хронического гепатита С и В с оценкой состояния популяции гепатоцитов.

**Материал и методы.** Исследованы биоптаты от 285 пациентов, из которых 199 с хронической HCV-инфекцией, 86 – с микст-инфекцией (HCV+HBV).

**Результаты.** Установлено, что в развитии фиброза и цирроза печени при HCV- и HBV-инфекции ведущую роль играет уменьшение численности популяции гепатоцитов с последующей «дисфункцией» пространств Диссе и фиброгенной активацией звездчатых клеток.

Впервые при изучении фиброзных изменений печени при HCV-инфекции показана возможность редукции фиброза и представлен один из механизмов резорбции коллагеновых фибрилл – экспрессия макрофагальных свойств гепатоцитов, их способность участвовать в эндоцитозе экстрацеллюлярного матрикса.

Показано, что степень активности HCV-инфекции не зависит от репликации вируса и уровня вирусемии – наличие РНК вируса гепатита С в образцах крови и/или ткани печени и число инфицированных гепатоцитов (по экспрессии NS3Ag HCV) не имеют достоверной связи со степенью активности инфекционного процесса (по структурным изменениям печени и клинко-биохимическим тестам). Сформулирована концепция антивирусной стратегии гепатоцитов при HCV-инфекции, которая включает в себя снижение биосинтетических реакций гепатоцита и обусловленное этим торможение репликации вируса, фокальную деградацию цитоплазматического компартмента инфицированных клеток, экзоцитоз («санацию») с элиминацией вирусных частиц и последующую внутриклеточную регенерацию.

**216. Использование мебеверина в лечении билиарной дисфункции у больных хроническим вирусным гепатитом С**

Неронов В.А., Чернышев А.Л., Максимов В.А., Ледянкина Л.Н., Пестова А.Е.

МНТО «Гранит», Москва, Россия

**Цель:** изучить эффективность использования мебеверина у больных хроническим вирусным гепатитом С (HCV).

**Материалы и методы.** Обследованы 114 больных, диагноз был серологически верифицирован с помощью ИФА-исследования и метода ПЦР. Средний возраст больных составил (31,0±9,5) года. Изучение моторной функции билиарного тракта проводилось методом этапного хроматического дуоденального зондирования. Все больные получали лечение мебеверин в суточной дозировке 400 мг на двукратный прием месячным курсом.

**Результаты.** До лечения у больных HCV были выявлены следующие нарушения моторной функции билиарного тракта: гипертонус сфинктера Одди у 84 (73,7%) HCV, гипотонус – у 7 (6,1%), у 23 (20,2%) больных сфинктер Одди функционировал нормально. Гипертонус сфинктера Люткенса отмечен у 79 (69,3%) больных, гипотонус – у 6 (5,3%), у 29 (25,4%) обследованных тонус сфинктера Люткенса был в норме. Повышение объема пузырной желчи выявлено у 19 (16,7%) носителей, снижение – у 64 (56,1%), у 31 (27,2%) обследованного объем пузырной желчи был в пределах нормы. Сократительная функция желчного пузыря была повышена у 57 (50%) больных, снижена у 33 (28,9%), была в пределах нормы у 24 (21,1%). Спустя месяц после проведенного курсового лечения, выявлено достоверное улучшение моторики билиарного тракта, а именно: гипертонус сфинктера Одди после курса лечения выявлен у 41 (36%) больного, гипертонус сфинктера Люткенса после курсовой терапии наблюдался у 38 (33,3%) HCV. Достоверных

изменений в работе желчного пузыря выявлено не было, хотя также отмечена тенденция к нормализации сократительной функции стенок желчного пузыря.

**Выводы.** У больных HCV для лечения расстройств билиарного тракта целесообразно использовать мебеверин в суточной дозировке 400 мг на двукратный прием месячным курсом.

#### 217. Использование специализированного тест-опросника GSRS в оценке качества жизни HBsAg-носителей

Неронов В.А., Чернышев А.Л., Максимов В.А.,  
Шелемов Е.Е., Зеленцов С.Н.  
МНТО «Гранит», Москва, Россия

**Цель:** изучить качество жизни (КЖ) у HBsAg носителей с помощью специализированного тест-опросника GSRS.

**Материалы и методы.** Обследованы 123 человека. Мужчин было 65, женщин 58. Средний возраст HBsAg-носителей составил (28,0±8,5) года. Повышение уровня АлАТ более чем в 2 раза выявлено у 74 (60,2%) HBsAg-носителей и составило в среднем (48±27) ед., повышение уровня АсАТ наблюдалось у 69 (56,1%) больных, средний уровень составил (39±18) ед., коэффициент АлАТ/АсАТ имел значение 1,23. Повышение уровня щелочной фосфатазы было выявлено у 67 (54,5%) больных, значение этого показателя составило в среднем (286±124) ед. У всех обследованных был выявлен HBsAg, ДНК HBV в крови отсутствовала. Оценка КЖ проводилась с помощью адаптированного и рекомендованного к использованию Межнациональным центром по исследованию КЖ русскоязычного опросника GSRS. Контрольную группу составили 86 здоровых человек, являющихся социальными сопоставимыми с исследуемой группой HBsAg-носителей (мужчин 54, женщин 32). Средний возраст в контрольной группе составил (36,0±8,5) года. Полученные результаты опроса в контрольной группе были сопоставимы с данными, полученными при пилотной оценке КЖ по опроснику GSRS у 2114 здоровых жителей города Санкт-Петербурга.

**Результаты.** У HBsAg-носителей при использовании специализированного опросника GSRS выявлено достоверное отклонение по следующим шкалам: «диспептический синдром» (11,2±3,3;  $p<0,05$ ), «синдром гастроэзофагеального рефлюкса» (7,2±1,8;  $p<0,05$ ) и «обстипационный синдром» (7,5±1,8;  $p<0,05$ ).

**Выводы.** У HBsAg-носителей выявлено снижение уровня КЖ, выражающееся в виде снижения показателей по трем из шести используемых шкал. Таким образом, специализированный опросник GSRS является валидным и может быть использован при изучении КЖ у HBsAg-носителей.

#### 218. Сравнительная характеристика антимикробного действия экзометаболитов пробиотических штаммов бактерий

Несчислаев В.А.<sup>1</sup>, Крылова Т.В.<sup>1</sup>, Чистохина Л.П.<sup>1</sup>,  
Валиева Е.М.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Филиал НПО «Микроген» «Пермское НПО «Биомед»,

<sup>2</sup>Казанский ГМУ, Россия, e-mail: neschislavew@gmail.com

**Цель исследования:** сравнить антибактериальную активность микро- и ультрафильтратов культуральных жидкостей лакто- и бифидобактерий производственных штаммов, содержащих комплекс биологически активных экзометаболитов.

**Методы.** Использовали экспресс-тест ингибирования биолюминесценции генноинженерного штамма *E. coli lum<sup>+</sup>* (патент РФ № 2187801, 1999).

**Результаты.** Установлено, что метаболитные комплексы всех исследованных штаммов (*Lactobacillus plantarum*, *L. acidophilus* и *Bifidobacterium bifidum*) угнетают свечение *E. coli lum<sup>+</sup>* уже через 10 минут совместного инкубирования. Фракции, отличающиеся по верхней границе диапазона молекулярной массы в пределах от 5 до 300 кДа, показали сходную активность, что подтверждает низкомолекулярную структуру антибактериальных метаболитов. Выявлена аналогичная динамика антимикробного действия метаболитных комплексов лакто- и бифидобактерий и комплексного метаболитного пробиотика «Хилак форте». Все исследованные препараты через 24 часа полностью угнетали свечение тест-

штамма. Показан дозозависимый эффект при ингибировании биолюминесценции.

**Вывод.** Метаболитные комплексы лакто- и бифидобактерий производственных штаммов, обладающие антибактериальной активностью, могут быть использованы при создании пробиотических препаратов для лечения кишечных инфекций и нормализации состава микробиоценоза организма человека.

#### 219. К вопросу о терапевтическом потенциале и вариантах аппликации метаболитов

Несчислаев В.А., Крылова Т.В., Чистохина Л.П.,  
Соснина О.Ю., Петровских В.П.  
Филиал НПО «Микроген» Пермское НПО «Биомед»,  
Россия, e-mail: neschislavew@gmail.com

Расширение сферы применения пробиотических препаратов является объективным процессом, отражающим совокупность теоретических и практических достижений микробной экологии человека. Изучение терапевтического потенциала метаболитных пробиотиков предполагает не только разработку более широкой линейки лекарственных форм, но и потенциально новые подходы по аппликации этих препаратов. Эксперименты *in vivo*, выявившие высокую эффективность протективного действия метаболитных комплексов лактобактерий при радиационно-термических поражениях, подтверждают целесообразность исследований по созданию метаболитов для парентерального введения.

Метаболитные комплексы выделяли с помощью ультра- и микрофильтрации из культуральной жидкости лактобактерий и подвергали термической обработке, которая позволяет сочетать эффект стерилизации и повышения биологической активности. Полученные образцы, отличающиеся по молекулярной массе и составу компонентов, исследовали с помощью LAL-теста и на наличие пирогенов по стандартным методикам.

Экспериментальные данные свидетельствуют, что по бактериотропной составляющей специфической активности выявлены определенные различия между полученными образцами. Отсутствие пирогенов и экзотоксинов отмечено в образцах, полученных на разделительных аппаратах с отсекающей способностью на уровне не выше 15 кДа.

Таким образом, ультрафильтрация как технологический прием может быть использована при получении метаболитов для парентерального введения.

#### 220. К вопросу об использовании иммобилизованных клеток в производстве пробиотиков

Несчислаев В.А., Столбова М.Г., Красильников И.В.,  
Лыско К.А.  
НПО «Микроген», Москва, Пермь, Россия,  
e-mail: neschislavew@gmail.com

Одним из перспективных направлений развития производства пробиотиков является конструирование препаратов на основе иммобилизованных на различных сорбентах клетках, в том числе производственных штаммов лакто- и бифидобактерий.

Использование иммобилизации бактерий предполагает достижение технологического и терапевтического эффектов. Адсорбированные клетки, как правило, более устойчивы к воздействию неблагоприятных факторов. Они лучше сохраняют жизнеспособность при лиофилизации, в процессе манипуляций с сухой биомассой и при хранении препарата. При приеме препарата иммобилизованные бактерии менее чувствительны к воздействию желудочного сока и желчи.

С целью сравнительного изучения влияния иммобилизации на сохранность и свойства лакто- и бифидобактерий было проведено сорбирование клеток производственных штаммов на следующие носители: экстракт бересты сухой (БЭС), гель гидроксида алюминия, гомогенат бурых водорослей (фукус, ламинария), коллагеновый белок. Исследована стабильность и устойчивость иммобилизованных клеток к действию биологических жидкостей и абиотических факторов.

Результаты исследований показали различия в реальных эффектах иммобилизации клеток, определяемые природой сорбента. Уста-

новлено, что БЭС и варианты коллагенового белка не оказывают протективное действие в среде желудочного сока и желчи. Сорбенты на основе бурых водорослей проявляют выраженный защитный эффект, который был связан с устойчивостью клеток к антибиотическим факторам в ходе технологических операций. Таким образом, сорбенты на основе бурых водорослей можно считать перспективными для производства пробиотических препаратов на основе иммобилизованных клеток.

## 221. Место препарата «Флит фосфо-сода» в подготовке толстой кишки к колоноскопии

Никифоров П.А., Бурков С.Г., Кутепова С.Ю.,  
Морозова С.В., Тарасова А.Ю.  
УД Президента РФ, Клинический госпиталь ФТС РФ,  
Москва Россия

В настоящее время наиболее распространенным и эффективным способом подготовки к колоноскопии является лаважный метод с назначением различных слабительных средств для антеградной очистки кишечника, к которым относятся препараты на основе полиэтиленгликоля (в нашей стране «Фортранс») и препарат «Флит фосфо-сода», представляющий собой гипреосмолярный раствор фосфата натрия. Мы располагаем опытом десятилетнего использования фортранса в качестве средства для подготовки к колоноскопии.

Результаты применения этого средства у 456 пациентов стационаров и поликлиник в возрасте от 29 до 82 лет позволили достигнуть хорошего и отличного результата в 72% случаев, удовлетворительного – в 22%. Снижение качества подготовки у части пациентов было связано с приемом неполной дозы препарата. Применение фортранса в режиме двукратного приема (вечер-утро) позволило получить хороший и отличный результат у 95% больных. Препарат «Флит фосфо-сода» был использован нами у 98 больных. Показанием для проведения колоноскопии являлись диспансеризация и динамическое наблюдение (26%), обследование по поводу появления клинических признаков заболевания (35%), проведение эндоскопической полипэктомии (24%), подготовка к операции (15%). При назначении препарата учитывались ограничения и возможные побочные эффекты, связанные с его приемом. В 62% случаев использовался «утренний» прием препарата. Результаты подготовки оценивались по четырем степеням градации в зависимости от данных колоноскопии, касающихся наличия остаточной жидкости и каловых масс в просвете толстой кишки. Отличная подготовка достигнута в 30% случаев, хорошая – в 57%, удовлетворительная – в 11% и плохая – в 2% случаев. В результате колоноскопии в 31% случаев патологических изменений выявлено не было, в 12% имели место дивертикулы, в 26% случаев полипы, в 2,5% эрозивный колит, в 2,5% рак толстой кишки, в 13% признаки дискинезии, в 13% – атрофический колит. В качестве побочных явлений 13% пациентов отметили жажду, 6% – колики и боли в животе, не мешающие подготовке. У 2 больных (2%) развился понос, сопровождаемый электролитными изменениями в плазме крови (гипокалиемия). Положительное субъективное отношение к данному способу подготовки, касающееся, прежде всего, необходимого объема принимаемой жидкости, высказала большая часть пациентов. Таким образом, результаты применения препарата «Флит фосфо-сода» позволяют считать его эффективным средством подготовки к колоноскопии, сопоставимым с другими существующими методами и обладающим определенными преимуществами, дающими возможность оптимизировать процесс подготовки кишечника к колоноскопии и операциям.

## 222. Эпидемиология воспалительных заболеваний кишечника в Московской области

Никулина И.В., Белоусова Е.А., Никитина Н.В.,  
Великанов Е.В.  
МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского, Москва, Россия

**Цель:** изучение эпидемиологических тенденций воспалительных заболеваний кишечника (ВЗК) в Московской области (МО).

**Методы.** Исследование проводилось в МО (5 200 000 взрослого населения). В 1981-1996 гг. исследование было ретроспектив-

ным, а в 1997-2009 гг. проспективным. Изучали заболеваемость, распространенность и смертность для язвенного колита (ЯК) и болезни Крона (БК) и их демографические и клинические характеристики.

**Результаты.** Выявлен 1421 пациент с ЯК (М/Ж=689/732, средний возраст 34,7 года – от 18 до 79 лет) и 246 пациентов с БК (М/Ж=109/137, средний возраст 29,4 года – от 18 до 65 лет). Пик начала ЯК приходился на интервал 20-29 лет, а БК – 30-39 лет.

**ЯК.** Распространенность – 27,3/10<sup>5</sup> (город/село=3/1, М/Ж=0,97/1), заболеваемость увеличилась с 0,6/10<sup>5</sup> в 1981-1984 гг. до 2,2/10<sup>5</sup> в 2006-2009 гг. Тотальный ЯК – 36%, левосторонний – 28,8%, дистальный – 35,1%. Распределение по тяжести: тяжелое течение – 24% больных, средней тяжести – 49,3%, легкое – 26,7%. Осложнения выявлены у 21% пациентов, смертность составила 0,1/10<sup>5</sup>, произведено 11,2% операций.

**БК.** Распространенность – 4,1/10<sup>5</sup> (город/село=3/1, М/Ж=0,89/1), заболеваемость выросла с 0,13/10<sup>5</sup> в 1981-1984 гг. до 0,8/10<sup>5</sup> в 2006-2009 гг. Терминальный илеит составил 34,4% случаев, илеоколит – 22,2%, колит – 41,2%, БК верхних отделов ЖКТ – 1,2%. Тяжелое течение было у 45% пациентов, средней тяжести – у 47%, легкое – у 8%. Осложнения выявлены в 54,9% случаев, смертность составила 0,1/10<sup>5</sup>, оперированы 22% больных.

**Заключение.** Заболеваемость ВЗК в МО постоянно растет, хотя в меньшей мере, чем в других регионах. Заболеваемость БК возрастает быстрее, чем ЯК, и соотношение ЯК/БК уменьшилось за 20 лет почти в 3 раза. Выявлены следующие эпидемиологические тенденции: 1) высокая частота осложнений, 2) преобладание тяжелых и среднетяжелых форм ВЗК, 3) соотношение М/Ж, город/село и возраст начала заболевания соответствуют общемировым показателям.

## 223. Минилапаротомия при остром холецистите у пожилых

Нишанов Ф.Н., Абдуллаев У.У., Хакимов О.С.,  
Бозоров Н.Э.

Андижанский медицинский институт, Узбекистан

**Цель:** сравнить результаты минилапаротомной и лапароскопической холецистэктомии в лечении острого холецистита у больных старших возрастных групп.

**Материалы и методы.** Нами изучены результаты оперативных вмешательств у 168 пациентов по поводу острого холецистита. Все оперированные были старше 60 лет. В зависимости от способа оперативного доступа больные распределены на 2 сравнимые группы. В первой группе 62 (36,9%) пациента оперированы лапароскопическим доступом, при этом конверсия имела место у 5 (8,1%) пациентов при диагностировании гангренозных форм острого холецистита, в результате интраоперационного повреждения края печени и возникшего кровотечения.

**Результаты.** Послеоперационные осложнения в виде нагноения области умбиликального прокола диагностированы у 8 (12,1%) больных, подкожная эмфизема – у 5 (8,1%). Бронхолегочные осложнения наблюдали у 14 (22,6%) пациентов. Во второй группе 106 (63,1%) больных оперированы минилапаротомным доступом в правом подреберье, при этом в 6 (5,7%) случаях ввиду инфильтративного и грубого рубцово-спаечного процесса, отсутствия нормальной анатомии и топографии желчного пузыря операционная рана расширена до традиционного варианта.

В послеоперационном периоде в этой группе отмечались следующие осложнения: нагноение послеоперационной раны – у 7 (6,7%) больных, желчный свищ – у 3 (2,9%), бронхолегочные осложнения – у 9 (8,5%) больных.

**Вывод.** Сравнительный клинический анализ результатов применения малоинвазивных доступов в хирургическом лечении острого калькулезного холецистита показывает, что холецистэктомия из минилапаротомного доступа служит операцией выбора в ситуациях, когда лапароскопическая холецистэктомия противопоказана.

## 224. Метод хирургического лечения рецидивного эхинококкоза печени

Нишанов Ф.Н., Отакузиев А.З., Абдуллажонов Б.Р.,  
Нишанов М.Ф.  
Андижанский медицинский институт, Узбекистан

**Цель:** улучшение результатов хирургического лечения рецидивного и диссеминированного эхинококкоза печени (РДЭП) на основе совершенствования диагностики, лечебной тактики и способов оперативного лечения.

**Материалы и методы.** За период с 1998 по 2008 годы на базе кафедры хирургических болезней 6-7 курсов АГМИ находились 116 больных, перенесших оперативные вмешательства по поводу РДЭП. РЭП выявлен у 78 больных, у 38 рецидивы с диссеминацией эхинококкоза печени. Тщательному анализу подвергнуты 64 (55,1%) больных женского пола в возрасте 19-44 лет. При локализации кист в сегментах VI-VII-VIII пользовались косым правоподреберным доступом (33). Верхнесрединный доступ использовали при локализации в III-IV сегментах у 9 больных, при поражении всех сегментов – у 2, при комбинированном поражении III-IV-VII-VIII сегментов и органов брюшной полости – у 14, при поражении IV-V – в 5 случаях, при поражении только II сегмента – в 1.

Ликвидации кист осуществляли открытыми и закрытыми способами или сочетанными методами. Обработку остаточных полостей осуществляли комплексно: горячим фурацилином, 96% спиртом, 2% формалином, 5% йодной настойкой. В до- и послеоперационном периоде назначали альбендазол и мебендазол по разработанной в клинике схеме.

**Результаты.** На 64 операции послеоперационные осложнения развились у 6 (9,4%) больных. Осложнения общего характера диагностированы у 4 больных. Осложнения местного характера имели место у 2 больных.

**Вывод.** Таким образом, ранняя диагностика эхинококкоза, выполнение операции в специализированных стационарах, комплексная обработка остаточных полостей, химиотерапия до и после операции позволяют существенно улучшить результаты лечения эхинококкоза печени у женщин, снижая риск инвалидизации в послеоперационном периоде.

## 225. Дренирование желчных протоков при желчнокаменной болезни, осложненной механической желтухой

Нишанов Ф.Н., Таджибаев Ш.А., Нишанов М.Ф., Ахунов З.  
Андижанский медицинский институт, Узбекистан

**Цель:** определить место и роль различных способов дренирования в профилактике ранних послеоперационных осложнений в хирургии желчнокаменной болезни (ЖКБ), осложненной механической желтухой (МЖ).

**Материал и методы.** Под наблюдением находились 56 пациентов (мужчин 25 (44,6%), женщин 31 (55,4%), возраст от 18 до 78 лет). Использованы две методики: 1. Методика назобилиарного дренирования (НБД) + «каркасный» дренаж в 10 (17,9%) случаях. 2. Методика «каркасный» дренаж + НГДЗ декомпрессия в 11 (19,6%) случаях. В 35 (62,5%) случаях использованы различные методики наружного и внутреннего дренирования.

**Результаты и выводы.** При комбинации НБД + «каркасный» дренаж расположение дренажей дает возможность функционально охватить не только область анастомоза, но и желудок и двенадцатиперстную кишку.

При комбинации «каркасный» дренаж + назогастродуоденальная декомпрессия расположение дренажей дает возможность упростить технику декомпрессии, не снижая при этом ее эффективность. А если учесть, что при благоприятном течении послеоперационного периода НГДЗ удаляли на 3-4 сутки после появления перистальтики кишечника, что значительно уменьшало чувство дискомфорта больных.

В целом, при применении комбинированных методик декомпрессии желчеотводящих анастомозов мы не наблюдали случаев несостоятельности швов анастомоза, желчного перитонита или подпеченочного абсцесса. Ранние послеоперационные осложне-

ния составили 7,1% и не были связаны с техникой операции. Летальных исходов не было.

**Вывод.** Сопоставление методик наружного и внутреннего комбинированного дренирования внепеченочных желчных путей при ЖКБ, осложненной МЖ, показывает преимущества последнего. В связи с этим от методики наружного дренирования холедоха мы полностью отказались.

## 226. Инвагинационный метод ликвидации остаточной полости при эхинококкэктомии печени

Нишанов Ф.Н., Хакимов О.С., Отакузиев А.З.,  
Абдуллажонов Б.Р.  
Андижанский медицинский институт, Узбекистан

**Целью** настоящего исследования явилось улучшение результатов лечения эхинококкоза печени.

**Материалы и методы.** За период с 2000 по 2008 годы на базе кафедры хирургических болезней 6-7 курса АГМИ по поводу эхинококковой болезни печени прооперированы 238 больных, у которых использованы различные способы ликвидации остаточной полости после эхинококкэктомии печени.

По методике выполненных операции мы разделили исследуемых больных на две сравниваемые группы: I группа – это пациенты, перенесшие традиционные оперативные вмешательства по поводу эхинококкоза печени (n=122) и II группа – пациенты, у которых применен инвагинационный метод ликвидации остаточной полости (n=116). Техника операции довольно проста и состоит из следующих этапов. Формирование доступа с ревизией, создание и ограничение оперативного пространства, вскрытие кисты и удаление ее содержимого, обработка полости кисты, ликвидация полости кисты методом инвагинации (сшивание фиброзной капсулы выворачиванием вовнутрь).

**Результаты.** Для клинической оценки различных способов оперативного лечения эхинококкоза печени произведен анализ осложнений в раннем и позднем послеоперационном периоде в I и во II группах пациентов. В I группе, где были использованы общепринятые методики оперирования, нагноение с образованием остаточной полости отмечено у 14 (11,5%) больных.

Анализ во II группе показал преимущества и эффективность инвагинационного метода ликвидации полости паразита, нагноение с образованием остаточной полости имело место у 4 (3,5%) пациентов.

**Вывод.** Таким образом, анализ результатов в сравниваемых группах показал эффективность инвагинационного способа ликвидации остаточной полости при эхинококкэктомии печени.

## 227. Опыт использования тестов «ColonView» для определения гемоглобина и тестов «ColonView» для определения комплекса гемоглобин/гаптоглобин в стуле при диагностике кишечных кровотечений у детей

Новикова В.П.<sup>1</sup>, Григорян Т.М.<sup>2</sup>, Фадеева Д.В.<sup>2</sup>,  
Панова Т.Ф.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>СПбГПМА, <sup>2</sup>Ленинградская областная детская клиническая больница, Санкт-Петербург, Россия

**Цель исследования:** изучить эффективность новых тестов «ColonView» для определения гемоглобина и тестов «ColonView» для определения комплекса гемоглобин/гаптоглобин в стуле при диагностике кишечных кровотечений у детей.

**Материалы и методы.** Проведено 16 исследований у детей с воспалительными заболеваниями кишечника в стадии ремиссии (группа 1) и 30 исследований у детей с анемией неясной этиологии (группа 2). Использовали визуальный иммунохроматографический экспресс-тест «ColonView» для качественного обнаружения гемоглобина человека в образцах кала в группе 1 и экспресс-тест «ColonView» для качественного обнаружения гемоглобин-гаптоглобинового комплекса в образцах кала в группе 2. В ходе тестов гемоглобин или гемоглобин-гаптоглобиновый комплекс распознаются посредством специфических реакций с антителами. Особенностью тестов является высокая специфичность и отсутствие необходимости использования диеты для обследования.

**Результаты.** В обеих группах исследования во всех случаях отмечалось совпадение положительных результатов тестов и данных инструментальных (эндоскопических и, в одном из случаев, лапароскопического) исследований.

**Выводы.** Новые тесты «ColonView» для определения гемоглобина и тесты для определения комплекса гемоглобин/гаптоглобин в стуле могут быть рекомендованы при экспресс-диагностике кишечных кровотечений у детей.

## 228. Распространенность инфекции *Helicobacter pylori* среди населения Санкт-Петербурга

Новикова В.П.<sup>1</sup>, Цех О.М.<sup>1</sup>, Барышникова Н.В.<sup>2</sup>,

Смирнова А.С.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>СПбГПМА, <sup>2</sup>СПбГМА им. И.И. Мечникова, Россия

**Цель исследования:** определить распространенность инфекции *Helicobacter pylori* у больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки и здоровых добровольцев в Санкт-Петербурге.

**Материалы и методы.** Были обследованы 152 пациента с язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки (ЯБДК) и 200 здоровых добровольцев без каких-либо жалоб со стороны желудочно-кишечного тракта. Для верификации наличия инфекции *H. pylori* использовался неинвазивный дыхательный тест – Хелик-тест с мочевиной (Ассоциация медицины и аналитики, Санкт-Петербург), основанный на оценке концентрации аммония в выдыхаемом воздухе ротовой полости после приема пациентом порции карбамида (500 мг).

**Результаты.** *H. pylori* выявлялся у 148 обследованных (74%) здоровых добровольцев и у 125 (82,2%) пациентов с ЯБДК.

**Выводы.** *H. pylori* чаще встречается у пациентов с ЯБДК, чем у здоровых добровольцев в Санкт-Петербурге. Однако высокая распространенность инфекции *H. pylori* у здоровых добровольцев диктует необходимость проведения расширенного скринингового обследования популяции жителей Санкт-Петербурга для раннего выявления инфекции и своевременного назначения эрадикационной терапии *H. pylori*-позитивным лицам. Это поможет предотвратить развитие клинически значимых *H. pylori*-ассоциированных заболеваний и рака желудка.

## 229. Результаты применения препарата «Цитохром С» у больных хроническим гепатитом различной этиологии

Носикова Е.В., Иванова С.В.

СПбГПМА, ООО «Самсон-Мед», Санкт-Петербург, Россия,  
e-mail: med-pr@smmed.ru

**Цель исследования:** исследование эффективности препарата «Цитохром С» у больных гепатитами различной этиологии (включая токсические), в том числе в цирротической стадии.

**Материал и методы.** Обследованы 68 больных (47 из них имели цирроз печени), проходивших лечение в больнице № 30 им. Боткина в мае-декабре 2009 года: 38 в контрольной группе (базисная терапия) и 30 в основной (на фоне базисного лечения использовался препарат «Цитохром С» в дозе 20 мг/сут внутривенно капельно в течение 15-20 дней). Характерной особенностью изучаемого контингента больных является сочетанная патология, что предполагает наличие осложнений цирроза и типичных сопутствующих заболеваний, утяжеляющих течение заболевания и прогноз.

**Результаты.** Состояние больных обеих групп при поступлении расценивалось как среднетяжелое или тяжелое. У части больных на фоне базисной терапии в течение 7-14 дней отсутствовало улучшение состояния или имело место ухудшение, что заставляло искать дополнительные возможности воздействия на патологический процесс и служило причиной назначения препарата «Цитохром С».

**Результаты.** Наиболее выраженный положительный эффект применения цитохрома С выявлен при токсическом алкогольном гепатите и циррозе печени. Так, с высокой достоверностью за время лечения на фоне применения препарата при токсическом алкогольном гепатите билирубин снижается в среднем на 189,73 мкм/л, или на 68,2% ( $p=0,003^*$ ), в то время как в кон-

трольной группе выявлена только недостоверная тенденция к его снижению (на 25%). При отсутствии цирроза билирубин снижается в среднем на 200,43 мкм/л, или на 67,0% ( $p=0,006^*$ ), в то время как в контрольной группе имеется только недостоверная тенденция к его снижению (на 47%). При наличии цирротической стадии хронического гепатита различной этиологии билирубин снижается в среднем на 93,27 мкм/л, или на 49,7% ( $p=0,006^*$ ), в то время как в контрольной группе – на 30,35 мкм/л, или на 23,8% ( $p=0,034^+$ ). Кроме того, в клиническом анализе крови происходят более существенные изменения в сторону нормализации.

В ходе исследования было выявлено, что препарат «Цитохром С» способствует снижению уровня билирубина и уменьшению проявлений отечно-асцитического синдрома.

**Вывод.** Препарат «Цитохром С» рекомендуется в комплексной терапии гепатита различной этиологии, в том числе в цирротической стадии.

## О

**230. Роль эхографии в диагностике острой хирургической патологии у детей с кишечным синдромом**

Ольхова Е.Б., Шумейко Н.К., Фомичев М.Ю.

Московский ГМСУ, ДКБ св. Владимира, Москва, Россия

**Цель исследования:** определить роль эхографии в диагностике острой хирургической патологии у детей с кишечным синдромом.

**Материалы и методы.** С 2006 по 2010 гг. были эхографически обследованы 3215 детей в возрасте от 6 месяцев до 15 лет, госпитализированных в отделение кишечной инфекции с клиникой абдоминального болевого синдрома.

**Результаты.** Помимо эхопризнаков мезаденита, реактивных изменений поджелудочной железы и стенок желчного пузыря, у 98 пациентов были выявлены эхопризнаки острой хирургической патологии: острый аппендицит у 82 детей; инвагинация кишечника – у 16 детей. У 14 пациентов с выявленными воспалительными изменениями червеобразного отростка отмечалась осложненная форма аппендицита в виде инфильтрата. После данных находок дети были переведены в хирургическое отделение, 80 пациентам была проведена аппендэктомия (интраоперационно эхографические находки были полностью подтверждены), 14 пациентам – консервативная дезинвагинация кишечника путем пневмоирригации, 2 детям – оперативная дезинвагинация без резекции пораженного участка кишки. У 21 ребенка с выявленным аппендицитом была подтверждена кишечная инфекция, в остальных случаях хирургическая патология клинически симулировала течение инфекционного процесса (диспептические явления, невыраженная лихорадка, вялость, абдоминальный болевой синдром различной степени выраженности).

**Выводы.** Таким образом, в 3% случаев у детей с кишечным синдромом была выявлена острая хирургическая патология, потребовавшая экстренного хирургического вмешательства. Применение УЗИ детям с диспептическими явлениями и клинической картиной кишечной инфекции позволяет визуализировать различные формы (в том числе осложненные) аппендицита и инвагинации кишечника и корректировать дальнейшую тактику ведения.

**231. Комплексное курортное и медикаментозное лечение больных хроническим антральным гастритом, ассоциированным с *Helicobacter pylori***

Осипов Ю.С., Пак А.Г., Тимофеев А.В.

Пятигорский ГНИИК ФМБА России, Россия,

e-mail: orgotdel@gniik.ru

**Цель исследования:** оценить наиболее эффективные методики курортной терапии хронического хеликобактерного гастрита, направленные на достижение фазы стойкой ремиссии заболевания, снижение рецидивов и риска развития предраковых повреждений желудка.

**Материалы и методы.** 50 больных хроническим хеликобактерным гастритом, ассоциированным с *Helicobacter pylori*, получали антисекреторную и антихеликобактерную медикаментозную терапию на фоне внутреннего приема минеральной воды и минеральных ванн. 50 человек принимали только медикаментозное лечение в амбулаторных условиях.

**Результаты.** Результаты исследований показали, что частота уменьшения таких ведущих показателей, как болевой и диспепсический синдромы, отмечена в группе получавших лечение в 1 ЛК – 97,7%, во 2 ЛК – 91,5%; по данным гастроскопии, соответственно, в этих группах уменьшились гиперемия и отек слизистой оболочки антрального отдела желудка у 85,7% больных и у 52,2%, исчезли эрозии – у 100% и 72,7%, признаки очаговой атрофии – у 86,7% и 16,7%. Повышение уровня показателей интрагастральной рН-метрии отмечено в 1-й группе с (3,60±0,56) до (6,82±0,10) и во 2-й группе с (3,85±0,20) до (4,2±0,37) (p<0,05), положительная динамика содержания гастрина-17 при применении 1 ЛК выявлена у 79,4% с (2,11±0,12) пмоль/л до (6,21±0,19) пмоль/л и во 2 ЛК у 38,5% с (2,06±0,30) пмоль/л до (3,12±0,49) пмоль/л. У этих же больных отмечено улучшение показателей пепсиногена-1: в 1 ЛК с

(36,11±1,21) мг/л до (40,2±0,1) мг/л и во 2 ЛК с (38,6±0,2) мг/л до (38,9±0,1) мг/л. Одновременно с уменьшением воспалительного процесса в антральном отделе желудка уменьшилась и хеликобактерная контаминация.

**Выводы.** Таким образом, проведенные нами исследования подтверждают, что присоединение к эрадикационной терапии минеральных вод приводит к формированию более совершенной системы компенсации и защиты от многих агрессивных факторов.

**232. Выбор хирургического доступа при рецидивной и диссеминированной форме эхинококкоза печени**

Отакузиев А.З., Нишанов Ф.Н., Абдуллажонов Б.Р.

Андижанский медицинский институт, Узбекистан

**Цель:** оптимизация хирургического доступа при лечении рецидивного и диссеминированного эхинококкоза печени (РДЭП).

**Материалы и методы.** В основу нашего исследования положен анализ результатов хирургического лечения 124 больных, перенесших оперативные вмешательства по поводу РДЭП. Мужчин было 42 (34% больных), а женщин 82 (64%). Выбор доступа определялся локализацией и распространенностью поражения и тяжестью состояния больных. Наиболее часто имело место поражение VI-VII-VIII сегментов печени – 72 (58%) больных. Комбинированное поражение III-IV-VII-VIII сегментов и органов брюшной полости составило 32 (26%). Поражение III-IV сегментов имело место в 9 случаях (7,2%), IV-V – в 5 (4%), поражение всех сегментов – в 3 (2,4%), поражение только II сегмента – в 3 (2,4%). При локализации кист в VI-VII-VIII пользовались косым правоподреберным доступом, а в III-IV сегментах использовали верхнесрединную и при развернутом реберном угле, верхнесрединную лапаротомию дополняли рассечением круглой и серповидной связок. При ликвидации кист применяли открытые и закрытые способы или сочетанные методы. Остаточные полости обрабатывали комплексно: горячим фурациллином, 96% спиртом, 2% формалином, 5% йодной настойкой, край иссеченной фиброзной капсулы коагулировали.

**Результаты.** На 124 операции послеоперационные осложнения развились у 21 (17%) больного. Осложнения общего характера диагностированы у 11 больных: легочные (5), сердечно-сосудистые (3), связанные с функциональной недостаточностью печени (2) и почек (1). Из осложнений местного характера, имевших место у 10 больных, основными были нагноение операционной раны (5), нагноение остаточной полости (4), длительный существующий желчный свищ (1).

**Вывод.** Анализ проведенных исследований показал, что для выбора доступа существенную роль играют особенности телосложения, характер ранее перенесенной операции, локализации кисты в печени и в других органах.

## П

**233. Дицетел в лечении синдрома раздраженного кишечника**

Павленко А.Ф., Павленко В.В.  
Ставропольская ГМА, Россия

**Цель:** изучить показатели висцеральной чувствительности у больных с различными клиническими вариантами СРК в динамике лечения дицетелом.

**Материалы и методы.** Обследованы 80 пациентов с различными клиническими вариантами СРК в возрасте от 18 лет до 61 года, с длительностью заболевания от 1 года до 17 лет. У всех больных выявлен абдоминальный болевой синдром, при этом у 46 больных (1-я группа) в течение заболевания преобладали запоры, у 34 – диарейный синдром (2-я группа). Диагноз СРК устанавливался на основании Римских критериев III. Для оценки сенсорной функции кишечника был применен метод аноректальной манометрии с помощью аппаратного комплекса фирмы Albyn Medical LTD (Великобритания). В динамике шестинедельной терапии селективным миотропным спазмолитиком «Дицетел» оценивали следующие показатели: пороговые значения механического стимула, вызывающего ощущения боли до и после проведения лечения. Контрольную группу составили 15 здоровых добровольцев без признаков патологии внутренних органов в возрасте 18-40 лет. Для проведения статистического анализа данных использовали пакет программ «Biosstat 4.0» и «Atte Stat».

**Результаты.** Установлено, что шестинедельная монотерапия миотропными спазмолитиками оказала позитивное влияние на висцеральную симптоматику независимо от клинического течения СРК, при этом дицетел оказывал наиболее выраженное влияние на динамику болевого синдрома.

**Заключение.** Исследуемые показатели висцеральной чувствительности – важные диагностические критерии нарушения сенсорной функции кишечника. Установлена эффективность монотерапии дицетелом в достижении клинической ремиссии и нормализации показателей сенсорной функций прямой кишки у больных с СРК независимо от клинического варианта заболевания.

**234. Значение растворимых молекул адгезии (ICAM-1 и sL-селектина) при язвенном колите**

Павленко В.В., Амиханова Л.З.  
Ставропольская ГМА, Россия

**Цель исследования:** изучить содержание ICAM-1 и sL-селектина в периферической крови больных активным язвенным колитом (ЯК).

**Материалы и методы.** Обследованы 57 больных активным ЯК с разной локализацией поражения и степенью тяжести. Возраст обследованных составил 25-60 лет, продолжительность заболевания от 6 месяцев до 30 лет. У 14 пациентов диагностирован левосторонний колит, у 20 – дистальный, у 23 – тотальный колит. Контрольную группу составили 15 практически здоровых добровольцев. Содержание ICAM-1, sL-селектина в сыворотке крови определяли методом многослойного ELISA-анализа («Bender Med. System», USA). Результаты выражали в нг/мл.

**Результаты.** Установлено, что в период выраженных клинических проявлений ЯК уровни ICAM-1 и sL-селектина в крови были повышены и составили (497,1±12,3) нг/мл и (1167,5±23,8) нг/мл соответственно ( $p < 0,05$  в сравнении с контрольной группой). Отмечена достоверная прямая зависимость содержания ICAM-1 и sL-селектина от протяженности поражения толстой кишки. Так, у больных с тотальным ЯК показатели ICAM-1 и sL-селектина составили (581,34±29,01) нг/мл и (1780,87±26,50) нг/мл соответственно и были достоверно выше ( $p < 0,05$ ), чем у пациентов с левосторонним ЯК – (429,75±32,06) нг/мл и (1580,87±63,05) нг/мл соответственно. Более низкие показатели регистрировались у пациентов с дистальным колитом – (1390,0±74,5) нг/мл и (320,8±24,1) нг/мл соответственно,  $p < 0,05$ ).

**Вывод.** В период обострения ЯК концентрация ICAM-1 и sL-селектина в периферической крови повышена. Установлена пря-

мо пропорциональная зависимость содержания ICAM-1 и sL-селектина от протяженности поражения толстой кишки, что свидетельствует о вовлечении данных растворимых молекул адгезии в механизмы иммунновоспалительного повреждения ткани толстой кишки при ЯК.

**235. Некоторые показатели апоптоза при язвенном колите**

Павленко В.В., Катаганова Г.А., Александрова С.Б.  
Ставропольская ГМА, Россия, e-mail: gulj081181@yandex.ru

**Цель исследования:** изучить экспрессию Bcl-2 Т-лимфоцитами в периферической крови у больных язвенным колитом (ЯК) в зависимости от локализации поражения толстой кишки.

**Материалы и методы исследования.** Обследованы 55 человек с ЯК в возрасте от 18 до 60 лет (30 женщин и 25 мужчин). У 27 пациентов установлен ЯК с дистальным поражением толстой кишки, у 23 – левостороннее, у 15 пациентов – тотальное поражение. Контрольную группу составили 20 практически здоровых людей. Содержание Bcl-2 в периферической крови определяли методом проточной цитометрии (проточный цитометр FACSCalibur). Уровень экспрессии Bcl-2 Т-клетками в периферической крови в контрольной группе составил (58,0±1,3)%.

**Результаты исследования.** Экспрессия Bcl-2 Т-лимфоцитами в периферической крови у больных ЯК была повышена независимо от локализации воспалительно-деструктивного процесса в толстой кишке, однако наибольшее повышение отмечалось у пациентов с тотальной и левосторонней формой ЯК – (86,4±3,8)% и (85,5±2,1)% соответственно,  $p < 0,01$  с контролем. Наименьшие значения Bcl-2 регистрировались при дистальной форме ЯК – (73,5±9,8)%,  $p < 0,01$ ).

**Выводы.** Установлена обратно пропорциональная зависимость между уровнем экспрессии Bcl-2 Т-клетками в периферической крови у больных ЯК и протяженностью поражения толстой кишки при ЯК. Дифференцированное повышение уровня антиапоптотического белка Bcl-2 у больных с различной локализацией ЯК в фазе обострения свидетельствует о наличии резистентности Т-клеток периферической крови к апоптозу, что может пролонгировать воспалительный процесс в толстой кишке.

**236. Инфекция *Helicobacter pylori* у больных ИБС**

Павлов О.Н.  
Дорожная клиническая больница на станции Ярославль  
ОАО «РЖД», Ярославль, Россия

**Цель работы:** сравнительное изучение данных морфологического исследования биоптатов слизистой оболочки желудка, двенадцатиперстной кишки (ДПК) и лабораторных показателей периферической крови у больных в зависимости от течения ИБС.

**Методы:** клинический и биохимический анализ крови, определение титра IgG антител к *Helicobacter pylori* методом твердофазного иммуноферментного анализа, ФЭГДС с биопсиями, морфологическое исследование биоптатов. Обследованы 200 стационарных больных: 150 больных ИБС и 50 пациентов без ИБС в качестве группы контроля. В зависимости от течения ИБС сформированы две группы сравнения по 75 пациентов – группа больных с острым коронарным синдромом (ОКС), включающим инфаркт миокарда (ОИМ) и нестабильную стенокардию (НС), и группа больных со стабильной стенокардией (ССН).

**Результаты.** У больных ИБС по сравнению с контролем наблюдалось большее количество лейкоцитов крови и повышение СОЭ. В липидном спектре у больных ИБС по сравнению с контролем выше уровни триглицеридов. При этом у больных с ОКС выявлены более низкие уровни ЛПНП по сравнению с пациентами со ССН и контролем. У больных ИБС по сравнению с контролем выше уровни С-РБ. Выявленные изменения крови наблюдались на фоне более высоких титров антител к *H. pylori* у больных ОКС по сравнению с пациентами как со ССН – (191,2±85,9) ед./мл > (108,2±100,1) ед./мл ( $p = 0,0001$ ), так и с группой контроля – (191,2±85,9) ед./мл > (106,8±69,0) ед./мл ( $p = 0,000001$ ). Серопозитивность к *H. pylori* диагностирована у 70 (93,4%) больных с ОКС, 68 (90,7%) пациентов со ССН и 45

(90%) пациентов контрольной группы. При морфологическом исследовании биоптатов желудка и ДПК у больных с ОКС по сравнению с пациентами со ССН чаще определялась активность воспаления как в слизистой оболочке желудка, так и ДПК. Также у больных ОКС чаще выявлялась гиперплазия желудочного и кишечного эпителия. При этом у больных с ОКС достоверно чаще, чем у пациентов со ССН и пациентов контрольной группы в ДПК обнаруживается *H. pylori* с преобладанием средней степени обсеменения. Инфицирование ДПК *H. pylori* у больных ОКС по сравнению с другими группами чаще вызывало сильную степень нейтрофильной инфильтрации слизистой оболочки луковицы ДПК.

В течение 24 месяцев после выписки из стационара регистрировались повторные коронарные события. У больных ИБС зарегистрировано 124 повторных коронарных события у 57 (38%) пациентов: среди пациентов со стабильной ИБС 36 случаев у 22 (29,3%) больных, в группе НС – 36 случаев у 16 (38,1%) больных, у больных ОИМ – 52 случая у 19 (57,6%). У пациентов с повторными коронарными событиями при включении в исследование лейкоцитоз с палочкоядерным сдвигом чаще выявлялся у больных с ОИМ, чем у больных НС и ССН. СОЭ была выше у больных с ОИМ и НС, чем при ССН. По сравнению с пациентами с ССН у больных как с ОИМ, так и с НС был выше уровень С-РБ. Наибольший титр антител к *H. pylori* наблюдался у больных с ОИМ ( $232,5 \pm 87,9$  ед./мл) ( $172,6 \pm 67,1$  ед./мл ( $p=0,04$ ) и ( $232,5 \pm 87,9$  ед./мл) ( $125,0 \pm 86,7$  ед./мл ( $p=0,001$ ), который у больных НС также был выше, чем у пациентов со ССН ( $172,6 \pm 67,1$  ед./мл) ( $125,0 \pm 86,7$  ед./мл).

**Заключение.** Развитие ИБС ассоциируется с хеликобактерным хроническим атрофическим гастритом. Прогрессирование хеликобактериоза, обуславливающее в результате распространения *H. pylori* на все отделы желудка и ДПК активное хроническое воспаление, является неблагоприятным фактором дестабилизации ИБС.

### 237. Внедрение видеокапсульной эндоскопии в педиатрическую практику

Павлова Я.Е., Королькова О.В., Шишацкая С.Н.

ККЦ СВ МП (материнства и детства), Владивосток, Россия

Современные эндоскопические методы визуализации слизистой оболочки (СО) желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) не позволяют исследовать глубокие отделы тонкой кишки. Однако, именно эти отделы подвержены патологическим изменениям при синдроме мальабсорбции у детей. Внедрение видеокапсульной эндоскопии (ВКЭ) значительно расширяет диагностические возможности.

**Цель исследования:** оценить характер и распространенность патологических изменений слизистой оболочки тонкой кишки (СОТК) у ребенка с синдромом мальабсорбции методом ВКЭ.

**Материалы и методы.** Ребенку 7 лет с синдромом мальабсорбции неустановленной этиологии выполнена ВКЭ с помощью диагностической системы MiroCam IntraMedic (Корея). Система состоит из капсулы с смонтированной в нее миниатюрной видеокамерой и дистанционного передатчика – принимающего и записывающего устройства для визуализации СО ЖКТ.

**Результаты.** При ВКЭ выявлены изменения СОТК, характерные для глютеневой энтеропатии: сглаженность, отсутствие ворсинок в сочетании с мозаичным рисунком и углублением борозд; в подвздошной кишке множественные очаги лимфоидной гиперплазии, местами сливного характера, единичные мелкоточечные геморрагии. Выполненное в последующем гистологическое исследование биоптатов СОТК подтвердило атрофию ее ворсин; а проведенные серологические обследования определили наличие диагностических титров антител к тканевой трансглутаминазе и глиадину.

**Заключение.** ВКЭ дает объективную информацию состояния СОТК и повышает эффективность визуального эндоскопического обследования глубоких отделов ЖКТ. Приоритетным для детей является неинвазивность, простота подготовки, легкая переносимость и отсутствие вредных воздействий на организм ребенка. Популяризация и внедрение ВКЭ в педиатрическую прак-

тику позволит улучшить результаты обследования и лечения детей с синдромом мальабсорбции.

### 238. Оценка результатов эндоскопического лигирования и комбинированного эндоскопического вмешательства в профилактике и лечении кровотечения из варикозно расширенных вен пищевода при циррозе печени

Пальгова Л.К., Меньшикова И.Л., Нагребская Е.Ю.

ИМЦ «EVELINA Med», Алматинский государственный институт усовершенствования врачей, Алматы, Республика Казахстан, e-mail: L\_Palgova@mail.ru

**Цель исследования:** оценить эффективность эндоскопического лигирования (ЭЛ) ВРВП (варикозно расширенных вен пищевода) и комбинированного лечения (лигирование и склерирование – ЭС) в профилактике и лечении варикозных кровотечений. **Материал и методы.** В исследование принял участие 21 пациент с циррозом печени класса В и С по Child-Pugh. Критерием включения были верифицированные ВРВ пищевода 3-4 степени. ВРВ желудка отмечено у 4 больных. Изолированное ЭЛ произведено 18 пациентам, с помощью устройства Multishot ligating device фирмы Wilson-Cook Inc., позволяющего за одно введение устанавливать несколько лигирующих колец. У 3 пациентов ЭЛ сочетали с ЭС ВРВ желудка. Локализация – верхняя треть, субкардия и дно желудка.

**Результаты.** У 18 пациентов ЭЛ произведено с превентивной целью. В 16 случаях ЭЛ достигло конечной точки, у двух пациентов отмечен рецидив кровотечения, в одном случае с летальным исходом. У трех пациентов на фоне острого кровотечения выполняли прямое лигирование кровоточащего участка ВРВ. Эрадикация варикел и остановка кровотечения достигнута у двух пациентов, летальный исход отмечен в одном случае. Доплерографические показатели portalной гемодинамики при динамическом наблюдении в течение 6 месяцев у четырех пациентов регистрировали: реканализацию umbilicalной вены, наличие гепатофунгального кровотока, уменьшение диаметра воротной и селезеночной вены, стабилизацию ПСИ, конгестивного индекса, объемной и линейной скорости кровотока в воротной, селезеночной и печеночных венах, RI, PI, S/D в ОПА.

### 239. О здоровье и болезни с историко-философских позиций

Пальцев А.И.

Новосибирский ГМУ, Россия

Идет XXI век. Для медицинской науки и практики главной темой является разработка и применение новейших технологий. Основные достижения по-прежнему направлены на улучшение состояния здоровья больного человека. Однако конец XX века в России закончился значительным снижением рождаемости и повышением смертности. Необходимо возродить профилактическое направление. В связи с этим целью нашего сообщения является изложение медико-философских концепций здоровья и болезни. В состав философского знания о человеке входит философский подход, предполагающий выявление его сущности, конкретно-исторической детерминации форм его активности, раскрытие различных форм его бытия. Медико-философский подход к человеку заключается в четырех измерениях: биологическом, психическом, социальном и космическом. Из составляющих философии для медицины важны три ее раздела: антология, гносеология и аксиология. И в связи с этим все более актуальной становится необходимость правильной методологической установки каждого индивида на контроль и сохранение своего здоровья.

Еще в XII веке крупнейший врач и философ Маймонид писал, что только глупцы считают, что врач нужен только больным. На самом деле врач нужен и здоровому человеку, так как «поддержание здоровья более важно, чем лечение уже возникшей болезни». Сегодня, пропагандируя совершенно справедливо высокие технологии в кардиохирургии и других областях, клиницисты нередко забывают о важности профилактической медицины.



Представляются весьма важными указания наших предшественников о роли государства в сохранении здоровья своих граждан. Так, еще в 1784 году русский врач И.Л. Данилевский в Геттингене защитил диссертацию на тему «Государственная власть есть самый лучший врач». «Исцеление болезней, искоренение их причин, – писал он, – следует искать не от врачей и аптекарей, а только от государственной власти». Основатель отечественной терапии М.Я. Мудров указывал, что операции – это молчаливые упреки нашему невежеству. Весьма четкое определение он давал и личности врача: «Врач посредственный более вреден, нежели полезен. Больные, оставленные натуре, выздоравливают, а пользованные этими врачами, помрут». Блестящее определение здоровья и болезни еще в первой половине XIX века дал И.Е. Дядьковский: «Жизнь тела человеческого называется здоровой тогда, когда внутренние его силы действуют в пропорции как в отношении количества, так и качества их самих; а больной, напротив, называется тогда, когда теряется эта пропорция между ними...».

Следует отметить, что с античных времен и до настоящего времени жизни человечества философия, медицинская наука также стремились понять, что такое здоровье. В современной медицине и философии это понятие делится на ряд групп: 1. Человек считается здоровым, если он способен выполнять полноценно свои функции. 2. Здоровье представляет собою состояние динамического равновесия – гомеорезис и статического равновесия – гомеостазис. 3. Способность организма приспосабливаться к постоянно меняющимся условиям. 4. Необходимость максимального сохранения активной жизнедеятельности человека. 5. Содержание здоровья должно оцениваться с трех позиций: биологической, социальной и психологической.

Рассмотренные с историко-философских позиций составляющие здоровья и болезни человека важно учитывать в национальном проекте «Здоровье», в разработке вопросов саногенеза, в деятельности каждого ученого, ежедневной работе врача, повседневной жизни каждого человека. Не менее важным и необходимым, с социально-гигиенической точки зрения, достижений современной науки, является проведение профилактических мероприятий с тем, чтобы, несмотря на наличие растущих технических возможностей медицины, как можно дольше сохранять здоровье Человека и его активное долголетие, без применения средств хирургии.

#### 240. Гепатозащитная терапия лиц пожилого и старческого возраста

Пальцев А.И., Еремина А.А., Шарапов И.В.  
Новосибирский ГМУ, госпиталь ГУВД, Государственный  
Новосибирский областной госпиталь ветеранов войн,  
Россия

В свое время первый Нобелевский лауреат России И.П. Павлов назвал печень главной лабораторией организма человека. Не случайно ректор Королевского Каролинского института профессор К.А.Х. Мернер во вступительной речи в день вручения Ивану Петровичу Нобелевской премии (10.12.1904) говорил: «Медицинские дисциплины взаимосвязаны. Прогресс в одной области тесно связан с развитием других областей... Функция желудочно-кишечного тракта находится под сложным влиянием нервной системы. Если учесть, что нервная система может стимулировать и подавлять секрецию в различных его отделах, а также перистальтику этих отделов, влиять на кровоснабжение органов пищеварения и что эти органы имеют чувствительную иннервацию, то станет понятна сложность проблемы...». Как видно, более 90 лет назад было ясно, насколько сложна проблема межорганных и межсистемных взаимоотношений.

У пожилых и старых людей одновременно может диагностироваться несколько болезней. Так, у лиц в возрасте 65-74 лет у каждого имеется в среднем 4,6 болезней, а в 75 лет и старше – 5,8 разных патологий. Существенные изменения претерпевают фармакодинамика и фармакокинетика, что значительно увеличивает вероятность побочных эффектов и осложнений лекарственной терапии. Все это не может не предъявлять требования к личности врача: его знаниям, максимальной доброжелательности к пожилому челове-

ку, умению выслушать пациента, направить его речь в нужное русло, с позиций системного подхода выделить главное в патологии и, избежав полипрагмазии, назначить адекватное лечение.

В связи с этим целью нашего исследования было изучение особенностей терапии больных неалкогольной жировой болезнью печени пожилого и старческого возраста. Рассматривались заболевания печени, обусловленные нарушениями питания и обмена веществ, сердечнососудистой, эндокринной, нервной систем, органов пищеварения, микробиоценоза кишечника, лекарственными поражениями.

Материал и методы исследования. Наблюдались 57 пациентов в возрасте от 59 до 78 лет, средний возраст составлял  $(65,0 \pm 2,3)$  года, мужчин 36, женщин 21. Проводились клинико-биохимические, серологические исследования крови, УЗИ органов брюшной полости, МРТ, эластография, другие диагностические тесты.

Результаты исследования и их обсуждение. Проведенный анализ позволил выделить ведущие синдромы: астенический синдром наблюдался у 18,42% больных со стеатогепатозом (СГ) и у 42,10% пациентов с неалкогольным стеатогепатитом (НАСГ), при этом выраженность проявлений по аналоговой шкале соответственно составила  $2,0 \pm 0,5$  и  $5,0 \pm 0,8$ . Для больных с НАСГ по сравнению с пациентами со СГ были характерны более высокая активность трансаминаз (чаще более двух норм), повышение общего холестерина, ЛПНП, триглицеридов, артериальная гипертензия, сахарный диабет второго типа, индекс массы тела более  $25,0 \text{ кг/м}^2$ , абдоминальный тип ожирения.

Лечение больных пожилого и старческого возраста с сочетанной патологией представляет значительные трудности и требует дифференцированного подхода: изменения неправильного образа жизни – диетотерапии, рационального питания, режима движения, исключения полипрагмазии, строго обоснованного назначения лекарственной терапии, в частности гепатозащитными средствами. Применение препарата «Легалон» у исследуемой группы больных показало достаточно высокую его эффективность: снизились проявления болевого, диспепсического, астенического синдромов, дисбиоза, произошли положительные изменения в клинико-биохимических и других показателях. Пациенты хорошо переносили прием препарата, ни в одном случае не потребовалось его отмены.

#### 241. Возможности нутритивной коррекции окислительного стресса у недоношенных младенцев

Панова А.Н., Фархутдинов Р.Р., Никифорова Р.Ш.,  
Красникова Р.М., Яхина Р.М.  
Башкирский ГМУ, Уфа, Россия,  
e-mail: panov\_home@ufacom.ru

Актуальность. Новорожденные в большей степени подвержены риску развития оксидативного стресса в связи с незрелостью антиоксидантной защиты.

Цель исследования: изучить влияние грудного молока на процессы свободнорадикального окисления в модельной системе.

Материал и методы. Использовалось грудное молоко 12 женщин, взятое через 14 дней после родов (зрелое молоко) и грудное молоко этих же женщин с обогастителем грудного молока для маловесных и недоношенных детей. Применялся метод регистрации хемилюминесценции в системе, моделирующей процессы перекисного окисления липидов по стандартной методике Р.Р. Фархутдинова (2000).

Результаты. Добавление грудного молока вызывало дозозависимое уменьшение хемилюминесценции модельной системы. Антиоксидантная активность грудного молока женщин была различна и варьировала от 35 до 70% ( $p < 0,01$ ) по сравнению с контролем. При добавлении в порции грудного молока обогапителя (в соотношении указанном на упаковке: 1,75 г на 50 мл молока) дополнительно отмечалось уменьшение хемилюминесценции на 3,2-15% от исходного уровня. После заморозки грудного молока через 1 ч было выявлено уменьшение антиоксидантной активности на 5,4%.

Выводы. В питании детей первого года жизни «золотым стандартом» является материнское молоко. Грудное молоко обладает антиоксидантными свойствами, которые усиливаются при до-

бавлении обогатителя грудного молока. При необходимости коррекции процессов свободнорадикального окисления у недоношенных и маловесных детей рационально использование обогатителей грудного молока под дальнейшим контролем хемилюминесценции биологических жидкостей.

#### 242. Структура патологии органов пищеварения у детей из группы риска по целиакии

Парменова Л.П., Ермачкова Е.Н., Баженов С.М.

Смоленская ГМА, Россия, e-mail: parmenova\_l@mail.ru

По данным литературы к группе риска по целиакии относятся дети с синдромом длительной диареи, с отставанием в массе и росте.

**Цель исследования:** определить причину дефицита веса, роста и синдрома длительной диареи у детей.

**Материал и методы.** Исследованы 187 детей в возрасте от 1 года до 18 лет, мальчиков 114 (61%), девочек 73 (39%). Детей с синдромом длительной диареи было 35, с задержкой роста – 67, с дефицитом массы – 85. Комплексное лабораторно-инструментальное обследование включало ИФА с определением АГА класса IgA и IgG, антител к тканевой трансглутаминазе (anti-tTG) и морфометрию биоптата слизистой оболочки ДПК.

**Результаты исследования.** Позитивные серологические маркеры на целиакию выявлены у 86 (46%) обследованных детей. По результатам комплексного обследования этой группы диагноз целиакии установлен у 30 детей (36%). У остальных детей морфологических признаков целиакии в биоптатах СО ДПК выявлено не было. Причинами синдрома длительной диареи явились у 42% детей хронический гастроуденит, у 28% – первичная лактазная недостаточность, с одинаковой частотой (15%) лямблиоз и атропический интестинальный синдром. В группе детей с дефицитом роста хронический гастроуденит выявлен у 33% детей, с одинаковой частотой (13%) лямблиоз, хронический запор и дисфункция гепатобилиарной системы, остальные 28% детей не имели патологии органов пищеварения (семейная конституциональная низкорослость, синдром Шерешевского – Тернера, атропический дерматит). Хронический гастроуденит (34%), ЯБ ДПК (2%), ГЭРБ (2%) конституциональная лактазная недостаточность (8%), лямблиоз и атропический интестинальный синдром (по 6%) диагностированы у детей с дефицитом массы. У 20% детей этой группы окончательный диагноз установлен не был, рекомендовано соблюдение аглиадиновой диеты, в плане – определение генетических маркеров целиакии.

#### 243. Нутритивная поддержка у детей с муковисцидозом на современном этапе

Пашкевич А.А., Орлов А.В., Желенина Л.А.

ДГБ Святой Ольги, Санкт-Петербург, Россия,

e-mail: pulmonology3@hotmail.com

**Цель исследования:** изучение основного обмена и возможности коррекции нутритивного статуса у детей с муковисцидозом за счет добавления к основному рациону питания высококалорийных смесей.

**Материал и методы.** В исследование были включены 20 пациентов со смешанной формой муковисцидоза. При исследовании основного обмена с помощью аппарата «Fit mate PRO» выявлено его повышение у всех пациентов на 30-80% от возрастной нормы. Учитывая уровень повышения основного обмена и степень хронической белково-энергетической недостаточности, пациентам назначались в качестве дополнительного питания сипинговые смеси («Педиашур» и «Нутридринк») от 300 до 900 ккал/сутки на протяжении 1 месяца. Одному пациенту применено ночное зондовое введение смеси Reptamen junior.

**Результаты.** У всех пациентов получена прибавка веса на 0,8-1 кг в течение месяца. Изменений основного обмена за этот период не отмечено. У 8 пациентов на фоне приема смесей выявлено нарушение толерантности к углеводам.

**Выводы.** Все пациенты с муковисцидозом требуют нутритивной поддержки с учетом значительного повышения основного обмена. Возможность коррекции дефицита питания за счет смесей

для сипинга достаточно высока. Выявление нарушений обмена углеводов диктует необходимость контроля уровня глюкозы крови на фоне дополнительного введения смесей и индивидуального их подбора.

#### 244. Определение гастроэнтерологических факторов риска развития гастропатии при приеме нестероидных противовоспалительных средств

Пиманов С.И., Руселик Е.А., Семенова Е.В., Сапего Л.Г.,

Кавцевич М.Л.

Витебский ГМУ, Беларусь

**Цель исследования:** определить гастроэнтерологические факторы риска развития гастропатии, индуцированной приемом нестероидных противовоспалительных средств (НПВС).

**Материалы и методы.** Были обследованы 124 пациента, которые постоянно принимали НПВС. У 44 пациентов была НПВС-гастропатия, а у 80 она отсутствовала. Оценивалась точность прогнозирования гастропатии по международным вариантам критериев факторов риска ее возникновения и по аналогичным, но измененным гастроэнтерологическим критериям (при оценке использовались дополнительные критерии: курение, активность хронического гастрита в антральном отделе, превосходящая 1,5 балла, и отсутствие атрофии слизистой оболочки тела желудка по данным морфологического исследования).

**Результаты.** При оценке по измененным факторам риска точность, чувствительность и специфичность метода составили 71,70%, 78,3% и 66,7% соответственно. При оценке по рекомендациям The First International Working Party on Gastrointestinal and Cardiovascular Effects of Nonsteroidal Anti-inflammatory Drugs and Anti-platelet Agents (2008) точность, чувствительность и специфичность метода составили 58,9%, 56,8%, 60,0%, а при оценке по руководству Practice Parameters Committee of ACG (2009) – 70,8%, 10,0%, 100,0% соответственно. Хотя специфичность метода при оценке в соответствии с руководством Practice Parameters Committee of ACG была абсолютной, что позволило правильно исключить обследуемых без НПВС-гастропатии, чувствительность метода оказалась очень низкой и не давала возможности выделить пациентов с гастропатией.

**Выводы.** Наиболее информативным методом определения пациентов с возможной НПВС-гастропатией оказался метод оценки с использованием варианта измененных критериев факторов риска развития гастропатии.

#### 245. Иммунологические и морфологические особенности у детей с гастроинтестинальными расстройствами и целиакией

Пирогова З.И., Рябчук Ф.Н., Кряжева Е.В., Антонов П.В.

СПбМАПО, ДГБ № 5 им. Н.Ф. Филатова, ДП № 77

Приморского района, Санкт-Петербург, Россия

**Цель исследования:** сопоставить и оценить нарушения клеточного и гуморального иммунитета у детей с целиакией и гастроинтестинальной аллергией и определить у них морфологические особенности слизистой.

**Материалы и методы.** Под наблюдением находились 66 детей в возрасте от 2 до 14 лет.

Первую группу составили 23 больных с типичной формой целиакии, вторую группу – 43 пациента с гастроинтестинальной аллергией. Диагностика проводилась традиционными методами (анамнез, клинические данные, определение антител к глиадину, трансглутаминазе, общего IgE и специфических иммуноглобулинов, в том числе и к глютеносодержащим продуктам. Т-клеточный иммунитет исследовался методом розеткообразования, гуморальный иммунитет – по методу Манчини. Проводились гастрофибродуоденоскопия и биопсия слизистой двенадцатиперстной кишки и морфологическое исследование биоптата. При оценке степени тяжести атопии эозинофилия была обнаружена у 57,7% пациентов с пищевой аллергией. В этой группе детей проявления алергодерматита были у 61,7% больных, бронхиальной астмы – у 36%. Абсолютное и относительное количество Т-лимфоцитов у детей обеих групп было в пределах нормы.

У больных с гастроинтестинальной аллергией наблюдалось более выраженное изменение Т-хелперов (СД4 –  $1926,8 \pm 133,7$ ) в то время как у больных с целиакией этот показатель был в пределах нормы. Различия достоверны,  $p < 0,05$ . Содержание цитотоксических лимфоцитов было снижено у больных обеих групп (СД8 –  $632,4 \pm 25,3$ , СД8 –  $717,0 \pm 33,4$ ). Различия между группами не достоверны,  $p > 0,05$ . Иммунорегуляторный индекс был снижен у больных обеих групп. При исследовании гуморального иммунитета у больных уровень IgA оказался значительно выше у больных с целиакией – ( $2,45 \pm 0,20$ ) Ед., в то время как при пищевой аллергии уровень IgA составил ( $1,45 \pm 0,08$ ) Ед. Различия достоверны,  $p < 0,05$ . Уровень общего IgE – 570 Ед. был более повышен у больных с гастроинтестинальной аллергией. Различия достоверны,  $p < 0,01$ . Характерными морфологическими изменениями тонкой кишки у больных целиакией были отек стромы, значительное укорочение ворсинок и расширение и углубление крипт (показатель гиперрегенерации слизистой), в связи с этим коэффициент ворсина/крипта был сниженным –  $1,52 \pm 0,27$ , а у больных с гастроинтестинальной аллергией он составил  $2,53 \pm 0,34$ ,  $p < 0,05$ . У больных гастроинтестинальной аллергией в строме отмечалось большое количество эозинофилов, ворсинки были также укороченными, а крипты были узкими, гиперрегенерации не наблюдалось.

У детей с пищевой аллергией выявлена наибольшая активация Т-хелперного звена и гиперпродукция IgE, свидетельствующая и о реактивных аллергических реакциях в данной группе больных. Следствием повреждения слизистой оболочки тонкой кишки является ее атрофия. Повреждение слизистой оболочки тонкой кишки опосредуется через Т-лимфоциты при целиакии – глютенном, а при гастроинтестинальной аллергии – аллергеном. Выявленные морфологические и иммунные расстройства позволяют назначить своевременно адекватную элиминационную диету, сорбенты и добиться тем самым коррекции этих расстройств.

#### 246. Диагностика и лечение синдрома избыточного бактериального роста в тонкой кишке

Плотникова Е.Ю., Краснова М.В., Баранова Е.Н., Шамрай М.А.  
Кемеровская ГМА, ГКБ № 3, Кемерово, Россия

**Цель исследования:** диагностика синдрома избыточного бактериального роста (СИБР) в тонкой кишке при помощи дыхательного водородного теста с лактулозой и его медикаментозная коррекция.

**Материалы и методы.** Обследованы 62 человека (41 женщина и 21 мужчина) в возрасте ( $31,0 \pm 12,1$ ) года с диагнозом «дисбактериоз». Всем пациентам кроме общепринятых методик (исследование кала на дисбактериоз и специфические инфекции (бактериологическое исследование), ирригоскопия, ректо- и/или колоноскопия) был проведен дыхательный водородный тест с лактулозой (прибор Gastrolzyzer 2, Bedfont scientific LTD, Великобритания).

**Результаты.** У 54 больных (87%) концентрация водорода была повышена в базовом выдохе (13 ppm) и достигала максимума в течение первого часа (от 26 до 68 ppm). У 8 пациентов концентрация водорода достигала первого максимума в течение первого часа (от 18 до 42 ppm) и второй пик (от 31 до 49 ppm) после первого часа и затем снижалась. Всем этим пациентам мы ставили диагноз СИБР. После обследования всем пациентам назначалось лечение: энтеросептики («Макмирор» или «Альфа Нормикс»), пребиотик («Дюфалак»), пробиотик («Линекс»). В динамике после лечения у всех пациентов купировались полностью (68%) или значительно уменьшились (32%) симптомы кишечной диспепсии и боли, стабилизировался вес. Показатели водородного дыхательного теста с лактулозой нормализовались у 60 пациентов (96,7%), у двух пациентов значительно улучшились.

**Выводы.** Дыхательный водородный тест с лактулозой позволяет диагностировать СИБР, а также провести дифференциальную диагностику между СИБР и СРК (синдром раздраженного кишечника) с целью коррекции лечения.

#### 247. Вегетативный статус у пациентов с желчнокаменной болезнью

Плотникова Е.Ю., Найденова Н.Е.  
Кемеровская ГМА, Россия

**Цель исследования:** оценка вегетативного статуса у больных с желчнокаменной болезнью (ЖКБ) до и после холецистэктомии.

**Материалы и методы.** Обследованы 63 пациента с ЖКБ в возрасте от 40 до 60 лет до и после холецистэктомии (ХЭ). Пациенты обследовались перед плановой операцией, а затем не ранее, чем через 6 месяцев после холецистэктомии. Контрольную группу составили 33 пациента аналогичного пола и возраста. Для оценки статуса функции вегетативной нервной системы использовалась программа «CORVEG».

**Результаты исследования.** Исходный вегетативный тонус у пациентов распределялся следующим образом: 1) выраженная симпатикотония наблюдалась у 9% при ЖКБ ( $p < 0,05$ ), у 15% при ХЭ ( $p < 0,05$ ) обследуемых больных и в 3% случаев в контроле; 2) умеренная симпатикотония встречалась в 8% (ЖКБ) и 10% (ХЭ) случаев ( $p < 0,05$ ), а в контроле не встречалась; 3) эйтония или вегетативное равновесие встречалось у пациентов ЖКБ в 56% случаев, при ХЭ – в 59% ( $p < 0,05$ ), а в контроле – в 30,3%; 4) умеренная ваготония встречалась у пациентов с ЖКБ в 6% ( $p < 0,05$ ) случаев, с ХЭ – в 21%, в контроле – в 24,2%; 5) выраженная ваготония наблюдалась в контрольной группе в 42,2% случаев ( $p < 0,05$ ), в исследуемой группе ЖКБ – в 5%, при ХЭ – в 15% случаев. Данные исследования вегетативной реактивности: 1) нормальная вегетативная реактивность в контроле – 30,3% достоверно не отличалась от результатов в группе ЖКБ – 24% и в группе ХЭ – 42,5% ( $p < 0,05$ ); 2) гиперсимпатикотоническая вегетативная реактивность была у пациентов с ЖКБ в 40% случаев, в группе ХЭ – в 42,5%, а в контроле – в 30,3%; 3) асимпатикотоническая реактивность у пациентов с ЖКБ (36%) тоже не отличалась достоверно от контроля (30,3%), но отличалась достоверно от группы ХЭ (15%) ( $p < 0,05$ ).

**Выводы.** Необходимо выявлять и корректировать вегетативные нарушения у больных ЖКБ для нормализации моторики желчевыводящих путей до и после холецистэктомии.

#### 248. Уровень магнемии у пациентов с хроническим вирусным гепатитом

Плотникова Е.Ю., Шамрай М.А., Краснова М.В., Баранова Е.Н.  
Кемеровская ГМА, ГКБ № 3, Кемерово, Россия

**Цель исследования:** диагностика уровня сыровоточного магния у пациентов с хроническим гепатитом В и хроническим гепатитом С.

**Материалы и методы.** Обследованы 52 пациента (21 женщина и 31 мужчина, возраст от 22 до 64 лет) с хроническим гепатитом С и 45 пациентов (15 женщин и 30 мужчин) с хроническим гепатитом В. Контрольную группу составили 35 здоровых человек. Всем больным проводили исследование сыровотки крови на содержание магния, фракционное минутированное хроматическое дуоденальное исследование с исследованием желчи, биохимическое и серологическое исследование крови, оценку вирусологических параметров возбудителя, динамическое УЗИ, ЭФГДС, морфологическое исследование печени. От каждого пациента было получено информированное согласие на участие в исследовании.

**Результаты.** По данным проведенного исследования у пациентов с ХГС было выявлено статистически значимое снижение уровня магния в сыровотке крови до ( $0,74 \pm 0,04$ ) ммоль/л ( $p < 0,01$ ) по сравнению с контрольной группой и группой ХГВ. Разброс результатов был от 0,44 до 0,81 ммоль/л при норме 0,80–1,10 ммоль/л, только у 5 (17,5%) из 35 пациентов уровень магния в сыровотке крови был в пределах нижней границы нормы. Из пациентов группы ХГВ только у двух (5%) уровень магния в сыровотке крови был ниже нормы. Средняя величина содержания магния в сыровотке крови у пациентов с ХГВ получилась ( $0,86 \pm 0,52$ ) ммоль/л, что не отличалось от группы контроля.

**Выводы.** Снижение уровня магнемии у пациентов с ХГС требует дальнейшего изучения и объяснения. Следующим этапом ис-

следования будет изучение содержания тканевого магния и установление взаимосвязей уровня магния в сыворотке крови с клиническими и морфологическими особенностями, а также моторно-эвакуаторными нарушениями билиарного тракта у пациентов с ХГС и ХГВ.

#### 249. Влияние магниуреза на формирование язвенного дефекта у стрессоустойчивых и стресснеустойчивых крыс в эксперименте

Поветкина В.Н., Рогова Л.Н.  
Волгоградский ГМУ, Россия,  
e-mail: vnpovetkina@gmail.com

**Цель исследования:** определение корреляции между содержанием магния в биологических жидкостях и площадью язвенного дефекта у стрессоустойчивых и стресснеустойчивых крыс с ацетатной язвой желудка.

**Материалы и методы.** В эксперименте на 20 крысах, предварительно разделенных на стрессоустойчивых и стресснеустойчивых, через 7 суток после моделирования ацетатной язвы измеряли площадь язвенного дефекта, определяли содержание магния в эритроцитарной массе и плазме крови из подключичной вены и суточном объеме мочи.

**Результаты.** У стрессоустойчивых крыс по отношению к стресснеустойчивым животным отмечалось уменьшение площади язвенного дефекта на 43,6% ( $p < 0,05$ ) и выявлялась сильная обратная зависимость между площадью изъязвления и магниурезом ( $r = -0,646$ ), а также умеренная связь по отношению к содержанию магния в плазме ( $r = 0,35$ ) и эритроцитарной массе крови из подключичной вены ( $r = -0,44$ ). У стресснеустойчивых крыс определялась заметная прямая зависимость между площадью язвы и потерей магния с мочой ( $r = 0,57$ ) и обратная умеренная связь по отношению к концентрации магния в плазме крови из подключичной вены ( $r = -0,337$ ).

**Заключение.** Таким образом, при нанесении стандартного повреждения уксусной кислотой у стрессоустойчивых крыс формируется язвенный дефект меньшей площади, чем у стресснеустойчивых животных. Механизмы формирования язвы у стрессоустойчивых и стресснеустойчивых крыс имеют особенности мобилизации, перераспределения и потерь магния. Наиболее значим магниурез, который у стрессоустойчивых крыс находится в обратной, а у стресснеустойчивых животных в прямой связи с размерами язвенного дефекта.

#### 250. Проблемы создания комплексных пробиотиков целевого назначения

Подгорский В.С., Тимошок Н.А., Шинкаренко Л.Н.,  
Лазаренко Л.М., Мокрозуб В.В., Бабенко Л.П.,  
Чейпеш А.В., Спивак М.Я.  
Институт микробиологии и вирусологии  
им. Д.К. Заболотного НАН Украины, Киев, Украина,  
e-mail: Timoshok@serv.imv.kiev.ua

С целью определения возможности создания пробиотических композиций с высоким уровнем иммуномодулирующей активности изучено их влияние на активность фагоцитарных клеток, НК-клеток-киллеров и индукцию цитокинов.

Отобранные и охарактеризованные 13 штаммов лактобацилл, бифидобактерий и бацилл с выраженными пробиотическими свойствами и их композиции культивировали с иммунокомпетентными клетками опытных мышей, которым ввели в оптимальных дозах соответствующие культуры и композиции, и интактных мышей. В культуральной среде и сыворотке крови определяли уровень интерферонов (IFN) и фактора некроза опухоли (TNF). Исследование иммуномодулирующего потенциала опытных культур и композиций, показало, что штаммы, достаточно близкие по уровню антагонистических свойств, кислотообразованию и адгезивному индексу, существенно отличались по способности стимулировать макрофаги, НК-клетки, индуцировать цитокины, в том числе IFN, TNF. Совместное применение штаммов с высокой индивидуальной индуцирующей активностью не всегда на моделях *in vivo* сопровождалось пропорцио-

нальным усилением иммунологического ответа. На отдельных моделях более высокие показатели достигались при использовании индивидуальных штаммов в оптимальных дозах. Увеличение дозы препарата не всегда сопровождалось усилением иммунного ответа.

Наши результаты подтверждают обоснованность требований Европейского регуляторного законодательства в области пробиотиков о необходимости проведения глубоких исследований иммуномодулирующих свойств как отдельных культур, так и их сочетаний, выявления оптимальных комбинаций бактериальных модулинов, обеспечивающих ожидаемые эффекты от применения пробиотических моно- и мультипрепаратов целевого назначения.

#### 251. Видовая идентификация антагонистических штаммов лактобацилл

Полужикова Е.У., Червинец Ю.В., Самоукина А.М.,  
Беляева Е.Д.  
Тверская ГМА, e-mail: julia\_chervinec@mail.ru, Институт  
общей генетики РАН им. Н.И. Вавилова, Москва, Россия

**Цель исследования:** определение вида антагонистических штаммов лактобацилл.

**Материалы и методы.** У 16 высоко антагонистических штаммов лактобацилл, выделенных из различных биотопов желудочно-кишечного тракта здоровых людей разных возрастных групп, определяли видовую принадлежность. Биохимическую идентификацию проводили, используя тест-систему api 50 CH «bio Mérieux» и программное обеспечение API WEB. Генетическую идентификацию осуществляли по методике, основанной на видоспецифичности у лактобацилл оперона  $F_0F_1$  АТФ-синтазы и его промоторного района. Были синтезированы 5 пар праймеров для межгенного района (109-340 пн), предшествующего оперону, для пяти видов лактобацилл, к которым принадлежит подавляющее большинство пробиотических штаммов лактобацилл (*L.acidophilus*, *L.casei*, *L.rhamnosus*, *L.fermentum*, *L.plantarum*). Праймеры были созданы по нуклеотидным последовательностям предшествующего оперону гена и первого гена оперона. Продукты ПЦР образовывались только с праймерами, свойственными данному виду. Данный метод был проверен на нескольких десятках штаммов лактобацилл, и результаты подтверждены определением вида лактобацилл по стандартному методу с использованием нуклеотидной последовательности гена 16S РНК.

**Результаты.** При ПЦР-анализе района, предшествующего оперону  $F_0F_1$  АТФ-синтазы, получено, что из 16 антагонистических штаммов лактобацилл 3 принадлежали к виду *L.plantarum*, 5 – к виду *L.fermentum*, 8 – к виду *L.rhamnosus*. При сравнении этих данных с результатами, полученными после биохимической идентификации, выявлено, что 13 штаммов подтвердили свою видовую принадлежность, а у 3 выявлены различия. Определение нуклеотидной последовательности межгенного района  $F_0F_1$  АТФ-синтазы позволило выявить различия между штаммами одного вида.

**Выводы.** Методика определения нуклеотидной последовательности подтвердила у 13 высоко антагонистических штаммов лактобацилл видовую принадлежность, полученную по биохимическим тестам, а у 3 штаммов изменила их видовое название.

#### 252. Модификация экологических условий как метод терапии дисбиоза кишечника

Потиевский Э.Г.  
ООО НПЦ ЭЛЮСАН, Омск, Россия, e-mail: peg37@mail.ru

**Цель исследования:** оценить эффективность экологического подхода к организации эффективной терапии дисбиоза кишечника. Ранее (1997 г.) нами была сформулирована концепция экологического подхода к терапии кишечных инфекций, суть которой состояла в создании в просвете кишечника условий, несовместимых с жизнедеятельностью возбудителей кишечных инфекций, в том числе условно патогенной микрофлоры, но не повреждающих нормофлору. Модифицирующий фактор должен быть безвредным для организма человека. Таким фактором оказалась БАД «Пепидол ПЭГ», разработанная нами на основе пектина (Свидетельство

о государственной регистрации 77.99.11.3.У.7773-5.8.09). Пероральное введение препарата по разработанной схеме позволяет на определенное время закислить просвет тонкой и толстой кишки до pH=3,5, что является губительным для условно патогенной микрофлоры. Клинические наблюдения (более 10 лет) свидетельствуют также о нормализации при этом физиологических функций кишечника. Бактериологические исследования показали, что пепидол бактерицидно воздействует на условно патогенную микрофлору. Это создает благоприятные условия для колонизации стенки кишечника собственной нормофлорой или, при необходимости, соответствующими пробиотиком. Весь комплекс мероприятий занимает до 3-4 недель. Оздоровительный эффект (наблюдение до 2 лет) отмечался у 85-90% пациентов. Таким образом, модификация экологии кишечника пепидолом обеспечивает успешную терапию его дисбиоза.

### 253. Уровень HBsAg в гепатоцитах и выраженность некротически-воспалительного процесса в печени у больных хроническим гепатитом В

Правдолюбова И.А., Дуданова О.П., Мальцева С.В.  
Петрозаводский государственный университет, НИИ экспериментальной медицины, Санкт-Петербург, Россия

Целью исследования явилась оценка степени некротически-воспалительного процесса в печени в зависимости от содержания HBsAg в гепатоцитах у больных хроническим гепатитом В (ХГВ).

Материалы и методы исследования. Обследованы 17 больных ХГВ на стадии гепатита. Иммуногистохимическим методом в ткани печени выявлялась экспрессия HBsAg (тест-система «Novocastra», UK), оценивался индекс гистологической активности (ИГА) и гистологический индекс склероза (ГИС) по методу Knodell R.G. При увеличении  $\times 40$  в 10 полях зрения подсчитывалось среднее число HBsAg в гепатоците, количество инфицированных гепатоцитов, число гепатоцитов в состоянии крупнокапельной и мелкокапельной жировой дистрофии (ККЖД, МКЖД), гидропической дистрофии (ГД) и некроза.

Результаты. Экспрессия HBsAg выявлялась в 58,2% гепатоцитов, причем цитоплазма 91,8% гепатоцитов была заполнена ядерным протеином (ЯП) на 1/3 и менее, 9,3% – на 1/2 и лишь 6,2% гепатоцитов – на 2/3 и более. Средняя концентрация ЯП в гепатоците составляла  $(8,1 \pm 5,8)$  частиц. Редко HBsAg определялся в ядрах гепатоцитов. Отмечалась позитивная связь между количеством HBsAg в гепатоците и числом инфицированных клеток в состоянии ККЖД ( $r=0,53$ ,  $p<0,05$ ), МКЖД ( $r=0,56$ ,  $p>0,05$ ) и ГД ( $r=0,56$ ,  $p<0,005$ ) и числом инфицированных некротизированных клеток ( $r=0,46$ ,  $p<0,05$ ). Не отмечалось корреляции между уровнем HBsAg и выраженностью воспалительной инфильтрации и степенью фиброза.

Выводы. Синтез ядерного протеина вируса гепатита В вызывает значительные дистрофические и некротические изменения гепатоцитов и не коррелирует с воспалением и фиброзом в печени.

## Р

### 254. Использование препарата «Экспортал» в терапии пациентов с дисбиозом кишечника на фоне хронических заболеваний печени

Радченко В.Г., Селиверстов П.В., Воскобойникова И.В.  
СПбГМА им. И.И. Мечникова, ЗАО «ФПК ФармВИЛАР», Россия

Цель исследования: оценить эффективность применения препарата «Экспортал» при лечении дисбиоза толстой кишки (ДТК) и латентной печеночной энцефалопатии (ЛПЭ) у пациентов с хроническими заболеваниями печени (ХЗП).

Материалы и методы. Экспортал (лактитол) – осмотическое слабительное с пребиотическими и антиаммониемическими свойствами. 20 (основная группа, ОГ) из 30 пациентов (18 женщин, 12 мужчин, возраст  $(47 \pm 12)$  лет) с ДТК на фоне ХЗП с преобладанием абдоминальных болей и вздутия живота, расстройствами стула получали, помимо традиционной метаболической и инфузионной терапии экспортал по 2 ч/л порошка/200 мл воды 2 раза в день во время еды в течение одного месяца. Для оценки терапевтической эффективности использовали стандартные методы, в том числе опрос больного, эндоскопию или рентгенографию кишечника, бактериологическую оценку состава микрофлоры толстой кишки и степени ЛПЭ и др.

Результаты. После окончания курса лечения экспорталом выявлена выраженная достоверная регрессия клинических признаков ДТК (в отличие от группы сравнения, ГС): у 60-80% больных значительно уменьшились отрыжка, частота и интенсивность болей, метеоризм и урчание в животе, тошнота и чувство переполнения в желудке; соотношение нормальная/условно патогенная микрофлора существенно изменилось в сторону нормальной микрофлоры; наблюдалась позитивная динамика показателей качества жизни больных; у всех пациентов ОГ (в отличие от ГС) с ХЗП и ДТК отмечали снижение уровня лейкоцитов, СОЭ, активности АсАТ, АлАТ, щелочной фосфатазы, содержание билирубина, холестерина, рост уровня эритроцитов, тромбоцитов, гемоглобина. На фоне приема экспортала в течение 4 недель у больных ХЗП сопровождалось достоверным снижением или исчезновением проявления печеночной энцефалопатии (ПЭ) – у 85% пациентов (в ГС – у 10%).

Выводы. Экспортал рекомендован как эффективное патогенетическое средство больным с ДТК и ПЭ на фоне ХЗП.

### 255. Роль применения пищевых волокон у пациентов с хроническими заболеваниями печени

Радченко В.Г., Ситкин С.И., Селиверстов П.В.,  
Тетерина Л.А., Чихачева Е.А.  
СПбГМА им. И.И. Мечникова, Россия

Цель исследования: оценить клинко-биохимические (кл/бх) показатели, состояние кишечной микрофлоры (КМ) и качество жизни (КЖ) у больных хроническими заболеваниями печени (ХЗП) и динамику их изменений на фоне приема пищевых волокон.

Материал и методы: 20 человек с ХЗП от 35 до 69 лет. В рамках принятых стандартов проводилась диагностика и лечение ХЗП. Дополнительно назначался мукофальк (пищевые волокна *Plantago ovata*) по 1 пакетику 3 раза в день. Оценка кл/бх показателей, дисбиоза и КЖ выполнена через 4 недели от начала терапии.

Результаты. У пациентов с ХЗП в 90% выявлены изменения КМ, в 57% – 2 степень дисбиоза. Отмечалось уменьшение содержания бифидо- и лактобактерий на 2-3 порядка по сравнению с нормативами, и повышение уровня стафилококков и грибов рода кандиды в среднем до  $3-5 \lg$  КОЕ/г. При увеличении степени дисбиоза нарастали жалобы на метеоризм, отсутствие аппетита, изменение характера стула. При оценке КЖ отмечено увеличение депрессивных расстройств по шкале Цунга ( $p<0,05$ ) и снижение по шкалам опросника КЖ SF-36 ( $p<0,05$ ). На фоне приема мукофалька через 5-6 дней абдоминальный болевой и диспепсический синдром выявлялись реже ( $p<0,05$ ), отмечалась

нормализация стула. Через 4 недели повысилось содержание лакто- и бифидобактерий, а количество стафилококков и грибов рода кандиды снизилось ( $p < 0,05$ ). В крови имело место снижение АЛТ, АСТ, общего билирубина, холестерина ( $p < 0,05$ ). У 40% больных ХЗП с избыточной массой тела отмечено снижение массы. Улучшение параметров КЖ по опроснику SF-36 наблюдалось у 65% больных.

**Выводы.** Лечебный эффект пищевых волокон (*Plantago ovata*) при ХЗП обусловлен нормализацией микрофлоры кишечника, снижением уровня эндотоксинов, уменьшением клинических симптомов и лабораторных проявлений основного заболевания, что способствовало повышению качества жизни.

**256. Эффективность применения пробиотика «Линекс» у пациентов с хроническими заболеваниями печени**  
Радченко В.Г., Чихачева Е.А., Селиверстов П.В.,  
Тетерина Л.А.  
СПбГМА им. И.И. Мечникова, Россия

**Цель исследования:** оценка эффективности пробиотика «Линекс» в комплексной терапии хронических заболеваний печени (ХЗП), влияние на течение основного заболевания, биохимические показатели, состояние кишечной микрофлоры (КМ).

**Материал и методы:** 30 пациентов с ХЗП (18 мужчин и 12 женщин), средний возраст ( $48,0 \pm 1,3$ ) года. Проводился анализ жалоб, объективного статуса, лабораторно-инструментальных данных, бактериологического исследования КМ. Показатели контролировались до и после комплексной терапии с применением пробиотика «Линекс», который назначался по 2 капсулы 3 раза в день во время еды в течение 3 недель.

**Результаты.** У всех больных наблюдался синдром цитолиза преимущественно за счет АСТ ( $210,0 \pm 10,9$ ) Ед./л и холестаза (ЩФ – ( $371,0 \pm 13,8$ ) Ед./л; общий билирубин – ( $30,1 \pm 3,5$ ) мкмоль/л, ГГТП – ( $187,0 \pm 5,8$ ) Ед./л). Дисбиоз толстой кишки выявлен у всех больных ХЗП, что составило 100%. Отмечалось снижение количества бифидо- и лактобактерий и рост условно патогенной флоры (стафилококков, грибов рода кандиды). Жалобы на метеоризм, отсутствие аппетита, изменение характера стула нарастали с увеличением степени дисбиоза. На фоне приема линекса через 3 недели абдоминальный болевой и диспепсический синдром выявлялись реже ( $p < 0,05$ ), отмечалась нормализация стула. Через 3 недели повысилось содержание лакто- и бифидобактерий, а количество стафилококков и грибов рода *Candida* снизилось ( $p < 0,05$ ). В крови – снижение АЛТ, АСТ, ГГТП, общего билирубина ( $p < 0,05$ ).

**Выводы.** Эффективность линекса в комплексной терапии ХЗП обусловлен нормализацией КМ, уменьшением клинических симптомов и лабораторных проявлений основного заболевания, что способствует повышению качества жизни.

**257. Предоперационные стресс-индуцированные изменения гомеостаза и психологического статуса пациента при выполнении лапароскопической холецистэктомии**  
Репникова Р.В., Голофаева О.И., Барбараш О.Л.  
Кемеровская ГМА, Областная клиническая больница,  
Кемерово, Россия

Общезвестно, что пациенты с синдромом артериальной гипертензии (АГ) имеют высокий риск психоэмоциональных стресс-индуцированных нарушений гомеостаза. Принимая во внимание, что хирургическая операция является классической моделью стресса, можно ожидать, что стресс для больных с АГ в условиях оперативного вмешательства проявляется дистрессом.

**Цель исследования:** оценить выраженность стресс-индуцированных нарушений цитокинового профиля и психологического состояния у пациентов с наличием синдрома АГ, подвергшихся плановой лапароскопической холецистэктомии.

**Материал и методы.** В исследование включены 52 пациента с АГ. За 2 недели до госпитализации и накануне операции проводилось определение маркеров воспаления (ИЛ-6, ИЛ-8, ИЛ-10) и оценка тревожности по Спилбергеру-Ханину.

**Результаты.** При оценке результатов по шкалам тревожности, оцененных за 2 недели до госпитализации и накануне операции, у большинства больных (61,54% и 65,38%, соответственно) диагностирована высокая ЛТ, у 18 (34,61%) – умеренно повышенная, у 2 (3,84%) – низкая. Уровни РТ распределились иначе: по 6 и 8 больных (11,54% и 15,38%) имели высокую РТ, по 42 и 44 (80,76% и 84,62%) – умеренно повышенную, 4 больных за 2 недели (7,69%) – низкую. Параметры цитокинового профиля характеризовались достоверным повышением концентраций провоспалительных цитокинов перед операцией при сравнении с исходными значениями: ИЛ-6 на 26,30% и ИЛ-8 – на 50,59%. Одновременно уменьшилась на 25,3% концентрация противовоспалительного ИЛ-10.

**Выводы.** Данные настоящего исследования демонстрируют факт, что пациенты с желчнокаменной болезнью и АГ имеют выраженные психоэмоциональные нарушения, степень которых нарастает по мере приближения даты предстоящей операции.

**258. Комплексный подход к автоматической обработке эндоскопов**  
Ржанова П.Б.  
ООО «Лизоформ-СПб», Санкт-Петербург, Россия,  
e-mail: rzhanova@lysoform.ru

**Цель исследования:** определение необходимости применения автоматического оборудования для обработки гибких эндоскопов. Оптимизация технологического процесса обработки эндоскопа с помощью применения специализированного оборудования является одним из основных направлений повышения инфекционной безопасности манипуляций гибкими эндоскопами. В связи с этим компания «Лизоформ» зарегистрировала в 2009 году установку DSD-201 для автоматической мойки, дезинфекции высокого уровня и стерилизации гибких эндоскопов химическим методом. Установка производится в компании Minntech Medivators (США), которая является мировым лидером по производству автоматических репроцессоров и аксессуаров к ним. В мире работает более 7000 установок DSD-201, из которых 50% приходится на европейский рынок, 20% – на азиатский, 30% – на США и Канаду.

Установка DSD-201 для обработки эндоскопов имеет уникальную конструкцию, оснащена двумя станциями-камерами для обработки эндоскопов всех известных марок (Olympus, Pentax, Fujinon и других). Благодаря такой конструкции, в отличие от других установок, репроцессор DSD-201 может проводить одновременно независимую обработку двух различных эндоскопов разными циклами по Вашему расписанию. Использование одной двухкамерной установки DSD-201 позволяет заменить 2 однокамерные установки.

В установке DSD-201 могут использоваться различные дезинфицирующие средства, разрешенные для обработки эндоскопов и основанные на глутаровом, ортофталевом альдегидах, или перекиси водорода/надукусной кислоте.

Использование установки DSD-201 позволит исключить влияние человеческого фактора при проведении обработки эндоскопов и, как следствие, сократить риск передачи инфекции; стандартизировать процесс обработки эндоскопов и обеспечить качественную обработку; практически полностью исключить контакт персонала с дезинфицирующими средствами, тем самым обезопасив персонал от их вредного воздействия; сократить время, затрачиваемое на обработку эндоскопов, и увеличить оборачиваемость эндоскопов в 1,5-2 раза; минимизировать затраты на обработку и продлить срок службы эндоскопа.

**259. Микронутриентная обеспеченность детей различных регионов Беларуси в динамике за десятилетие**  
Ровбуть Т.И.  
Гродненский ГМУ, Беларусь

Дефицит витаминов и микроэлементов, являющийся результатом низкого качества и несбалансированности питания, усиливает отрицательное воздействие на организм человека вредных экологических условий, в частности, повышенного радиационного фона.

**Целью** нашего исследования была сравнительная характеристика витаминной обеспеченности детей, проживающих в регионах «жесткого» радиационного контроля после аварии на ЧАЭС и в «чистых» регионах Беларуси в динамике за десятилетие.

В период с 1996 по 2007 гг. нами было выполнено исследование параметров витаминной обеспеченности 447 детям в возрасте от 10 до 14 лет. 91 ребенок проживал в регионах с уровнем радиоактивного загрязнения почвы свыше 5 Ки/км<sup>2</sup> по <sup>137</sup>Cs.

Более чем у 50% детей «чистых» регионов Беларуси зарегистрирован дефицит витамина В<sub>6</sub> и С, причем в весенний период их недостаточность нарастает практически в 3 раза по сравнению с осенним периодом и достигает 99% по аскорбиновой кислоте и 90% по пиридоксину. Около 20% детей этого региона весной имели недостаток витамина Е и 4,3% детей – дефицит витамина В<sub>12</sub>. За последнее десятилетие в осенний период отмечено улучшение С-, А-, Е- и В<sub>12</sub>-витаминной обеспеченности ( $p < 0,05$ ).

В регионах радиационного контроля выявлен дефицит витаминов С (86,8%), В<sub>6</sub> (77,8%) и Е (61,2%), вне зависимости от сезона. За последнее десятилетие наблюдается увеличение частоты гиповитаминозов С на 54,3% ( $p < 0,001$ ) и Е на 27,5% ( $p < 0,05$ ).

Таким образом, дети, подвергающиеся длительному воздействию малых доз радиоактивного облучения, имеют более глубокое нарушение в системе антиоксидантной защиты организма, что обуславливает необходимость углубленного изучения причин его развития, а также поиска рациональных схем его коррекции.

#### 260. Результаты хирургического лечения язвенного колита (ЯК) у детей

Рожденкин Е.А., Лукоянова Г.М., Обрядов В.П., Цирдава Г.Ю.

Нижегородский НИИ детской гастроэнтерологии, Россия, e-mail: rozhdenkin@yandex.ru

**Цель исследования:** оценить ближайшие и отдаленные результаты хирургического лечения детей с тяжелыми формами язвенного колита.

**Материалы и методы.** В клинике прооперированы 25 больных ЯК в возрасте от 6 до 17 лет (11 мальчиков, 14 девочек). По экстренным показаниям, которыми служили профузное кровотечение, молниеносная форма заболевания, перфорация кишки, оперированы 3 ребенка. В 22 случаях показанием явилось непрерывно-рецидивирующее течение заболевания с отсутствием клинико-лабораторной и морфологической ремиссии, а также наличием стойких системных воспалительных изменений на фоне консервативной терапии. 10 больным выполнена одномоментная колэктомия: с наложением илеоректального анастомоза (9), демукозацией прямой и низведением подвздошной кишки (1). Двухэтапная операция – субтотальная колэктомия с выведением илеостомы и наложением илеоректального анастомоза спустя 6-12 месяцев, произведена 14 больным. Одному больному, с изменениями в прямой кишке и анальном канале, выполнена колопроктэктомия.

**Результаты.** Осложнения наблюдались у 4 пациентов: у 3 – в ближайшем послеоперационном периоде имели место несостоятельность швов анастомоза, перитонит; у 1 сформировался ректовагинальный свищ, закрывшийся самостоятельно. Летальный исход наступил в 2 случаях от тяжелых сопутствующих системных нарушений с развитием полиорганной недостаточности. Субъективное улучшение самочувствия и качества жизни отмечают 21 из 23 наблюдаемых пациентов: 5 работают, ведут активный образ жизни; 14 учатся в школе, 3 из них на домашнем обучении; 1 ребенок готовится ко второму этапу операции. Частота стула составила в среднем 4±2 раза в сутки с одним ночным эпизодом во всех случаях. Гормональную и цитостатическую терапию в послеоперационном периоде не получает ни один ребенок.

**Вывод.** Своевременно выполненная операция при ЯК позволяет не только избежать развития угрожающих жизни осложнений, но и улучшить качество жизни оперированных пациентов.

#### 261. Подавление образования биопленок дисбиотических бактерий пробиотическими лактобациллами

Рыбальченко О.В., Бондаренко В.М., Орлова О.Г., Рыжанкова А.В.

Гос. НИИ ОЧБ ФМБА России, Санкт-Петербург, Санкт-Петербургский государственный университет, Россия

**Цель:** исследование ультраструктурной организации однородных и смешанных микробных сообществ микробиоты человека при формировании бактериальных биопленок *in vitro*.

**Материалы и методы.** Сканирующая и трансмиссионная электронная микроскопия биопленок различных видов бактерий, изолируемых при дисбиотическом состоянии кишечника и атопическом дерматите: клинические штаммы коагулазоотрицательных стафилококков (КОС), клебсиелл, неферментирующих грамотрицательных бактерий (НГОВ) и гемолитических кишечных палочек и пробиотических штаммы: *L.plantarum*, *L.fermentum*, *L.helveticus*, *L.casei*, продуцирующие бактериоциноподобные вещества.

**Результаты.** Установлено, что бактериальные биопленки однородных и смешанных микробных сообществ КОС, клебсиелл и НГОВ, развивающиеся *in vitro* в бактериальных газонах, со стороны воздуха ограничены комплексом поверхностных структур, включающих клетки в единую композиционную систему. Поверхностные структуры биопленок, обеспечивая контакт с внешней средой, наряду с полисахаридными слоями межклеточного матрикса экранируют клетки в биопленках. Выявлены значительные отличия в ультраструктурной организации клеток тест-штаммов, выращенных в монокультуре и совместно с бактериоцино-синтезирующими лактобациллами. Обнаружены ультраструктурные изменения поражаемых метаболитами лактобацилл клеток-мишеней, проявляющиеся в увеличении толщины клеточной стенки, образовании на ее поверхности дополнительных защитных слоев с переходом в состояние покоя и проявление деформации клеточной стенки, цитоплазмы и нуклеоида.

**Заключение.** Идентичность ультратонкого строения биопленок свидетельствует об универсальной защите условно патогенных бактерий, что обеспечивает их персистенцию при дисбиозах кишечника и атопическом дерматите.

#### 262. Выбор пробиотических препаратов в коррекции микробиоценоза у детей с кожно-интестинальной аллергией

Рябчук Ф.Н., Братова Е.А.

СПбМАПО, Санкт-Петербург, Россия

**Цель исследования:** оценить эффективность пробиотиков в коррекции микробиоценоза у детей с кожно-интестинальной аллергией и не усугубить их аллергическую сенсibilизацию.

**Материалы и методы.** Под наблюдением находились 30 детей в возрасте от 2 месяцев до 6 лет с кожно-интестинальной аллергией. Превалировали пациенты с аллергией к белку коровьего молока (БКМ), яйцу и, реже, к рыбе и другим пищевым продуктам. Первые проявления аллергии у детей возникли либо при переводе их на вскармливание смесями на основе коровьего молока, либо при использовании пробиотиков, в составе которых были БКМ.

Диагноз аллергической энтеропатии и атопического дерматита был верифицирован анализом наследственного анамнеза, оценкой пищевого дневника, определением общего и специфических IgE, биорезонансным тестированием (БРТ) на пищевые и ингаляционные аллергены, микробиологическим исследованием кала на микробиоценоз кишечника.

**Результаты.** У наблюдаемых детей были выражены диспептические симптомы, неустойчивый «непереваренный» стул с примесью в нем слизи, кишечные колики. Проявления атопического дерматита носили распространенный характер (сгруппированные уртикарии, бляшки, экскориации, лихенефикация кожи). После БРТ больным назначалась элиминационная диета, ломилан и пробиотики – «Габриофлорин-бифидо» и «Габриофлорин-лакто». Синбиотический препарат не содержит молочного белка и лактозы. «Габриофлорин-бифидо» и «Габриофлорин-лакто»

назначались по 5-10 мл 2 раза в день после еды; продолжительность курса 14 дней. Проведенное лечение способствовало быстрому купированию диспептического синдрома (у 53,3% детей к 3 дню лечения) и полному исчезновению к концу курса приема синбиотиков. К 5-6 дню лечения уменьшились, а затем к концу второй недели ликвидировались боли в животе. Кожные проявления аллергии у 80% детей достигли минимума к концу 2-й недели лечения, у 20% детей они исчезли к 8-10 дню курации. В микробиологических анализах кала улучшились показатели как основных компонентов биоценоза, так и состава условно патогенной флоры кишечника.

**Выводы.** Для детей с кожно-интестинальной аллергией рекомендуются пробиотики, не обладающие аллергенным воздействием. Этим требованиям в полной мере соответствуют препараты «Габриофлорин-бифидо» и «Габриофлорин-лакто».

### 263. Оценка чувствительности микрофлоры кишечника к примадофилусу и бифиформу у детей с гастроэнтерологической патологией

Рябчук Ф.Н., Карпинская Л.И.

СПбМАПО, Санкт-Петербург, Россия

**Цель исследования:** оценить клиническую эффективность и лабораторную чувствительность микрофлоры кишечника к наиболее часто используемым пробиотикам для коррекции дисбактериоза у детей с заболеваниями органов пищеварения.

**Материал и методы.** Под наблюдением находились 39 больных в возрасте от 2 месяцев до 5 лет с нарушением микробиоценоза при лямблиозной инвазии (25 детей) и кожно-интестинальной аллергии (14 пациентов). Диагноз был верифицирован оценкой анамнеза, клинической симптоматики, анализа пищевого дневника, исследования испражнений на лямблии методом эфирно-формалинового обогащения, биорезонансного тестирования на сенсibilизацию к пищевым аллергенам и микробиологическим тестированием чувствительности или резистентности выделенной микробной флоры кишечника к примадофилусу и бифиформу (микробиологические исследования выполнены в СПбИЭМ, лаборатория «Диагностика»).

**Результаты.** У детей с лямблиозной инвазией в анамнезе были повторные попытки санации трихополом, немозолом в сочетании с бифиформом, эрадикацией лечение не завершилось. Среди тестированных пищевых аллергенов у обследованных детей превалировала сенсibilизация к белкам коровьего молока, яйцу, рыбе.

Микробиологический спектр высевов УПФ испражнений выявил у 74,3% пациентов изолированный рост цитробактера, клебсиелл, гемоштаммов *C.coli*, стафилококков при выраженном снижении титров основных компонентов биоценоза. Ассоциативный рост микробов кишечного ряда в разных сочетаниях был выявлен у 25,7% больных. Оказался весьма интересным факт, касающийся разной чувствительности бактериальной флоры к примадофилусу и бифиформу. УПФ-цитробактер, клебсиеллы, гемоштаммы *C.coli* имели 100% чувствительность к примадофилусу, в то время как к бифиформу определялся самый низкий уровень чувствительности – 10,2%. Что касается грибов рода *Candida alb.*, то у примадофилуса к ним была промежуточная чувствительность, а у бифиформы определялась во всех случаях резистентность. Клиническая эффективность была отчетливо значимой у детей при использовании примадофилуса.

**Выводы.** Синбиотик примадофилус имеет преимущества в коррекции бактериальных диссоциаций в микробиоценозе по сравнению с бифиформом. При высевах грибов рода *Candida alb.* акцент в коррекции дисбактериоза должен быть смещен в пользу выбора антимикотической терапии.

### 264. Этапная программа лечения детей с персистирующей лямблиозной инвазией

Рябчук Ф.Н., Пирогова З.И.

СПбМАПО, Санкт-Петербург, Россия

**Цель исследования:** оценить эффективность трехэтапной программы курации детей с упорной лямблиозной инвазией.

**Материал и методы.** В дизайн обследования включалась оценка клинико-anamnestических данных, клинического минимума (анализ крови, копрограмма), УЗИ органов брюшной полости, исследование фекалий на лямблии методом формалин-эфирного обогащения. Оценивались показатели общей иммунологической реактивности; коэффициент фагоцитарной защиты (КФЗ) и иммунный лимфоцитотарный потенциал (ИЛМП).

**Результаты.** Под наблюдением находился 81 ребенок в возрасте от 2 до 12 лет, из них 20 здоровых детей (контрольная группа). У всех больных было длительное персистирование лямблий в кишечнике в течение 2-3 лет, несмотря на 3-5-кратные курсы антипротозойной терапии. В клинической картине у больных преобладали симптомы желудочной диспепсии, интоксикации, боли в животе с локализацией в околопупочной области или в правом подреберье.

Показатели общей иммунологической реактивности КФЗ и ИЛМП у больных были достоверно более низкими по сравнению с таковыми в контроле ( $p < 0,01$  и  $p < 0,01$  соответственно). Поэтому было патогенетически обоснованным применение иммунотропной терапии у детей с упорным лямблиозом.

Использовалась трехэтапная программа лечения детей. С целью уменьшения проявлений интоксикации назначался I этап – подготовительный. Он состоял из сорбентов и желчегонных средств, срок 7 дней. II этап – элиминационный, когда использовались химиопрепараты, пробиотики, курс 7-8 дней. На III восстановительном этапе акцент в терапии был на иммунотропные средства, на восстановление витаминно-минерального баланса, пробиотики с последующим назначением спорирующей, лецитина, проростков пшеницы (срок 4-5 недель). Комплексная этапная терапия оказалась высокоэффективной, процент эрадикации от лямблий составил 96,8%. У 2 детей (из 61) после 3 этапов лечения резко снизилась степень интенсивности инвазии.

**Вывод.** Этапная терапия персистирующих форм лямблиоза оказывает хороший санационный эффект и не дает побочных реакций или осложнений.



## С

**265. Особенности клинических проявлений хеликобактериоза при различных вариантах обсемененности слизистой оболочки желудка *Helicobacter pylori***

Саблин О.А., Ильчишина Т.А., Ледовская А.А.  
ВЦЭРМ им. А.М. Никифорова МЧС, Санкт-Петербург, Россия

**Цель исследования:** оценить особенности клинического течения хеликобактериоза при хроническом гастрите (ХГ) и язвенной болезни (ЯБ) двенадцатиперстной кишки при различных вариантах обсемененности слизистой оболочки желудка (СОЖ) кокковыми и спиралевидными формами *Helicobacter pylori* (НР).

**Материал и методы.** Обследованы 124 пациента с клиническими проявлениями НР-ассоциированных заболеваний. Диагноз ЯБ двенадцатиперстной кишки был установлен у 59 пациентов (средний возраст  $(60,6 \pm 1,8)$  года), ХГ – у 65 пациентов (средний возраст  $(58,5 \pm 1,1)$  года). Анализировались длительность заболевания, характер жалоб, частота и характер рецидивирования. Всем пациентам была проведена фиброгастродуоденоскопия с биопсией слизистой оболочки из антрального отдела и тела желудка. Определение варианта колонизации НР проводилось с помощью иммуноцитохимического метода с полуквантитативной оценкой кокково-бациллярной обсемененности НР.

**Результаты.** Частота встречаемости болевого синдрома при бациллярно-кокковом варианте обсеменности СОЖ составила 78,7%, при варианте обсеменности только спиралевидными формами – 57,1% ( $p < 0,05$ ). Астеновегетативный и диспепсический синдромы у пациентов с язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки и хроническим гастритом встречались с одинаковой частотой при бациллярном и бациллярно-кокковом вариантах обсеменности НР слизистой оболочки желудка (45,8% и 62,5% и 42,9% и 66,7% соответственно). При ХГ достоверных различий между аналогичными показателями выявлено не было.

**Вывод.** При бациллярно-кокковом варианте обсеменности СОЖ у пациентов с ЯБ и ХГ болевой абдоминальный синдром выявляется на 21,6% чаще, чем при монообсеменности СОЖ бациллярными формами.

**266. Мотивация пациентов с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью при выборе хирургического лечения**

Саблин О.А., Ледовская А.А., Ильчишина Т.А.  
ВЦЭРМ им. А.М. Никифорова МЧС, Санкт-Петербург, Россия

**Цель исследования:** изучить факторы, определяющие стратегию лечения гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (ГЭРБ).

**Материал и методы.** Под наблюдением в течение 3 лет находились 60 мужчин (средний возраст  $(45,5 \pm 7,2)$  года) с эндоскопическими и рентгенологическими признаками ГЭРБ. Для оценки эффективности консервативной антирефлюксной терапии проводилось исследование интрагастральной и внутрипищеводной кислотности методом суточной рН-метрии с использованием аппарата «Гастроскан-24» («Исток-Система», г. Фрязино). Для определения субъективных факторов, влияющих на выбор тактики лечения, проводилось специальное анкетирование пациентов.

**Результаты.** Основоположающим критерием для назначения антисекреторной терапии ГЭРБ является наличие патологических более 59 гастроэзофагеальных рефлюксов (ГЭР) с  $pH < 4$ , которые были диагностированы у 27% пациентов. Учет щелочных ГЭР и дуоденогастральных не проводился в связи с ограничением метода суточной рН-метрии в их диагностике. По результатам анкетирования наиболее важными субъективными факторами, влияющими на выбор хирургического лечения ГЭРБ у пациентов, являлись: неэффективность консервативной терапии в течение 3 месяцев – 46%, рекомендации врача – 45%, нежелание длительного курса лечения – 15%, высокая стоимость лечения – 4%, профилактика рака – 3%.

**Выводы.** При выборе тактики лечения ГЭРБ необходимо осуществлять комплексный подход, учитывающий мотивацию пациентов, данные суточной рН-метрии и эффективность консервативной антирефлюксной терапии.

**267. Распространенность аутоиммунного гастрита у пациентов с функциональной диспепсией**

Саблин О.А., Юрин М.В.  
Всероссийский центр экстренной и радиационной медицины им. А.М. Никифорова МЧС России, Санкт-Петербург, Россия

**Цель исследования:** изучить распространенность аутоиммунного гастрита в отдаленном периоде у пациентов с функциональной диспепсией.

**Материал и методы.** Всего в течение 2007-2010 гг. обследован 181 пациент (средний возраст  $(58,3 \pm 7,0)$  года) с симптомами функциональной диспепсии (Римские критерии III). Всем пациентам проведена эндоскопия пищевода и желудка с биопсией слизистой оболочки тела и антрального отдела желудка, гистологическое исследование биоптатов. Для диагностики *Helicobacter pylori* (НР) инфекции использовался «Биохит» – тест для определения уреазной активности НР в биоптате, а также проводилось определение антител класса IgG к НР в сыворотке крови. Для определения аутоиммунного гастрита использовалось определение антител к париетальным клеткам слизистой оболочки желудка (более 10 Е/мл) и внутреннему фактору Кастла (более 1,2 УЕ/мл). Обследование проводилось при поступлении в клинику, а также через 1, 2 и 3 года.

**Результаты.** В 2007 г. микст-гастрит (аутоиммунный + НР) выявлялся в 8,8% случаев, аутоиммунный гастрит – в 6,1% случаев. В 2008 г. микст-гастрит (аутоиммунный + НР) определялся в 7,7% случаев, аутоиммунный гастрит – в 3,9% случаев. В 2009 г. микст-гастрит (аутоиммунный + НР) выявлен в 9,4% случаев, аутоиммунный гастрит определялся в 6,6% случаев. В 2010 г. соответствующие показатели составили соответственно 6,6% и 4,4%.

**Вывод.** В среднем изолированный аутоиммунный гастрит встречался в 5,3% случаев, хронический аутоиммунный гастрит, ассоциированный НР, – в 8,1% случаев.

**268. Эффективность эрадикационной терапии первой линии при аутоиммунном + хеликобактерном гастрите**

Саблин О.А., Юрин М.В.  
Всероссийский центр экстренной и радиационной медицины им. А.М. Никифорова МЧС России, Санкт-Петербург, Россия

**Цель исследования:** оценить эффективность эрадикационной терапии у пациентов с аутоиммунным гастритом, ассоциированным с *Helicobacter pylori* (НР), в отдаленном периоде.

**Материал и методы.** Обследованы 47 пациентов (средний возраст  $(59,7 \pm 6,8)$  года) с аутоиммунным гастритом, ассоциированным с НР. Всем пациентам проведена эндоскопия пищевода и желудка с биопсией слизистой оболочки фундального и антрального отделов желудка, гистологическим исследованием биоптатов. Аутоиммунный гастрит устанавливался при повышении уровня антител к париетальным клеткам слизистой оболочки желудка (более 10 Е/мл) и внутреннему фактору Кастла (более 1,2 УЕ/мл). Для диагностики НР использовался «Биохит» – тест для определения уреазной активности НР в биоптате, а также проводилось определение антител класса IgG к НР в сыворотке крови. Обследование проводилось при поступлении в клинику, а также через 1 и через 2 года после курса эрадикационной терапии первой линии (омепразол 40 мг/сут, кларитромицин 1 г/сут., амоксициллин 2 г/сут) в течение 10 дней.

**Результаты.** Эрадикационная терапия НР через год была эффективной у 53,9%. Через 2 года эффективность эрадикации составила 32,9%.

**Вывод.** Пациенты с аутоиммунным гастритом, ассоциированным с НР-инфекцией, имеют более низкие показатели эффективности стандартной эрадикационной терапии первой линии,

чем пациенты с хроническим хеликобактерным гастритом в целом в популяции.

## 269. Анемия при циррозе печени (ЦП) различной этиологии

Сафонова М.В.  
Саратовский ГМУ, Россия

**Цель исследования:** выявить частоту встречаемости анемии при ЦП.

**Материал и методы.** В исследование включены 60 пациентов с ЦП (женщин 21 (35%), мужчин 39 (65%), средний возраст  $(48,68 \pm 1,29)$  года). Обследованы 12 (20%) пациентов с алкогольным ЦП; 10 (16,7%) – с ЦП HBV-этиологии; 10 (16,7%) – с ЦП HCV-этиологии; 6 (10%) – с ЦП микст-вирусной этиологии (HBV+HDV); 14 (23,3%) – с ЦП смешанной этиологии (алкогольной + вирусной); 8 (13,3%) – с криптогенным ЦП. Всем пациентам определены маркеры гепатотропных вирусов, уровни железа и ферритина сыворотки крови, проведены морфологическое исследование костного мозга при выявлении макроцитарной гиперхромной и гемолитической анемии и консультация гематологом.

**Результаты исследования.** Анемия выявлена у 6 (50%) пациентов с алкогольным ЦП, у 2 (20%) – с ЦП HCV-этиологии, у 1 (16,7%) – с ЦП HBV+HDV-этиологии, у 4 (28,6%) – с ЦП смешанной этиологии, у 1 (12,5%) – с криптогенным ЦП. Ни у одного обследованного с ЦП HBV-этиологии анемия не выявлена. Постгеморрагическая анемия выявлена у 2 (16,7%) пациентов с алкогольным ЦП, у 1 (10%) – с ЦП HCV-этиологии, у 1 (16,7%) – с ЦП HBV+HDV-этиологии, у 2 (14,3%) – с ЦП смешанной этиологии и у 1 (12,5%) – с криптогенным ЦП. Гиперхромная макроцитарная анемия диагностирована у 4 (33,3%) пациентов с алкогольным ЦП и у 2 (14,3%) больных с ЦП смешанной этиологии. Гемолитическая анемия диагностирована у 1 (10%) пациента с ЦП HCV-этиологии.

**Выводы.** Анемия при ЦП выявлена у 14 (23,3%) пациентов. С наибольшей частотой при ЦП регистрируется постгеморрагическая гипохромная анемия (у 7 (50%) пациентов), обусловленная кровопотерей из варикозных вен пищевода. Гиперхромная макроцитарная анемия диагностирована у 6 (42,9%) больных с ЦП алкогольной и смешанной этиологии, связанная с дефицитом фолиевой кислоты при злоупотреблении алкоголем. Гемолитическая анемия выявлена лишь у 1 (7,1%) пациента с ЦП HCV-этиологии и обусловлена явлениями гиперспленизма.

## 270. Частота встречаемости анемии при циррозе печени (ЦП) различных классов по Чайлду-Пью

Сафонова М.В.  
Саратовский ГМУ, Россия

**Цель исследования:** выявить частоту встречаемости анемии в зависимости от класса ЦП по Чайлду-Пью.

**Материал и методы.** В исследование включены 60 пациентов с ЦП алкогольной, вирусной и смешанной (алкогольной + вирусной) этиологии (женщин 21 (35%), мужчин 39 (65%), средний возраст  $(48,68 \pm 1,29)$  года). Пациенты были разделены на группы в зависимости от класса ЦП по усовершенствованной шкале Чайлда-Пью в модификации А.И. Хазанова (2002 г.). ЦП класса А диагностирован у 12 (20%) пациентов, класса В – у 32 (53,3%), класса С – у 16 (26,7%). Всем пациентам определены маркеры гепатотропных вирусов, уровни железа и ферритина сыворотки крови, проведены морфологическое исследование костного мозга при выявлении макроцитарной гиперхромной и гемолитической анемии и консультация гематологом.

**Результаты исследования.** При ЦП класса А анемия выявлена у 1 (8,3%) пациента, при ЦП класса В – у 4 (12,5%), при ЦП класса С – у 9 (56,2%). Постгеморрагическая гипохромная анемия диагностирована у 7 (50%) пациентов с ЦП различных классов: у 2 (28,6%) больных с ЦП класса В и у 5 (71,4%) – с ЦП класса С. Гиперхромная макроцитарная анемия обнаружена у 6 (42,9%) обследованных: у 1 (16,7%) пациента с ЦП класса А, у 2 (33,3%) – с ЦП класса В, у 3 (50%) – с ЦП класса С. Гемолитическая анемия диагностирована у 1 (7,1%) пациента с ЦП

классе С. При ЦП класса А ни у одного из обследованных пациентов не выявлена постгеморрагическая гипохромная и гемолитическая анемия, а при ЦП класса В – гемолитическая анемия.

**Выводы.** Анемия выявлена у 14 (23,3%) пациентов с ЦП различных классов по Чайлду-Пью. Увеличение частоты встречаемости различных патогенетических вариантов анемии по мере трансформации ЦП в более высокий класс свидетельствует об определяющей роли тяжести патологического процесса в печени в возникновении анемии.

## 271. Различные варианты течения хронической крапивницы, ассоциированной с *Helicobacter pylori*

Себекина О.В.<sup>2</sup>, Машарова А.А.<sup>1</sup>, Трубицына И.Е.<sup>1</sup>, Дьякова Э.Н.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>ЦНИИ гастроэнтерологии, <sup>2</sup>ГП № 218 СВАО, Москва, Россия

Частота выявления хронической крапивницы (ХК) ежегодно увеличивается преимущественно среди лиц трудоспособного возраста. Участились случаи тяжелого течения ХК, протекающие в виде генерализованных анафилактикоидных реакций. Последнее время многими исследователями придается большое значение роли хеликобактерной инфекции в развитии и персистировании ХК. У больных хронической идиопатической крапивницей установлено сочетание дерматоза с заболеваниями гастродуоденальной зоны, ассоциированными с *Helicobacter pylori*.

**Целью исследования** было определить частоту *Helicobacter pylori*-ассоциированных заболеваний верхних отделов пищеварительного тракта у больных с ХК в зависимости от возраста.

**Материал и методы.** В работу были включены 98 больных, находившихся на обследовании и лечении в ГП № 218 СВАО г. Москвы. Больные ХК были разделены на две группы. I группу составили лица с аллергической (иммунной) крапивницей и заболеваниями верхнего отдела пищеварительного тракта (46 человек – 47%). Во II группу (52 человека – 53%) вошли пациенты с хронической идиопатической крапивницей и с заболеваниями верхнего отдела пищеварительного тракта. Группу контроля составили 15 практически здоровых лиц. Подтверждение хеликобактерной инфекции во всех группах проводили гистологическим и иммуноферментным (ИФ) методом. В сыворотке крови ИФ методом (набор «ЭКОлаб», Россия) определяли уровень IgG- и IgA-антител к *H. pylori* и содержание общего IgE.

**Результаты и обсуждение.** По характеру течения все больные крапивницей были разделены на 2 группы: I – аллергическая крапивница, II – хроническая идиопатическая крапивница. У больных первой группы гастрит сочетается с ЯБЖ или ЯБДК в 5-10% случаев. IgE обеспечивает защиту слизистой оболочки, но высокий уровень IgE свидетельствует об аллергическом воспалении. Во второй группе больных гастрит сочетается с ЯБЖ или ЯБДК в 60% случаев. Низкий уровень содержания IgE не обеспечивает должную защиту слизистой оболочки. Уровень НР-инфекции во второй группе был выше, чем у больных первой группы, – 73% и 56% соответственно. Таким образом, выделенные группы больных предполагают разные типы гиперчувствительности, клеток-мишеней и сигнальных путей для развития дерматозов при заболеваниях гастродуоденальной зоны, ассоциированных с НР-инфекцией.

## 272. Влияние высоких доз микрокапсулированных ферментных препаратов на динамику активности липазы и эластазы у пациентов с хроническим панкреатитом (предварительное сообщение)

Седова Г.А.<sup>1</sup>, Шустова Н.С.<sup>2</sup>, Федоров И.Г.<sup>1</sup>, Ильченко Л.Ю.<sup>1</sup>, Сторожаков Г.И.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>РГМУ им. Н.И. Пирогова, <sup>2</sup>ГКБ № 12, Москва, Россия

**Цель исследования:** оценить изменения активности липазы и эластазы у пациентов с хроническим панкреатитом (ХП) на фоне терапии высокими дозами микрокапсулированных ферментных препаратов (МКФП).

**Материалы и методы.** Обследованы 19 пациентов с ХП в возрасте 27-79 лет. На основании классификации TIGAR-O были выделены две группы пациентов. В первую группу вошли 7 больных с токсико-метаболическим панкреатитом, во вторую – 12 пациентов с обструктивным панкреатитом. Активность липазы крови ( $N=0-38,0$  ед./л) и эластазы кала ( $N>200$  мкг/г) определялись колориметрическим методом и с помощью твердофазного иммуноферментного анализа соответственно. Все пациенты с ХП получали креон в дозе 120000 ед./сут, дюспаталин 400 мг/сут. Оценка лабораторных показателей выполнена до и после четырнадцатидневного курса терапии.

**Результаты.** У 14/19 пациентов с ХП выявлена панкреатическая недостаточность тяжелой и средней степени тяжести, у 5/19 – легкой степени. Активность липазы крови составила от 42 ед./л до 148,1 ед./л, уровень эластазы кала – 50-160 мкг/г. На фоне терапии МКФП у 12/19 больных отмечено достоверное улучшение или нормализация лабораторных показателей, у 7/19 проводимая терапия эффекта не оказала.

**Выводы.** Терапия высокими дозами МКФП в сочетании со спазмолитиками способствовала купированию болевого и диспепсического синдромов, а также снижению активности липазы и повышению уровня эластазы. Целесообразно увеличение продолжительности терапии МКФП (не менее 4-8 недель) у больных с тяжелой и средней степенью панкреатической недостаточности.

### 273. Подходы к лечению дисбиоза кишечника у больных хроническими заболеваниями печени

Селиверстов П.В., Чихачева Е.А., Тетерина Л.А.,  
Ситкин С.И., Радченко В.Г.  
СПбГМА им. И.И. Мечникова, Россия

**Цель исследования:** изучить влияние пре- и пробиотиков на течение основного заболевания и влияние на микробиоценоз толстой кишки у больных с хроническими заболеваниями печени (ХЗП).

**Материал и методы.** Обследованы 100 пациентов с ХЗП с дисбиозом толстой кишки разной степени тяжести в возрасте от 20 до 71 года. Обследованные были разделены на 5 групп по 20 человек. Пациенты 1-й, 2-й и 3-й групп дополнительно получали пробиотики: линекс, ламиналакт, биофак био плюс; 4-й группы – гепатопротектор урсосфальк с пребиотическим действием (патент № 2400235 от 27.09.2010), пациенты 5-й группы – стандартную терапию. Контроль клинических, биохимических, иммунологических, бактериологических показателей проводился через 1 месяц.

**Результаты.** У больных, получавших пре- и пробиотическую терапию, через 1 месяц, отмечалась нормализация микробиоценоза кишечника ( $p<0,05$ ). Восстановление микрофлоры толстой кишки происходило за счет роста бифидо- и лактобактерий, общего количества эшерихий, уменьшения числа условно патогенных штаммов (*Klebsiella*, *Enterobacter*, *Proteus*, *Citrobacter*), гемолитических микроорганизмов, дрожжевых грибов рода *Candida*. В 1-й группе, на фоне приема линекса, отмечалось снижение выраженности болевого синдрома (анальгезирующий эффект) и активности АЛТ и АСТ ( $p<0,05$ ). Во 2-й группе, на фоне приема ламиналакта, снижались проявления холестаза: содержание общего, прямого и непрямого билирубина, ЩФ, ГГТП ( $p<0,05$ ). В 3-й группе, на фоне приема биофак био плюс, отмечалось снижение содержания общего холестерина, триглицеридов, ЛПВП, ЛПНП, ЛПОНП ( $p<0,05$ ).

**Выводы.** Выявленные особенности влияния исследуемых препаратов показали эффективность целевого назначения и комплексного подхода к коррекции микробиоценоза кишечника, воздействие на отдельные клинико-лабораторные проявления у больных ХЗП с дисбиозом кишечника.

### 274. Патогенетическая роль цитокинов в формировании неалкогольной жировой болезни печени

Сивкова А.А., Лузина Е.В., Ларева Н.В., Терешков П.П.  
Читинская ГМА, Россия

**Цель исследования:** выявить характер изменений концентрации цитокинов (ИНФγ, ИЛ10) при развитии и прогрессировании неалкогольной жировой болезни печени (НАЖБП).

**Материалы и методы.** Обследованы 59 человек с НАЖБП. Диагноз устанавливали на основании клинических, лабораторных, ультразвуковых, рентгенологических и морфологических методов исследования. Критериями исключения служили вирусные, алкогольные, аутоиммунные причины поражения печени. Больные были разделены на две группы. Первую группу (35 человек, 59%) составили больные с неалкогольным стеатозом, вторую (24 человека, 41%) – с неалкогольным стеатогепатитом (НАСГ). Больные были разделены на группы по характеру биохимической активности. Концентрацию ИНФγ, ИЛ10 определяли методом иммуноферментного анализа с применением коммерческих тестсистем «Вектор-Бест» (Россия). Статистическая обработка проводилась с помощью программы «Статистика 6».

**Результаты исследования.** Концентрация ИНФγ в первой группе составила 3,25 пг/мл (от 1,8 до 6,7). В случае развития стеатогепатита наблюдалось повышение концентрации данного цитокина в 2 раза – 6,8 пг/мл (от 3,0 до 13,5). При развитии воспаления в печеночной ткани происходило снижение концентрации ИЛ10 в 2 раза – 10,6 пг/мл (от 3,2 до 15,7) по сравнению с больными, имевшими лишь стеатоз печени, – 22,86 пг/мл (от 12,8 до 30,4). При увеличении концентрации ИНФγ в сыворотке крови уменьшалась концентрация ИЛ10 ( $r=-0,77$ ,  $p=0,001$ ).

**Выводы.** При развитии стеатогепатита в сыворотке крови у больных происходит увеличение уровня ИНФγ, при этом отмечена обратная взаимосвязь с количеством ИЛ10.

### 275. Социальные последствия печеночной энцефалопатии

Силивончик Н.Н., Адаменко Е.И.  
БелМАПО, Минск, Беларусь

**Цель исследования:** оценка исходов печеночной энцефалопатии (ПЭ) при стационарном лечении пациентов с циррозом печени (ЦП).

**Материал и методы.** В стационаре наблюдались 623 пациента с ЦП (класс тяжести ЦП у 150 – А, у 212 – В, у 234 – С). Из их числа в процессе лечения ПЭ имел 491 (78,8%) пациент, в том числе манифестную – 350, минимальную – 141. У пациентов с манифестной ПЭ в 297 (84,9%) случаях была мягкая форма (I или II ст.), у 53 (15,1%) – тяжелая (III и IV ст.).

**Результаты и обсуждение.** Выписаны из стационара с нормальным нервно-психическим статусом (НПС) 453 (72,7%) пациента, у 102 (16,4%) манифестная ПЭ (I-II ст.) не была купирована, 40 пациентов в стационаре умерли. Из 453 пациентов, выписанных с нормальным НПС, 256 (56,5% или 41,1% от общего числа) имели отклонения в выполнении психометрических тестов, так что у них была зафиксирована минимальная ПЭ. При оценке социального статуса 256 пациентов, выписанных с минимальной ПЭ, оказалось, что 50 (19,5%) были пенсионерами по возрасту, 80 (31,3%) – инвалидами, 38 (14,8%) – неработающими и 88 (34,5%) работали. Из числа работающих 16 имели признаки стойкой утраты трудоспособности, а остальные 72 должны были приступить к работе (большинство их имели рабочие профессии – станочники, электросварщики, операторы, электрики, водители).

**Заключение.** С учетом известной особенности минимальной ПЭ ухудшать функциональные возможности и качество жизни больных, в том числе их трудоспособность, и в первую очередь «практический» интеллект (у рабочих-ремесленников, так называемых «синих воротничков», трудоспособность снижается в 60% случаев), когнитивный дефицит у работающих лиц может иметь последствия и требует мониторинга и коррекции питанием, неабсорбируемыми дисахаридами, орнитинем, аминокислотами.

**276. Изучение показателей фактора фон Виллебранда (ФВ) у больных с циррозом печени (ЦП)**

Сирчак Е.С.

Ужгородский национальный университет (медицинский факультет), Украина; e-mail: szircsak\_heni@bigmir.net

**Цель исследования:** изучить изменения ФВ у больных с ЦП в зависимости от функционального состояния печени.

**Материалы и методы.** Обследованы 95 больных с ЦП, которые лечились в ЗОКБ г. Ужгорода. ЭД изучали по показателям эндотелий-зависимой вазодилатации (ЭЗВД) плечевой артерии (ПА) с помощью УЗ доплерографии, а также определяли один из лабораторных маркеров ЭД – ФВ с помощью хромогенного анализа на аппарате Sysmex 500 и 560 (Япония). Степень поражения печени определяли с помощью  $^{13}\text{C}$ -метацетинового дыхательного теста ( $^{13}\text{C}$ -МДТ).

**Результаты.** После проведения клинико-лабораторных обследований больных с ЦП распределили по классам тяжести по Child-Pugh. В класс А вошли 25 (26%) больных, в класс В – 40 (42%), в класс С – 30 (32%). При проведении  $^{13}\text{C}$ -МДТ получили идентичные результаты.

Установили зависимость между показателями ЭД у больных с ЦП и степенью поражения печени по результатам  $^{13}\text{C}$ -МДТ. Характеризуя динамику показателей ФВ при прогрессировании нарушений функции печени, установили наличие стадийных изменений, то есть уровень ФВ у больных с ЦП класса А по Child-Pugh был меньше, чем у больных класса В и класса С – (214±56)%, (226±61%) и (233±78%) соответственно. Стойкое постепенное повышение ФВ может свидетельствовать о прогрессирующем характере ЭД у больных с ЦП и выраженном процессе прокоагуляционной активации эндотелия у данных пациентов.

**Выводы.** У больных с ЦП наблюдается нарушение состояния эндотелия, а также обнаружена зависимость показателей ЭД, в частности ФВ, от степени тяжести поражения печени по Child-Pugh. ЭД может рассматриваться как ранний маркер поражения печени и формирования признаков портальной гипертензии у больных ЦП.

**277. Изменения мозгового кровообращения (МК) у больных циррозом печени (ЦП) с печеночной энцефалопатией (ПЭ)**

Сирчак Е.С., Русин В.И.

Ужгородский национальный университет, Украина

**Цель исследования:** оценить особенности МК у больных ЦП с ПЭ.

**Материалы и методы.** Обследованы 168 больных ЦП с ПЭ, которые лечились в ЗОКБ г. Ужгорода. С помощью УЗ доплерографии изучали особенности кровотока в экстра- и интракраниальных сосудах (ЭиИКС).

**Результаты исследования.** При латентной ПЭ линейная скорость кровотока (ЛСК) была снижена в ЭиИКС. Обнаружили повышение индекса Пурсело (RI) по общей сонной артерии (ОСА) до 0,72±0,04 слева, коэффициент асимметрии (КА) составлял (12,4±10,9)%, степень стеноза больше 30% обнаружена у 9% больных. Наблюдали снижение скоростных показателей кровотока в бассейне средней мозговой артерии (СМА) и задней МА (ЗМА). КА составлял (12,15±11,60)%. У больных ЦП с ПЭ II ст. наблюдали нарастание депрессии кровотока как в каротидном, так и в вертебро-базиллярном бассейне. При ПЭ II ст. обнаружены высокие показатели индекса Арбелли (STI), RI и Стюарта (ISD) по ОСА. Повысились показатели стеноза: справа до (62,3±4,7)%, слева до (64,6±5,3)%. Получены значительные отличия по внутренней СА (ВСА) между показателями больных с ПЭ I и II ст. по ISD (слева 2,7±0,4, а справа 2,7±0,6). У пациентов с ПЭ II ст. ЛСК по СМА имела тенденцию к снижению. Асимметрия кровотока (АК) достигала (17,8±16,2)%. Индекс STI и RI по СМА увеличились и отличались от показателей больных с латентной ПЭ и ПЭ I ст. по правой СМА. У 33,3% больных с ПЭ II ст. наблюдали повышение индекса STI.

**Выводы.** Для церебральной гемодинамики больных ЦП с ПЭ характерно снижение ЛСК, нарастание АК, повышение циркуляр-

ного сосудистого сопротивления, снижение эластичности сосудов. Выявлены более выраженные гемодинамические нарушения в каротидном бассейне, особенно при начальных стадиях ПЭ, и более выраженные темпы депрессии кровотока в левом полушарии мозга, усиливающиеся по мере прогрессирования клинических признаков ПЭ.

**278. Синдром недифференцированной дисплазии соединительной ткани и функциональные заболевания билиарного тракта**

Скалинская М.И., Осипенко М.Ф., Бикбулатова Е.А.

Новосибирский ГМУ, Россия

**Цель исследования:** изучить клинические особенности у пациентов с функциональной патологией билиарного тракта при наличии недифференцированной дисплазии соединительной ткани (НДСТ).

**Материал и методы:** 177 пациентов с функциональной патологией билиарного тракта в возрасте от 16 до 55 лет (средний возраст (28,7±10,6) года), с различной степенью выраженности синдрома НДСТ; 137 человек с билиарным типом ДСО, 40 пациентов с панкреатическим типом дисфункции сфинктера Одди. У 117 пациентов (66,1%) выявлен синдром НДСТ различной степени выраженности. Диагноз НДСТ устанавливали при выявлении у пациента более шести фенотипических стигм дизэмбриогенеза.

**Результаты.** Гипомоторная дискинезия ЖП статистически значимо чаще встречается у лиц с наличием синдрома НДСТ (OR=13,2; 95% CI 5,25-33,2;  $p<0,00001$ ;  $\chi^2=37,17$ ). Выявлено статистически значимое снижение холатахолестеринового коэффициента желчи и в группе с НДСТ (OR=16,4; 95% CI 5,8-46,9;  $\chi^2=33,13$ ;  $p=0,00000001$ ). Повышение содержания холестерина в пузырной желчи значимо чаще встречается в группе с наличием НДСТ (OR=1,6; 95% CI 2,39-3,85;  $\chi^2=13,1$ ;  $p<0,000001$ ).

При синдроме НДСТ статистически значимо чаще болевой синдром оценивается пациентами как более интенсивный (OR=6,9; 95% CI 2,3-20,82;  $p<0,0001$ ;  $\chi^2=11,62$ ).

**Выводы.** 1. Синдром НДСТ влияет на клинические проявления функциональной патологии билиарного тракта: увеличивается интенсивность боли. 2. При НДСТ возникает преимущественно гипомоторный тип нарушений моторики желчевыводящих путей. 3. У пациентов с функциональной патологией билиарного тракта при наличии синдрома НДСТ выявляется повышение литогенных свойств желчи (повышение содержания холестерина в пузырной желчи, снижение холатахолестеринового коэффициента желчи).

**279. Влияние ребамипида в комбинации с омепразолом на качество эпителизации язвенных дефектов (по данным электронной микроскопии слизистой оболочки антрального отдела желудка)**

Склярова Е.Е., Бычков Н.А.

Львовский НМУ имени Данила Галицкого, Украина, e-mail: elenasklyarova@rambler.ru

**Цель исследования:** изучить ультраструктурные изменения слизистой оболочки антрального отдела желудка у больных с пептической язвой после двухнедельного стандартного лечения с использованием омепразола и ребамипида.

**Материалы и методы.** Обследованы 20 больных с пептической язвой разной локализации нехеликобактерной этиологии. После двухнедельного курса лечения омепразолом (20 мг два раза в день) и ребамипидом (100 мг три раза в день) им проведена контрольная фиброгастродуоденоскопия. У четверых больных, выбранных методом слепого отбора, взяты биоптаты слизистой оболочки антрального отдела желудка для электронно-микроскопического исследования.

**Результаты.** По результатам электронной микроскопии у больных с пептической язвой после курса лечения с использованием омепразола и ребамипида обнаружено уменьшение степени алтеративно-воспалительных изменений слизистой оболочки желудка. Деструктивные изменения плазматических мембран и органелл отсутствовали. Ультраструктура клеток восстанавлива-

лась. На апикальной поверхности появились множественные микроворсинки. Незначительные дистрофические изменения регистрировались только в отдельных участках поверхностного эпителия.

Следует отметить, что секреторная активность поверхностного эпителия была неоднородной. Часть клеток содержала большое количество секреторных гранул, которые выделяли секрет за пределы клеток. Секреторная активность бокаловидных клеток была активирована.

**Выводы.** Включение ребамипида в стандартное лечение пептической язвы приводит к улучшению эпителизации слизистой оболочки. Ребамипид усиливает синтез слизистых гранул клетками поверхностного эпителия, что способствует лучшему заживлению язвенных дефектов.

#### 280. Подходы к лекарственной терапии синдрома хронических запоров

Солдатова Г.С., Петухова А.В., Виноградов С.П.  
ИХБФМ СО РАН, НГУ, ИВМиМГ СО РАН, Новосибирск, Россия

**Цель исследования:** сравнить клиническую и микробиологическую эффективность препаратов «Экспортал» и «Дюфалак» в терапии хронических запоров.

**Материал и методы.** Исследованы 60 пациентов с синдромом хронического запора в соответствии с Римскими критериями III, разделенных на две равные группы. Средний возраст в 1-й группе составил (58,5±14,7) года, во 2-й – (43,4±17,8) года. У всех пациентов отмечались болевой абдоминальный и астеновегетативный синдромы. Время кишечного транзита (ВКТ) у пациентов 1-й группы составило (64,2±18,7) часа, 2-й – (58,5±17,6) часа. У 73,9% пациентов 1-й группы и у 90,5% 2-й были выявлены нарушения в микробиоценозе толстой кишки различной степени тяжести (в соответствии с приказом МЗ РФ № 231). Пациенты 1-й группы получали препарат «Экспортал» (ЗАО «ФПК Фарм-ВИЛАР», г. Москва, действующее вещество лактитол моногидрат) в дозе 10 г в сутки, во 2-й группе – препарат «Дюфалак» (Solvay Pharmaceuticals, Нидерланды, действующее вещество лактулоза) 15 мл в сутки, длительность терапии 20 дней.

**Результаты.** У 76,7% пациентов 1-й группы купирован болевой абдоминальный синдром, у всех нормализовались частота, форма стула (по Бристольской шкале), во 2-й группе болевой синдром купирован у 50%, нормализация стула имела место у 80% больных ( $p=0,01$ ). Проявления астеновегетативного синдрома уменьшились в 63,3% случаев при приеме экспортала и в 55% случаев при приеме дюфалака ( $p>0,05$ ). Улучшение микробиоценоза толстой кишки было у 69,6% пациентов, получавших экспортал, и у 47,6% в группе получавших дюфалак,  $p<0,01$ , в основном за счет увеличения количества бифидобактерий в обеих группах ( $p=0,02$ ,  $p<0,05$  соответственно). ВКТ после лечения составило (36,7±14,8) часа в 1-й группе и (38,8±11,5) часа во 2-й.

**Выводы.** Симптомы запора, болевой абдоминальный синдром, нарушения в микрофлоре толстой кишки более эффективно устраняет препарат «Экспортал».

#### 281. Оптимизация эрадикационной терапии хеликобактериоза

Солоница Л.П.  
ООО «Гастро», Сургут, Россия

Применение антибиотиков широкого спектра действия при лечении *H.pylori*-ассоциированной язвенной болезни и гастродуоденитов приводит к снижению представительства нормальной микрофлоры кишечника и росту условно патогенной, транзиторной микрофлоры и дрожжеподобных грибов рода *Candida*. В результате на первый план выступают симптомы дисбиоза кишечника и снижения иммунитета.

**Цель исследования:** изучить эффективность применения программы «GelmoStop» (фирмы «Глорион», Новосибирск) после эрадикационной терапии хеликобактериоза.

**Материалы и методы.** Наблюдали 45 больных (26 женщин и 19 мужчин в возрасте 20-66 лет) с *H.pylori*-ассоциированной язвен-

ной болезнью (12 больных), атрофическим гастритом (8) и гастродуоденитом (25 больных). Эрадикационная терапия проводилась по стандартной трехкомпонентной схеме МЗ. После эрадикации рекомендована программа «GelmoStop» в течение 50 дней и 30 дней «Диг-актив», содержащий пищеварительные ферменты и биомассу «Бифидогум» (лиофильно высушенные бактерии *Bifidum adolescentis*).

**Результаты.** Эрадикация *H.pylori* была достигнута у 40 больных (89%). После завершения антипаразитарной программы все больные отмечали значительное улучшение самочувствия. При исследовании микробиоценоза кишечника отмечалась положительная динамика в виде уменьшения количества и изменения качества условно патогенных бактерий, у 23 больных (51%) наблюдалась нормализация показателей микрофлоры кишечника.

**Выводы.** Применение антипаразитарной программы «GelmoStop» при эрадикационной терапии хеликобактериоза значительно повышает ее эффективность.

#### 282. Способ лечения хронического описторхоза (ХО) и гельминтозов (Г)

Солоница Л.П.  
ООО «Гастро», Сургут, Россия

Применяемые методы лечения ХО и Г требуют стационарного наблюдения в связи с тяжелыми побочными эффектами химиотерапевтических препаратов. Ведется поиск альтернативных щадящих способов борьбы с паразитами ЖКТ.

**Цель исследования:** оценить эффективность антипаразитарной программы «GelmoStop» (фирмы «Глорион», Новосибирск) в терапии ХО и Г.

**Материалы и методы.** Наблюдали 60 больных (46 женщин и 14 мужчин, возраст от 20 до 65 лет) с ХО и различными видами Г. Диагноз ХО и Г подтверждался наличием яиц гельминтов и описторхиса в кале и желчи и титром антител к описторхам, лямблиям и аскаридам и был установлен у 58 больных.

**Результаты.** Курс применения антипаразитарной программы составляет 50 дней и включает 3 этапа: очищение и стимулирование иммунитета – 10 дней; процесс дегельминтизации – 30 дней; ускорение выведения паразитов, желчеотделения, очищение, уменьшение симптомов аллергии – 10 дней. Из 58 больных антипаразитарную программу применяли амбулаторно 47 больных, 5 человек провели лечение билътрицидом в условиях стационара, 6 больных отказались от лечения по различным причинам. Лечение по антипаразитарной программе все пациенты перенесли хорошо, побочных эффектов не наблюдалось. Эффективность дегельминтизации составила 86,6%.

**Выводы.** Антипаразитарная программа «GelmoStop» является выбором в терапии ХО и гельминтозов.

#### 283. Антиоксидантные способности дюфалака при воспалительных заболеваниях кишечника

Старостин Б.Д.  
Гастроэнтерологический центр № 1, Санкт-Петербург, Россия, e-mail: starostinbd@mail.ru

**Введение.** Применение лактулозы при лечении запоров и печеночной энцефалопатии хорошо известно в течение многих лет. Значительно меньше известно, что лактулоза может действовать как антиоксидантный препарат, который может быть использован при лечении воспалительных заболеваний кишечника, уменьшая выраженность воспалительного процесса.

**Цель исследования.** Оценить влияние дюфалака в комбинированной терапии с 5-аминосалициловой кислотой (АСК) при неспецифическом язвенном колите (НЯК).

**Материалы и методы.** Проведено открытое мультицентровое исследование, в котором пациенты ( $n=23$ ) с подтвержденным гистологически в соответствии с общепринятыми позициями НЯК легкой или средней степени тяжести на фоне приема препарата 5-АСК применяли лактулозу (дюфалак) 10,0 мл×1 раз в день ежедневно в течение 8 недель. В контрольной группе ( $n=15$ ) пациенты применяли только препарат 5-АСК. Контроль динамики заболевания осуществлялся определением индекса активности

патологического процесса при язвенном колите, который был определен в соответствии с клиническими и эндоскопическими данными. Сравнимые группы не имели клинически значимых различий.

**Результаты.** В исследуемой группе, в которой пациенты принимали препарат 5-АСК в сочетании с дюфалаком, в отличие от контрольной группы пациентов, принимавших только препарат 5-АСК, наблюдалась более значимая динамика патологического процесса, что подтверждалось клиническими и эндоскопическими данными. Среднее значение индекса активности патологического процесса было ниже у пациентов исследуемой группы ( $p < 0,01$ ).

**Выводы.** Лактулоза (дюфалак), обладая антиоксидантными способностями, потенцирует действие 5-АСК у пациентов с НЯК, что приводит к более ранней клинико-гистологической ремиссии.

#### 284. Гастропротективные способности эссенциале форте

Старостин Б.Д.

Гастроэнтерологический центр № 1, Санкт-Петербург, Россия, e-mail: starostinbd@mail.ru

**Введение.** Применение нестероидных противовоспалительных препаратов (НПВП), в том числе малых доз аспирина, требует применения гастропротективных препаратов (ингибиторы протонной помпы, мизопростол). Поверхностно активные фосфолипиды важны для выполнения желудком барьерной функции для кислоты.

**Цель исследования:** оценить эффективность применения эссенциале форте как гастропротективного препарата при использовании НПВП.

**Материалы и методы.** При обследовании пациентов ( $n=565$ ), применявших НПВП, было обращено внимание на то, что фактором, снижающим возникновение повреждений слизистой пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки, являлось использование ингибитора протонной помпы (ИПП), а у некоторых пациентов – эссенциальных фосфолипидов. Проведено открытое мультицентровое исследование, в котором пациенты принимали эссенциале форте по 2 капсулы 3 раза в день ( $n=27$ ) либо ИПП рабепразол (париет) 20 мг ( $n=27$ ) или ИПП (париет) 20 мг плюс эссенциале форте 2 капсулы 3 раза в день. Контрольная группа пациентов ( $n=21$ ) не использовала препарат, защищающий слизистую ЖКТ.

**Результаты.** Наименьший процент возникновения побочных проявлений НПВП отмечался при комбинированной терапии париет + эссенциале форте, затем при использовании только ИПП, далее – при приеме эссенциале форте, а наиболее высокий процент возникновения побочных эффектов со стороны ЖКТ наблюдался при проведении лечения только НПВП. Различия при использовании любого метода защиты ЖКТ были статистически значимы при сравнении с приемом только НПВП, в том числе малых доз аспирина. В группе пациентов, принимавших ИПП + эссенциале форте, отмечалось значительно менее выраженное повреждение слизистой ЖКТ.

**Выводы.** Эссенциале форте обладает гастропротективными способностями и потенцирует действие ИПП.

#### 285. Дифференцированная терапия халитоза

Старостин Б.Д.

Гастроэнтерологический центр № 1, Санкт-Петербург, Россия, e-mail: starostinbd@mail.ru

**Введение.** Халитоз является частым клиническим экстраэзофагальным проявлением гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (ГЭРБ), сопровождающим классические проявления ГЭРБ – изжогу и регургитацию. Халитоз может быть также единственным проявлением хронического хеликобактерного гастрита (ХХГ).

**Цель исследования:** оценить эффективность устранения халитоза у пациентов с ГЭРБ и ХХГ.

**Материалы и методы.** В 1-й исследуемой группе ( $n=53$ ) пациентов с ГЭРБ, у которых наряду с наличием эзофагеального синдрома (типичный рефлюксный синдром) присутствовал халитоз, принимали рабепразол (париет) 20 мг за 30-60 минут до завтрака

плюс маалокс по 15,0 мл×4 раза в день в течение 4 недель. Во 2-й исследуемой группе ( $n=45$ ) у пациентов с ХХГ, выявленным при эндоскопическом исследовании и подтвержденным данными быстрого уреазного теста, проведен 10-дневный антихеликобактерный режим традиционной последовательной терапии: париет 20 мг×2 раза в день – 10 дней, первые пять дней амоксициллин (флемоксин солутаб) 1,0×2 раза в день, в последующие пять дней кларитромицин (фромилит) 0,5 г плюс тинидазол 0,5 г×2 раза в день. Контроль динамики проводился в первой группе в соответствии с оценкой клинических проявлений по визуальной аналоговой шкале (ВАШ), а во 2-й группе по данным наличия или отсутствия антигена *Helicobacter pylori* в кале и данным быстрого уреазного теста при эндоскопии.

**Результаты.** В 1-й группе халитоз был устранен у 43 из 53 пациентов – 81%. Устранение халитоза коррелировало с устранением изжоги и регургитации. Во 2-й группе отмечена положительная корреляция между эрадикацией Н.р. и устранением халитоза. Эрадикация Н.р. отмечена у 40 из 45 вошедших в исследование больных (89%).

**Выводы.** Устранению халитоза способствует соответствующее нозологической форме лечение – кислотосупрессивная терапия при ГЭРБ и антихеликобактерная терапия при ХХГ.

#### 286. Мелатонин в лечении пациентов с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью

Старостин Б.Д.

Гастроэнтерологический центр № 1, Санкт-Петербург, Россия, e-mail: starostinbd@mail.ru

**Введение:** одним из клинических проявлений гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (ГЭРБ) является наличие ночной изжоги, приводящей к расстройствам сна. Применение ингибиторов протонной помпы (ИПП) приводит к устранению у значительной части пациентов симптомов ГЭРБ и нормализации сна.

**Цель исследования:** оценить эффективность комбинированной терапии ИПП с мелатонином у пациентов с подтвержденной ГЭРБ, протекающей с расстройством сна, учитывая фармакологические свойства мелатонина.

**Материалы и методы.** 1-ю группу составили 47 пациентов с верифицированной ГЭРБ в соответствии с общепринятыми позициями (на основании клинических данных фиброэзофагогастроэноскопического исследования и параметров 24-часового pH-мониторирования). У всех пациентов 1-й группы отмечались расстройства сна в начале исследования. Пациенты этой группы принимали ИПП за 30-60 минут до утреннего приема пищи и мелаксен 0,003 г×1 раз в день перед сном. Курс лечения продолжался в течение 4 недель с последующей оценкой симптомов ГЭРБ по балльной системе. В контрольной группе ( $n=27$ ) пациенты принимали только ИПП.

**Результаты.** После проведенного лечения в исследуемой группе отмечалось значительное улучшение с положительной динамикой симптомов заболевания (устранение изжоги, болей в подложечной области, расстройств сна и других проявлений ГЭРБ). В контрольной группе также отмечалось снижение выраженности симптомов ГЭРБ, но статистически значимо более выраженное в исследуемой группе при использовании комбинированной терапии – ИПП плюс мелаксен.

**Выводы.** Лечение ИПП в комбинации с мелаксеном является одним из возможных вариантов оптимизации лечения ГЭРБ, возможно, в связи с антиоксидантным действием мелатонина, так как ранее были получены данные эффективности мелатонина при монотерапии ГЭРБ.

#### 287. Пантопразол более эффективен, чем омепразол, у пациентов с НЭРБ

Старостин Б.Д.

Гастроэнтерологический центр № 1, Санкт-Петербург, Россия, e-mail: starostinbd@mail.ru

**Введение.** Эффективность ингибиторов протонной помпы (ИПП) при гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (ГЭРБ) доказана в многочисленных исследованиях, но сравнительных исследова-

ний, в которых оценивается эффективность конкретных ИПП, недостаточно.

**Цель исследования:** сравнить эффективность пантопразола (нольпаза) 0,04 г и омепразола (омез) 0,04 г у пациентов с неэрозивной рефлюксной болезнью (НЭРБ).

**Материалы и методы.** Проведено мультицентровое маскированное исследование. Пациенты с подтвержденной НЭРБ в соответствии Vevey Consensus, позициями американского колледжа гастроэнтерологии принимали нольпазу 0,04 г×1 раз в день или омепразол (омез) 0,04 г×1 раз в день за 30-60 минут до утреннего приема пищи. Выбор для сравнения дженерического препарата «Омез» был обусловлен тем, что этот препарат на сегодняшний день наиболее часто используется участковыми врачами-терапевтами, хотя отсутствуют данные об эффективности его в соответствии с принципами доказательной медицины. Оценка выраженности симптомов до и после лечения осуществлялась по балльной системе.

**Результаты.** Выраженность симптомов до лечения при сравнении групп не имела значимых различий, тогда как после четырехнедельного курса лечения более значимая динамика симптомов отмечена у пациентов, принимавших нольпазу (различия между группами статистически значимы –  $p < 0,01$ ), которая, к тому же, проявляла и более безопасный спектр нежелательных явлений, способствовала более значимому улучшению качества жизни и более высокой удовлетворенности проводимым лечением.

**Выводы.** Пантопразол (нольпаза) проявлял существенно более высокую эффективность у пациентов с НЭРБ, чем омез. С учетом коморбидного фона гастроэнтерологических пациентов и возможного взаимодействия с другими препаратами, пантопразол (нольпаза) в лечении ГЭРБ более предпочтителен, чем омепразол (омез).

#### 288. Эрадикация *Helicobacter pylori* у пациентов с хроническим хеликобактерным гастритом

Старостин Б.Д.

Гастроэнтерологический центр № 1, Санкт-Петербург, Россия, e-mail: starostinbd@mail.ru

**Введение.** Эрадикация *Helicobacter pylori* (Н.р.), способствуя устранению воспаления, прерывает патологические процессы в слизистой желудка, предупреждая развитие аденокарциномы желудка. Распространение резистентности к различным антибактериальным препаратам требует поиска нового эрадикационного режима.

**Цель исследования:** оценить эффективность отличного от стандартной антихеликобактерной терапии эрадикационного режима.

**Материалы и методы.** В исследуемой группе (n=67) пациентам с хроническим хеликобактерным гастритом (ХХГ), определенным по данным эндоскопического исследования верхних отделов ЖКТ и подтвержденным данными быстрого уреазного теста (экспресс-тест для определения уреазной активности Н.р. в биоптатах, Biochit), проведен 10-дневный антихеликобактерный режим последовательной терапии: париет 20 мг×2 раза в день – 10 дней на фоне приема де-нола 240 мг×2 раза в день через 40-60 минут после завтрака и ужина; первые пять дней амоксициллин (флемоксин солютаб) 1,0×2 раза в день, в последующие пять дней кларитромицин (фромилит) 0,5 г плюс тинидазол 0,5 г×2 раза в день. Контроль эрадикации Н.р. осуществлялся по наличию или отсутствию антигена Н.р. в кале, а также по данным экспресс-теста для определения уреазной активности Н.р. в биоптатах и гистологического исследования биоптатов тела и антрального отдела желудка.

**Результаты.** В исследуемой группе эрадикация Н.р. отмечена у 59 из 67 пациентов, вошедших в исследование (88%) и у 59 из 65 пациентов, закончивших исследование (91%).

**Выводы.** 10-дневный антихеликобактерный режим последовательной терапии, усиленный приемом де-нола в течение 10 дней, обладает достаточными эрадикационными способностями и может быть рекомендован как один из возможных вариантов эрадикации Н.р. для практики.

#### 289. Эффективность пантопразола при эрозивной форме ГЭРБ

Старостин Б.Д.

Гастроэнтерологический центр № 1, Санкт-Петербург, Россия, e-mail: starostinbd@mail.ru

**Введение.** Данные анализа различных источников свидетельствуют о более высокой эффективности ингибиторов протонной помпы в сравнении с блокаторами  $H_2$ -рецепторов гистамина и плацебо при гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (ГЭРБ).

**Цель исследования:** оценить эффективность различных препаратов пантопразола – «Нольпаза» 0,04 г и «Санпраз» 0,04 г у пациентов с эрозивной формой гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (ЭРБ).

**Материалы и методы.** Проведено мультицентровое исследование. Пациенты с подтвержденной ЭРБ в соответствии с данными эндоскопического исследования верхних отделов ЖКТ были поделены на 2 группы (n=75). В 1-й группе (n=37) пациенты принимали нольпазу 0,04 г 1 раз в день за 30-60 минут до утреннего приема пищи в течение 8 недель, а во 2-й группе (n=38) аналогичным образом санпраз 0,04 г. Через 8 недель у всех пациентов было осуществлено контрольное эндоскопическое исследование с определением наличия расширенных межклеточных пространств (РМП) по данным микроскопии.

**Результаты.** В 1-й группе у пациентов, принимавших нольпазу 0,04 г, через 8 недель наличие эндоскопической ремиссии было установлено у 33 из 37 вошедших в исследование (89%), а во 2-й группе – у 33 из 38 (87%). Различия не значимы. Устранение РМП определено у 65% и 63% больных соответственно в 1-й и 2-й группах. Полученные данные свидетельствовали о несовпадении эндоскопической и гистологической ремиссии, что требует продолжения приема ИПП в режиме «step down» терапии, в связи с чем нольпаза имеет преимущество при проведении последующего лечения и поддерживающей терапии, так как выпускается в форме таблеток по 0,02 г и 0,04 г, а санпраз – только 0,04 г.

**Выводы.** Нольпаза и санпраз проявляют высокую эффективность в достижении эндоскопической и гистологической ремиссии у пациентов с ЭРБ.

#### 290. Агонисты GABA<sub>B</sub> рецепторов при ГЭРБ

Старостин Б.Д., Старостина Г.А.

Гастроэнтерологический центр № 1, Санкт-Петербург, Россия, e-mail: starostinbd@mail.ru

**Введение.** До 40% пациентов с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью (ГЭРБ) продолжают испытывать симптомы заболевания на фоне приема ингибиторов протонной помпы (ИПП), что требует поиска новых методов лечения.

**Цель исследования:** оценить эффективность дополнительной терапии к ИПП агониста GABA<sub>B</sub> ( $\gamma$ -аминомасляной кислоты) рецепторов у пациентов с подтвержденной ГЭРБ.

**Материалы и методы.** Проведено открытое мультицентровое исследование, в котором пациенты в 1-й группе (n=37) принимали агонист GABA<sub>B</sub> рецепторов – баклофен по 0,005 г 4 раза в день первые 3 дня лечения, а затем по 0,01 г×4 раза в день до четырехнедельного курса. Все пациенты 1-й группы дополнительно принимали ИПП париет 0,02 г×1 раз в день в течение 4 недель. В контрольной группе (n=37) пациенты принимали только париет 0,02 г×1 раз в день. Сравнимые группы не имели значимых различий, которые могли бы оказать влияние на конечные результаты исследования. Препарат «Баклофен» как дополнительная терапия к ИПП у пациентов с ГЭРБ используется в нашем центре с 2002 года.

**Результаты.** В 1-й группе лечение закончили 36 из 37 вошедших в исследование. В данной группе динамика выраженности симптомов ГЭРБ от 3,13 до 0,15 ( $p < 0,001$ ), существенно уменьшилось количество гастроэзофагеальных рефлюксов по данным 24-часового pH-мониторирования. Во 2-й группе динамика симптомов от 3,15 до 0,49 ( $p < 0,001$ ). Использование рабепразола в качестве монотерапии высокоэффективно, но дополнительное применение баклофена повышало эффективность проводимого лечения ( $p < 0,001$ ). Ограничением для широкого использования



баклофена являются его побочные эффекты, что может быть устранено внедрением новых препаратов группы агонистов GABA<sub>B</sub> рецепторов (лезогаберан, арбаклофен).

**Выводы.** Применение баклофена повышает эффективность лечения ГЭРБ даже на фоне такого эффективного препарата, как париет.

#### 291. Лечение пациентов с функциональной изжогой

Старостин Б.Д., Старостина Г.А.

Гастроэнтерологический центр № 1, Санкт-Петербург, Россия, e-mail: starostinbd@mail.ru

**Введение:** среди пациентов с изжогой крайне важно верифицировать природу возникновения данного симптома.

**Цель исследования:** оценить эффективность применения малых доз трициклических антидепрессантов (амитриптилин) у пациентов с функциональной изжогой.

**Материалы и методы.** Пациенты с подтвержденной функциональной изжогой (n=21) в соответствии с Римскими диагностическими критериями III принимали амитриптилин по 0,01 г×4 раза в день в течение 4 недель. Алгоритм диагностики функциональной изжоги был построен на основании исключения гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (эндоскопически), проведении гистологического исследования для исключения другой возможной причины возникновения симптомов заболевания (эозинофильный эзофагит) с последующим при отсутствии повреждений слизистой пищевода проведением 24-часового рН-мониторирования и определением симптом-ассоциированной вероятности для исключения неэрозивной гастроэзофагеальной рефлюксной болезни и дальнейшим, при отсутствии данных за рефлюкс-эзофагит или НЭРБ, исключением моторных нарушений пищевода (ахалазия, диффузный эзофагеальный спазм). У пациентов с верифицированной функциональной изжогой проводился тест Степенко и тест с водной нагрузкой для определения гиперчувствительности слизистой пищевода.

**Результаты.** Через 4 недели от начала лечения отмечалось уменьшение частоты и выраженности изжоги, что коррелировало с положительной динамикой тестов для определения повышенной чувствительности.

**Выводы.** Применение амитриптилина в малых дозах может быть рекомендовано для пациентов с функциональной изжогой при гиперсенситивности слизистой пищевода.

#### 292. Сравнительная эффективность рабепразола и эзомепразола у пациентов с НЭРБ

Старостин Б.Д., Старостина Г.А.

Гастроэнтерологический центр № 1, Санкт-Петербург, Россия, e-mail: starostinbd@mail.ru

**Цель исследования:** сравнить эффективность рабепразола и эзомепразола у пациентов с неэрозивной рефлюксной болезнью (НЭРБ).

**Материалы и методы.** Проведено открытое мультицентровое маскированное исследование в амбулаторных условиях. В 1-й группе (n=57) пациенты принимали париет 10 мг, а во 2-й группе (n=53) эзомепразол 20 мг. Курс лечения составил 4 недели. Сравнимые группы не имели различий, которые могли бы оказать влияние на конечные результаты исследования. Диагноз НЭРБ устанавливался в соответствии с Vevey Consensus. В процессе верификации диагноза проводились эзофагогастродуоденоскопия и 24-часовое рН-мониторирование с определением симптом-ассоциированной вероятности. В обеих группах оценивался процент пациентов с полным устранением изжоги (дневной и ночной), регургитации и других симптомов ГЭРБ через 1 и 4 недели лечения.

**Результаты.** Через 1 неделю лечения при использовании париета 10 мг дневная изжога была устранена у 35% против 26% при приеме нексиума 20 мг, а ночная изжога соответственно у 32% и 23%. Обращают на себя внимание более низкие показатели устранения изжоги в течение 1-й недели применения эзомепразола в сравнении с рабепразолом. Через 4 недели устранение дневной изжоги при применении рабепразола имело место у 56%, а ноч-

ной у 53% больных, тогда как при использовании эзомепразола 20 мг – у 42%, а ночной – у 40%. Отмечена более низкая эффективность применения эзомепразола 20 мг для устранения изжоги у пациентов с НЭРБ в сравнении с рабепразолом 10 мг. Более раннее и частое устранение регургитации отмечено при использовании париета (p<0,01).

**Выводы.** Париет обладает более высокой эффективностью в устранении основных симптомов НЭРБ (изжога, регургитация и др.) в сравнении с эзомепразолом через 1 и 4 недели лечения.

#### 293. Маркером эффективности лечения ГЭРБ являются расширенные межклеточные пространства в эпителии пищевода

Старостин Б.Д., Старостина Г.А.

Гастроэнтерологический центр № 1, Санкт-Петербург, Россия, e-mail: starostinbd@mail.ru

**Введение.** У 90-100% пациентов с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью (ГЭРБ) формируются расширенные межклеточные пространства (РМП) в эпителии пищевода.

**Цель исследования:** оценить показатели рецидивирования у больных ГЭРБ при наличии РМП при эндоскопической и гистологической ремиссии.

**Материалы и методы.** Процесс лечения проводился в 1-й группе до эндоскопической ремиссии, а во 2-й до гистологической ремиссии, что подтверждалось устранением РМП. В 1-ю группу входили пациенты (n=323) с различными формами ГЭРБ и наличием РМП. Во 2-й (n=131) были пациенты также с различными формами ГЭРБ и подтвержденными в начале исследования РМП. Лечение проводилось до полной нормализации ширины межклеточных пространств. Во 2-й фазе исследования проводилось наблюдение за пациентами без поддерживающей терапии.

**Результаты.** В 1-й группе в течение 3 первых месяцев наблюдения рецидив симптомов наблюдался у 90% вошедших во 2-ю фазу исследования, причем рецидивирование не зависело от формы ГЭРБ. Во 2-й группе, в которой лечение проводилось до полной нормализации РМП, рецидив симптомов заболевания в первые 3 месяца наблюдался только у 20% вошедших во 2-ю фазу исследования, а в течение 6 месяцев – у 53%. Различия в рецидивировании у пациентов с различными формами ГЭРБ не было статистически значимо. Полученные данные свидетельствуют о высокой значимости РМП как маркера эффективности проводимого лечения. Устранение РМП влияет на темпы и частоту рецидивирования ГЭРБ независимо от формы заболевания.

**Выводы.** Лечение пациентов с ГЭРБ должно проводиться до гистологической ремиссии, что замедляет темп и уменьшает частоту рецидивирования заболевания.

#### 294. Прогностические факторы рецидивирования ГЭРБ

Старостин Б.Д., Старостина Г.А.

Гастроэнтерологический центр № 1, Санкт-Петербург, Россия, e-mail: starostinbd@mail.ru

**Цель исследования:** оценить влияние факторов риска на развитие рецидива ГЭРБ на фоне поддерживающей терапии (ПТ).

**Материалы и методы.** Проведен анализ амбулаторных карт пациентов с ГЭРБ, наблюдавшихся в гастроэнтерологическом центре с 1999 по 2009 год на фоне проведения ПТ различными ингибиторами протонной помпы (ИПП). Анализ включал выявление характера повреждения слизистой оболочки пищевода (СОП), степень выраженности клинических проявлений в начале лечения, наличие грыжи пищеводного отверстия диафрагмы (ГПОД) и ее размеры, наличие или отсутствие атрофии слизистой оболочки желудка, *H. pylori*, пол пациента, возраст, рост и индекс массы тела (ИМТ), каким ИПП проводилась ПТ, вариант ПТ (постоянная, интермиттирующая, «по требованию»).

**Результаты.** Ретроспективный анализ показал, что все ИПП являются высокоэффективными препаратами для поддерживающей терапии пациентов с ГЭРБ, но реже всего рецидив ГЭРБ возникал при проведении постоянной поддерживающей терапии в полной лечебной дозе – париет 20 мг в день. Постоянная ПТ любым ИПП была более эффективна (статистически значимо),



чем интермиттирующая или терапия «по требованию». Рецидивирование чаще происходило при более выраженном повреждении слизистой пищевода (ГЭРБ С и D степеней по Лос-Анджелесской классификации) и большей выраженности симптомов, в том числе регургитации, в начале лечения, наличии ГПОД. Среди пациентов с рецидивом ГЭРБ ИМТ был выше. Наличие или отсутствие *H. pylori* не оказывало влияния на частоту рецидивирования.

**Выводы.** Факторами риска рецидивирования являются: более высокая степень повреждения слизистой пищевода (С и D), наличие ГПОД и ее большие размеры, более высокая выраженность основных симптомов ГЭРБ, ИМТ>25, неоптимальный вариант поддерживающей терапии.

#### 295. Салофальк в лечении дивертикулярной болезни толстой кишки

Старостин Б.Д., Старостина Г.А.  
Гастроэнтерологический центр № 1, Санкт-Петербург,  
Россия, e-mail: starostinbd@mail.ru

**Введение.** Гипотетически воспаление при дивертикулярной болезни толстой кишки (ДБТК) схоже по характеру с воспалением при идиопатическом воспалительном заболевании толстой кишки, поэтому пациентам с ДБТК оправдано применение препарата 5-аминосалициловой кислоты.

**Цель исследования:** оценить эффективность салофалька в комбинации с бифиформом в интермиттирующей терапии ДБТК.

**Материалы и методы.** Пациенты (n=23) с верифицированным диагнозом ДБТК (фиброскопия, ирригоскопия), осложненной дивертикулитом, принимали салофальк по 1,0 г×2 раза в день в течение 8 недель с последующим снижением дозы до 0,5 г×2 раза в день и продолжением лечения каждые 10 дней месяца в течение 1 года. Учитывая развитие нарушений микрофлоры кишечника при ДБТК, дополнительно назначался бифиформ по 1 капсуле 2 раза в день курсами в течение 2 месяцев с последующим перерывом на 1 месяц на протяжении всего периода исследования. Контроль воспалительного процесса проводился по показателям фекального кальпротектина и М2-пируваткиназы.

**Результаты.** Оценка симптомов (боль, вздутие живота, диарея, запоры и другие) выявила снижение их выраженности на всех временных отрезках через 3 и 6 месяцев, 9 и 12 месяцев (различия с исходными данными статистически значимы). Через 12 месяцев отмечено достоверное снижение показателей кальпротектина ( $p<0,01$ ) и М2-пируваткиназы ( $p<0,001$ ). За период наблюдения ни у одного пациента не возникло состояние, потребовавшее хирургического вмешательства.

**Выводы.** Комбинированный интермиттирующий метод лечения ДБТК, осложненной дивертикулитом, – салофальк плюс бифиформ – эффективен и безопасен.

#### 296. Эффективность нового гепатопротектора «Ливалин» при НАЖЗП

Старостин Б.Д., Старостина Г.А.  
Гастроэнтерологический центр № 1, Санкт-Петербург,  
Россия, e-mail: starostinbd@mail.ru

**Введение.** С увеличением распространенности избыточной массы тела и ожирения отмечается существенное увеличение распространенности неалкогольного жирового заболевания печени (является компонентом метаболического синдрома), в лечении которого доказана роль эссенциальных фосфолипидов.

**Цель исследования:** оценить эффективность применения нового гепатопротектора «Ливалин» у пациентов с неалкогольным жировым заболеванием печени (стеатоз печени – СП; неалкогольный стеатогепатит – НАСГ).

**Материалы и методы.** Проведено открытое мультицентровое исследование, в котором пациенты (n=39) с НАЖЗП (СП, НАСГ) в течение 6 месяцев принимали ливалин по 2 капсулы 3 раза в день во время приема пищи. Контроль осуществлялся по данным биохимического анализа крови (билирубин общий и его фракции, аланинаминотрансфераза, аспартатаминотрансфераза,  $\gamma$ -глутамилтранспептидаза, щелочная фосфатаза, хо-

лестерин), сонографического исследования печени и данных фибро/акти теста.

**Результаты.** В исследуемой группе через 6 месяцев непрерывного приема ливалина отмечалось устранение фиброза у 26% пациентов, вошедших в исследование. У большинства пациентов отмечалось уменьшение выраженности фиброза и активности патологического процесса в печени. Биохимический контроль функциональных печеночных проб свидетельствовал о существенной положительной динамике, что подтверждалось также положительной динамикой сонографических параметров печени. Отмечена положительная динамика холестерина.

**Выводы.** Ливалин достоверно способствует устранению и/или уменьшению выраженности фиброза печени, нормализации функциональных печеночных проб, положительной динамике сонографических изменений у пациентов с НАЖЗП (СП, НАСГ).

#### 297. Эффективность применения санпраза у пациентов с ГЭРБ

Старостин Б.Д., Старостина Г.А.  
Гастроэнтерологический центр № 1, Санкт-Петербург,  
Россия, e-mail: starostinbd@mail.ru

**Введение.** Существующие данные об эффективности инновационных ингибиторов протонной помпы (ИПП) у пациентов с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью (ГЭРБ) не могут быть автоматически переведены на новые дженерические препараты.

**Цель исследования:** оценить эффективность пантопразола (санпраз) у пациентов с различными формами ГЭРБ.

**Материалы и методы.** Пациенты с подтвержденной ГЭРБ в соответствии с данными эндоскопического исследования верхних отделов желудочно-кишечного тракта и 24-часового рН-мониторирования в амбулаторных условиях принимали пантопразол (санпраз) 0,04 г×1 раз в день за 30-60 минут до утреннего приема пищи до клинической ремиссии при неэрозивной рефлюксной болезни (НЭРБ) и клинико-эндоскопической ремиссии при эрозивной форме ГЭРБ. В 1-ю группу вошли 67 пациентов с НЭРБ (30 мужчин, 37 женщин), во 2-ю – 55 пациентов с эрозивной формой (28 мужчин, 27 женщин).

**Результаты.** Через 4 недели от начала лечения симптомы ГЭРБ были устранены у 69% пациентов (у 38 из 55 вступивших в исследование) и у 72% пациентов (у 38 из 53 закончивших исследование) во 2-й группе. Устранение эрозивных изменений слизистой пищевода через 4 недели отмечено у 71% пациентов, вступивших в исследование, и у 74% пациентов, закончивших исследование, а после 8 недель лечения эндоскопическая ремиссия отмечена у соответственно у 82% и 85% пациентов. В 1-й группе у пациентов с НЭРБ полное устранение симптомов через 4 недели приема отмечалось у 57% вошедших в исследование и у 60% пациентов, закончивших исследование.

**Выводы.** Полученные данные эффективности применения санпраза у пациентов с ГЭРБ свидетельствуют об эквивалентной эффективности его по сравнению с доступными инновационными препаратами пантопразола, омепразола или эзомепразола, лансопразола.

#### 298. Эффективность рабепразола и маалокса в лечении ларингофарингеального рефлюкса

Старостин Б.Д., Старостина Г.А.  
Гастроэнтерологический центр № 1, Санкт-Петербург,  
Россия, e-mail: starostinbd@mail.ru

**Введение.** Существуют противоречивые данные об эффективности ингибиторов протонной помпы (ИПП) при ГЭРБ с проявлениями ларингофарингеального рефлюкса (экстраэзофагеальный синдром). Проведенные ранее 2 метаанализа не выявили значимой клинической выгоды ИПП в сравнении с плацебо. Исследования Reichel и соавторов (Reichel O. et al. // Otolaryngol. Head Neck Surg. – 2008. – Vol. 139. – P. 414–420), Paul K.Y. Lam и соавторов (Paul K.Y. Lam et al. // Clinical Gastroenterology and Hepatology. – 2010. – Vol. 8. – P. 770–776) впервые показали клиническую значимость ИПП у пациентов с ларингофарингеальным рефлюксом – ЛФР.

**Цель исследования:** оценить эффективность рабепразола у пациентов с ЛФР.

**Материалы и методы:** пациенты (n=27) с ЛФР с соответствующими клиническими и ларингоскопическими данными. Этиология ЛФР подтверждалась данными 24-часового рН-мониторирования. Пациенты принимали париет 20 мг×2 раза в день в комбинации с маалоксом по 15,0 мл×4 раза в день в течение 3 месяцев.

**Результаты.** Через 3 месяца отмечено уменьшение выраженности экстраэзофагеальных и эзофагеальных симптомов (осиплость, охриплость голоса, нарушения глотания, кашель после приема пищи, изжога, боли в подложечной области и другие), уменьшение выраженности ларингоскопических проявлений (отечность, гиперемия и другие). Различия выраженности клинических и ларингоскопических проявлений в начале исследования и спустя 3 месяца после лечения достигали значимых величин ( $p<0,01$ ).

**Выводы.** Комбинированная терапия «париет плюс маалокс» проявляет высокую эффективность в лечении ларингофарингеального рефлюкса, ассоциированного с ГЭРБ.

### 299. Эффективность рабепразола при рефлюкс-связанном за грудином болевом синдроме

Старостин Б.Д., Старостина Г.А.

Гастроэнтерологический центр № 1, Санкт-Петербург, Россия, e-mail: starostinbd@mail.ru

**Введение.** В соответствии с Монреальской классификацией синдромом за грудином боли, вызванный гастроэзофагеальным рефлюксом (некардиальная за грудином боль), относится к эзофагеальным синдромам.

**Цель исследования:** оценить эффективность рабепразола (париет) при верифицированном синдроме за грудином боли, пусковым механизмом которого была гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ).

**Материалы и методы.** Исследуемую группу составили 19 пациентов (мужчин 11, женщин 8). Средний возраст ( $43,5\pm5,7$ ) года. Установление диагноза происходило методом исключения заболеваний, которые могли бы вызвать идентичную симптоматику (ишемическая болезнь сердца, моторные нарушения пищевода и другие). Особенностью некоторых пациентов было отсутствие изжоги и регургитации. У всех 19 пациентов диагноз ГЭРБ был установлен на основании данных 24-часового рН-мониторирования с определением индекса симптом-ассоциированной вероятности. Выраженность болевого синдрома оценивалась пациентом по визуальной аналоговой шкале. Пациенты исследуемой группы принимали париет 20 мг 2 раза в день в сочетании с маалоксом по 15 мл 4 раза в день в течение 8 недель.

**Результаты.** Через 8 недель улучшение самочувствия за счет уменьшения выраженности симптомов заболевания было достигнуто у 15 из 19 пациентов (79%). Полное стихание за грудином боли отмечено у 14 из 19 пациентов (74%).

**Выводы.** Комбинированная терапия «париет плюс маалокс» проявляет высокую эффективность в устранении синдрома за грудином боли, вызванного ГЭР.

### 300. Взаимосвязи показателей ультразвуковой эластографии и сыровоточных маркеров со стадией фиброза печени у детей

Сурков А.Н., Намазова-Баранова Л.С., Потапов А.С., Кучеренко А.Г., Гундобина О.С., Четкина Т.С.

Научный центр здоровья детей РАМН, Москва, Россия

**Цель:** выявление взаимосвязей между показателями ультразвуковой эластографии печени (УЭП), сыровоточных маркеров фибрирования печени (СМФП) и морфологической стадией фиброза печени у детей при хронических формах ее патологии.

**Материалы и методы:** 24 ребенка (18 мальчиков, 6 девочек) в возрасте 5-17 лет (средний возраст ( $12,9\pm4,0$ ) года) с различными, в том числе редкими, хроническими болезнями печени, из них: с гликогеновой болезнью 10, болезнью Вильсона 7, аутоиммунным гепатитом 4, первичным склерозирующим холангитом 1, наследственным гемохроматозом 1, хроническим вирусным

гепатитом С 1. Всем детям проведены пункционная биопсия печени с морфологическим исследованием биоптата и вычислением гистологического индекса склероза (ГИС) по Desmet, УЭП, определение сыровоточных концентраций гиалуроновой кислоты (ГК), коллагена IV типа (К IV) и матриксной металлопротеиназы-2 (ММП-2) в качестве СМФП. При статистической обработке полученных данных использовался корреляционный анализ Спирмена.

**Результаты исследования.** Выявлены прямые корреляции между показателями УЭП и концентрацией ГК в сыровотке крови ( $r_s=0,68$ ,  $p<0,05$ ), а также УЭП и уровнем ММП-2 ( $r_s=0,52$ ,  $p<0,05$ ). Значения УЭП положительно коррелируют с величиной ГИС ( $r_s=0,57$ ,  $p<0,05$ ). Уровень ГК положительно коррелирует с ГИС ( $r_s=0,72$ ,  $p<0,05$ ) и ММП-2 ( $r_s=0,69$ ,  $p<0,05$ ), концентрация К IV – с ММП-2 ( $r_s=0,48$ ,  $p<0,05$ ).

**Выводы.** Полученные результаты доказывают тесную взаимосвязь показателей УЭП и СМФП с морфологической стадией фиброза печени у детей с хроническими, в том числе редкими, болезнями печени различной этиологии. Это дает основание рекомендовать УЭП и СМФП в педиатрической практике в качестве неинвазивных методов диагностики стадии фиброза печени для применения.

### 301. Особенности течения алкоголь-индуцированных гастропатий

Сущенко М.А.

Тамбовский государственный университет

им. Г.Р. Державина, Медицинский институт, Россия, e-mail: marinasus@yandex.ru

**Цель исследования:** определение особенностей течения патологии желудка при алкогольной болезни.

**Материалы и методы.** Обследованы 50 пациентов в возрасте от 30 до 50 лет с верифицированной наркологами алкогольной болезнью. Проведена эзофагогастродуоденоскопия с прицельной биопсией и последующим морфологическим и иммуногистохимическим исследованиями. Группу сравнения составили 50 пациентов в возрасте от 30 до 50 лет с патологией гастродуоденальной зоны и не злоупотребляющие алкоголем.

**Результаты.** В основной группе отмечается бессимптомное течение заболевания в 53% случаев и выраженный диспепсический синдром в 65%. При эндоскопическом исследовании хронический катаральный гастрит наблюдался в 28% случаев, атрофический гастрит – в 72%, эрозии и пептические язвы желудка – в 32%, признаки гиперплазии и метаплазии – в 23%, а при иммуногистохимическом анализе количество эпителиоцитов, продуцирующих мелатонин, составило  $29,3\pm1,4$ , а глюкагон –  $19,0\pm1,2$  на  $0,1\text{ мм}^2$  ( $p<0,05$ ). В группе сравнения катаральный гастрит встретился у 52% больных, атрофический гастрит – у 50%, эрозии и пептические язвы желудка – у 17%, признаки гиперплазии и метаплазии – у 2%, при этом количество эпителиоцитов, продуцирующих мелатонин, составило  $14,0\pm1,1$ , а глюкагон –  $8,4\pm0,7$  на  $0,1\text{ мм}^2$  ( $p<0,05$ ).

**Выводы.** 1. В клинической картине преобладают стертые формы заболевания. 2. При морфологическом исследовании характерно сочетание атрофических изменений с изъязвлениями слизистой оболочки желудка на фоне гиперплазии эпителия. 3. При алкогольной болезни имеет место гиперплазия эпителиоцитов, продуцирующих мелатонин и глюкагон, что способствует развитию и прогрессированию атрофических изменений в слизистой оболочке желудка и поддержанию воспалительных процессов в ней.

### 302. Оценка эффективности нового фитосбора на основе растений Центральной Азии в качестве гепатозащитного средства

Сыров В.Н., Хушбакова З.А., Сыров В.В., Набиев А., Кулиев Р.

Институт химии растительных веществ АН РУз, Ташкент, Узбекистан, НЦЗД РАМН, Москва, Россия

**Цель работы:** изучение в эксперименте и клинике гепатозащитного действия нового фитосбора (гептафит), состоящего из плодов шиповника, столбиков с рыльцами кукурузы, цветков ноготков, травы зверобоя, листьев мяты перечной, травы душицы мелкоцветной, травы янтаря ложного в определенных соотношениях.

**Материалы и методы.** Экспериментально-фармакологические (крысы с гелиотриновым гепатитом – ГГ) и клинико-биохимические (больные с вирусным гепатитом В).

**Результаты.** Проведенные эксперименты на животных с ГГ показали, что под влиянием фитосбора через 7-14 дней введения отмечалась нормализация в сыворотке крови активности ферментов АлАт, АсАт, и щелочной фосфатазы. В ткани печени наблюдалось более высокое, чем в контроле, содержание гликогена, оптимизировалось соотношение МК/ПВК, уменьшалась выраженность процессов ПОЛ, повышалась активность каталазы и супероксиддисмутазы, увеличивалось количество восстановленного глутатиона. Значительно улучшалась антиоксидантная и желчсекреторная функция печени. Включение в комплексное лечение больных с вирусным гепатитом В исследуемого фитосбора способствовало более быстрому наступлению клинической ремиссии заболевания, исчезала гиперферментемия, гипербилирубинемия, повышалось содержание белка в сыворотке крови, уменьшались размеры печени. Отмечено наличие у него также спазмолитического и желчегонного действия. По своей эффективности гептафит при лечении больных с патологией печени превосходил известный лекарственный препарат Liv-52.

**Вывод.** Новый фитосбор (разрешен к применению ФК МЗ РУз) может широко использоваться в клинической практике при лечении заболеваний гепатобилиарной системы.

## Т

### 303. Пути профилактики гнойно-воспалительных осложнений в малоинвазивной хирургии холецистолитиаза

Таджибаев Ш.А., Таджибаева Х.Ш., Сотволдиев И.М., Зияев Р.А.

Андижанский медицинский институт, Узбекистан

**Цель:** улучшить ближайшие результаты применения методов малоинвазивной хирургии холецистолитиаза.

**Материал и методы.** Произведен анализ результатов лечения 132 пациентов, перенесших операции с использованием видео-эндоскопической техники по поводу хронического холецистолитиаза. Превалирующее большинство составили больные женского пола – 109 (82,6%), а мужского – 23 (17,4%) больных. Возраст больных колебался от 21 года до 62 лет, средний возраст составил 43 года. Среди больных у 73 констатировалось ожирение различной степени, что составило 55,3%. Все больные в зависимости от применявшейся методики антибиотикотерапии разделены на две сравниваемые группы: I группа (контрольная) – 57 больных (43,2%), применялась традиционная антибиотикотерапия препаратами пенициллинового ряда с интервалом 6 часов в течение 5-7 дней; II группа (основная) – 75 больных (56,8%), применялась разработанная методика однократной превентивной антибиотикотерапии.

**Результаты и выводы.** Течение раннего послеоперационного периода у больных первой группы характеризовалось сохранением болевого синдрома и сохранением субфебрилитета до пятых суток. Послеоперационные осложнения в виде нагноения области умбиликального прокола диагностированы у 5 (8,8%) больных, подкожная эмфизема – у 4 (7,0%), бронхолегочные осложнения наблюдали у 7 (12,3%) пациентов. Во второй группе на 75 больных диагностировано 4 (5,3%) случая подкожной эмфиземы в месте прокола брюшной стенки троакарном.

Низкий процент осложнений в раннем послеоперационном периоде во второй группе больных доказывают преимущества методики однократной превентивной антибиотикотерапии перед традиционными способами профилактики гнойно-воспалительных осложнений при лапароскопической холецистэктомии, что позволяет рекомендовать ее к широкому использованию.

### 304. Коррекция психологических нарушений при синдроме раздраженного кишечника с использованием радонотерапии

Текеева Ф.И., Кайсинова А.С., Федорова Т.Е., Просольченко А.В., Литвинова М.А.

Пятигорский ГНИИК ФМБА России, Россия, e-mail: orgotdel@gniik.ru

Известно, что синдром раздраженного кишечника (СРК) является функциональным расстройством, в основе которого лежит взаимодействие психосоциальных нарушений и двигательной активности кишечника.

С целью исследования качества жизни у больных СРК нами обследованы 40 пациентов с помощью опросника MOS SF-36. По данным психологического тестирования отмечались соматореактивные состояния невротического уровня (депрессии) различной степени выраженности. Все больные получали базисную курортную терапию с применением питьевой минеральной воды «Ессентуки» № 4, диетотерапию, микроклизмы с отваром трав и сифонные орошения кишечника. Больные 1 группы дополнительно принимали углекислые минеральные ванны (20 человек), пациенты 2 группы – радоновые ванны 1,5 кБк/л (20 человек).

В результате лечения выраженность тревоги и депрессии по госпитальной шкале HADS уменьшилась у 94,9% больных 2-й группы с (8,9±1,4) балла до (4,6±1,7) балла (p<0,001) против 69,2% пациентов 1-й группы с (8,5±1,3) балла до (5,3±1,8) балла (p<0,01; p<sub>1-2</sub><0,05). Депрессия по шкале Бека уменьшилась у всех пациентов 2-й группы с (19,4±1,7) балла до (10,8±1,9) балла (p<0,001). В контроле депрессия уменьшилась у 74,2% наблюдаемых с

(18,9±1,9) балла до (14,5±1,5) балла ( $p<0,01$ ;  $p_{1-2}<0,05$ ). Показатели САН нормализовались у 100% получавших радонотерапию больных: самочувствие – от (2,72±0,19) балла до (5,18±0,21) балла ( $p<0,001$ ), активность – от (3,40±0,17) балла до (5,35±0,18) балла ( $p<0,001$ ), настроение – от (3,35±0,11) балла до (5,51±0,15) балла ( $p<0,001$ ). В контрольной группе данные показатели улучшились в 75% случаях ( $p_{1-2}<0,05$ ): самочувствие – от (2,98±0,13) балла до (4,67±0,12) балла ( $p<0,05$ ), активность – от (3,37±0,12) балла до (4,92±0,11) балла ( $p<0,05$ ) и настроение – от (3,52±0,16) балла до (4,87±0,12) балла ( $p<0,05$ ).

Результаты проведенных исследований доказывают преимущество радонотерапии в коррекции психоэмоциональных нарушений у больных СРК в сравнении с традиционным курортным лечением.

### 305. Изменение верхних отделов желудочно-кишечного тракта у больных с ИБС и атеросклерозом и их связь с НР-инфекцией

Терещенко С.Г., Мечева Л.В., Морозова Н.А., Тагиева Э.Э., Белоусова Е.А.  
МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского, Москва, Россия

**Цель исследования:** изучить инфицированность слизистой оболочки желудка *Helicobacter pylori* (НР) у пациентов с патологией сердечно-сосудистой системы при планировании ее хирургической коррекции.

**Материалы и методы.** Обследованы 52 пациента, нуждающихся в хирургической коррекции заболеваний сердечно-сосудистой системы. При ЭГДС у 32 больных (1 группа) выявлена эрозивно-язвенная патология верхних отделов пищеварительного тракта (ЭЯП ВОПТ). 2 группа (контрольная) – 20 больных без ЭЯП ВОПТ. Выполнена биопсия слизистой оболочки антрального отдела желудка на наличие НР-инфекции. Все пациенты длительно принимали НПВП. Ранее установлены эрозивные и язвенные поражения верхнего отдела пищеварительного тракта были у 50% пациентов обеих групп.

**Результаты.** 1 группа: 26 мужчин и 6 женщин, средний возраст 61 год (с пороками сердца 3, с атеросклеротическим поражением магистральных сосудов – 22, с ишемической болезнью сердца (ИБС) – 7). 2 группа – 16 мужчин, 4 женщины, средний возраст – 63 года (с пороками сердца – 3, с атеросклеротическим поражением магистральных сосудов – 12, с ИБС – 5). НР был выявлен в клинически значимой степени обсемененности у пациентов 1 и 2 группы (в 1 группе НР 2-3 степени обсемененности выявлен у 19 человек – 59%, во 2 группе – у 4 – 20%). Отсутствие НР и 1 степень обсемененности констатирована у 13 (41%) пациентов 1 группы и у 16 (80%) больных из 2 группы ( $p<0,01$ ).

**Выводы.** При сердечно-сосудистой патологии на этапе предоперационной подготовки сопутствующие ЭЯП ВОПТ ассоциированы с НР. У данных больных целесообразно контролировать состояние ВОПТ для оптимизации лечения и достижения клинико-эндоскопической ремиссии на дооперационном этапе с целью снижения интра- и послеоперационных осложнений.

### 306. Оценка эффективности виусида в комплексной терапии больных хроническим вирусным гепатитом С

Титов В.В., Кудрявцев А.Е.  
ЦНИИ эпидемиологии, Москва, Россия

**Цель исследования:** оценка эффективности и переносимости больными хроническим гепатитом С (ХГС) противовирусного лечения препаратами «Пегасис» (ПЭГ-ИФН $\alpha$ -2a) + «Рибавирин» (РБВ) в комбинации с препаратом «Виусид».

**Материалы и методы.** Под нашим наблюдением находились 110 больных ХГС, разделенных на 2 группы. В 1-ю группу были включены 52 пациента, получавшие пегасис в дозе 180 мкг/нед и РБВ в дозе 1000-1200 мг/сут ежедневно. Во 2-й группе – 58 больных, которые кроме вышеуказанных препаратов принимали виусид по 1 порошку 3 раза в сутки после еды в течение 3 месяцев. Группы были сопоставимы по возрасту, массе тела, степени активности инфекционного процесса и генотипическому профи-

лю возбудителя. Наиболее часто выявлялось инфицирование генотипом 1b (65 и 76%). Средний исходный уровень нагрузки был незначительно выше во 2 группе. Контроль качественного и количественного содержания НСВ проводился в 2 группах через 4, 12, 24, 36, 48 недель лечения.

**Выводы.** 1. Виусид повышает качество жизни пациентов на фоне противовирусной терапии (ПВТ). Во 2-й группе достоверно быстрее наблюдались исчезновения тошноты, нормализации аппетита, повышение работоспособности, эмоционального тонуса. С меньшей частотой регистрировались изменения общего анализа крови. 2. Препарат активизирует клеточное и гуморальное звенья иммунитета, улучшает метаболизм, не проявляя негативных побочных реакций. 3. Проведенные клинические исследования подтвердили, что на сегодняшний день пегасис + РБВ являются ведущими в лечении ХГС, особенно с генотипом 1b. Частота стойкого вирусологического ответа 76% (отсутствие вируса в течение 2 лет после прекращения ПВТ).

### 307. Особенности генотипов *Helicobacter pylori* (НР) в двенадцатиперстной кишке у детей с хроническим гастродуоденитом (ХГД) и синдромом избыточного бактериального роста (СИБР)

Ткаченко Е.И.<sup>1</sup>, Новикова В.П.<sup>2</sup>, Цех О.М.<sup>2</sup>, Барышников Н.В.<sup>1</sup>, Оришак Е.А.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>СПбГМА им. И.И. Мечникова, <sup>2</sup>СПбГПМА, Санкт-Петербург, Россия, e-mail: doctor-tsek@yandex.ru

**Цель исследования:** изучить особенности генотипов НР в двенадцатиперстной кишке у детей с ХГД и сопутствующим СИБР.

**Материалы и методы.** На базе ГУЗ Поликлиника № 23 КДЦ № 2 для детей обследованы 44 ребенка в возрасте 5-17 лет с морфологически верифицированным диагнозом ХГД и наличием НР в слизистой оболочке двенадцатиперстной кишки (ДПК). *H. pylori* в ДПК выявлялся с помощью ПЦР с детекцией генов острова патогенности: *ureC*, *cagA*, *cagC*, *cagH*, *cagE*. Исследование выполнялось на базе лаборатории молекулярной диагностики ГУ НИИЭМ РАМН. Бактериологическое исследование дуоденального содержимого проводилось с использованием тест-системы La Chema фирмы Pliva (Брно, Чехия). По результатам бактериологического исследования все дети были разделены на 2 группы: группа № 1 – 32 ребенка только с ХГД, группа № 2 – 12 детей с ХГД и сопутствующим СИБР.

**Результаты.** При изучении генетических особенностей НР достоверно чаще в группе № 2 выявлялся ген группы *cagC* (группа № 1 – 12,5%, группа № 2 – 66,67%,  $p<0,001$ ). При проведении сравнительной характеристики частоты встречаемости комбинаций генов НР (*ureC* и группы *cag*) у детей группы № 2 достоверно чаще наличие гена уреазы сочеталось с комбинацией *ureC*, *cagA*+, *cagC*+, *cagE*+, *cagH*+ (группа № 1 – 33,35%, группа № 2 – 0%,  $p<0,05$ ) и *ureC* с какими-либо тремя генами группы *cag* (группа № 2 – 25% и группа № 1 – 0%,  $p<0,05$ ), тогда как в группе № 1 достоверно чаще выявлялись комбинации *ureC* с каким-либо одним геном группы *cag* (группа № 1 – 50% и группа № 2 – 16,67%,  $p<0,05$ ) и *ureC*, *cagA*-, *cagC*-, *cagE*-, *cagH*- (группа № 1 – 12,5% и группа № 2 – 8,33%,  $p<0,05$ ).

**Вывод.** У детей с ХГД и СИБР выявлены более патогенные штаммы *H. pylori* в ДПК, чем у детей с ХГД, что надо учитывать при подборе эрадикационной схемы терапии.

### 308. Клинико-лабораторные признаки гепатобилиарных нарушений у детей, проживающих в условиях влияния негативных факторов внешней среды

Толмачева О.Г., Маклакова О.А., Устинова О.Ю., Аминова А.И.

Федеральный научный центр медико-профилактических технологий управления рисками здоровью населения, Пермь, Россия

**Цель исследования:** установить ранние признаки гепатобилиарных нарушений (ГБН) у детей в условиях неблагоприятного воздействия химических техногенных факторов. Дети с ГБН были разделены на две группы методом случайной выборки: основная

(«О») – 204 ребенка, проживающие в условиях неблагоприятного воздействия химических факторов среды обитания, и группа сравнения («С») – 99 детей, проживающих в условиях относительно благополучной санитарно-гигиенической ситуации.

**Результаты.** У детей группы «О» отмечалось увеличение концентрации формальдегида в крови в 1,5 раза ( $p < 0,001$ ), уровня ацетона в 2 раза ( $p < 0,02$ ), марганца в 1,6 раза ( $p < 0,02$ ), свинца – в 1,3 раза ( $p < 0,00$ ), хрома в 1,8 раза ( $p < 0,00$ ), чем в группе «С». В «О» группе достоверно чаще встречалась пальпаторная болезненность в окологрудинной области – ( $42,48 \pm 4,55$ )% и ( $25,53 \pm 5,58$ )%,  $p < 0,04$ , а также в точке Ортнера-Грекова – ( $31,86 \pm 4,05$ )% и ( $14,89 \pm 3,72$ )%,  $p < 0,03$ . Отмечались изменения показателей обмена железа: у 73,5% ( $p < 0,00$ ) снижение гемоглобина и содержания сывороточного железа – ( $17,41 \pm 1,01$ ) мкмоль/дм<sup>3</sup> и ( $19,70 \pm 1,02$ ) мкмоль/дм<sup>3</sup>,  $p < 0,05$ . Кроме того, установлены патологические сдвиги иммунного гомеостаза: повышение общего иммуноглобулина Е и концентрации IgA к глиадину у 55% ( $p < 0,02$ ). В 1,9 раза чаще верифицировались эхо-признаки увеличения правой доли печени –  $119,70 \pm 1,67$  и  $109,12 \pm 4,82$ ,  $p < 0,034$  и дисхолия. При оценке функционального состояния гепатобилиарной системы установлен гипертонус сфинктера Одди: фаза закрытого сфинктера Одди –  $18,35 \pm 0,65$  и  $16,12 \pm 0,61$ ,  $p < 0,63$ .

**Выводы.** Таким образом, имеющиеся сдвиги биохимического и иммунологического гомеостаза можно рассматривать как ранние маркеры ГБН у детей с контаминацией биосред токсикантами промышленного происхождения.

### 309. Конъюнктивальная проба и возможная реакция общей анафилаксии (анафилактический шок) на МТБЭ

Трифонов Э.В., Сайфутдинов Р.Г.

Казанская ГМА (каф. терапии № 1), МСЧ ОАО «Татнефть» и г. Альметьевска, Россия

**Цель исследования:** оценить на морских свинках конъюнктивальную пробу и определить возможную реакцию общей анафилаксии (анафилактический шок) на метил-трет-бутиловый эфир (МТБЭ).

**Материалы и методы.** Конъюнктивальную пробу морским свинкам (из питомника РАМН «Рапполово», Ленинградская область) проводили на 10-й день после окончания внутрижелудочного (в/ж) введения МТБЭ в дозах 70 и 700 мг/кг (опытные группы) или равного объема дистиллированной воды в течение 5 дней (контрольная группа). Для постановки пробы 1 каплю (50 мг) МТБЭ вводили под верхнее веко контрольных и опытных групп. Под верхнее веко второго глаза вводили такой же объем дистиллированной воды (контроль). Реакцию оценивали через 15 мин и через 24-48 часов в баллах. Реакцию общей анафилаксии оценивали через 21 день после окончания сенсибилизации (в/ж МТБЭ в дозах 70 и 700 мг/кг в течение 5 дней). Животным внутрисердечно вводили разрешающую дозу, равную суммарной сенсибилизирующей. Такую же дозу вводили морским свинкам контрольных групп. Учет интенсивности анафилактического шока проводился в индексах по Weigle: 0 – шок не развился, признаки его отсутствуют; + – шок слабый (некоторое беспокойство, учащенное дыхание, почесывание мордочки, непроизвольное мочеиспускание, дефекация, шерсть взъерошена); ++ – шок умеренный (небольшие судороги, выраженные явления бронхоспазма); +++ – шок тяжелой степени (общие судороги, асфиксия, животное теряет способность удерживаться на лапах, падает на бок, не погибает); ++++ – шок со смертельным исходом.

**Результаты.** При конъюнктивальной пробе ни у одного животного опытных групп не было повышенной реакции на введение МТБЭ. Небольшое раздражение проходило в течение 1 часа. Не были выявлены признаки даже умеренного шока ни у одного из животных, получавших МТБЭ в исследованных дозах.

**Выводы.** У МТБЭ отсутствуют аллергенные свойства.

### 310. Экспрессия рецептора витамина D в слизистой двенадцатиперстной кишки и уровень кальцидиола в крови у ликвидаторов последствий аварии на ЧАЭС с остеопеническим синдромом

Трофимова И.В., Эллиниди В.Н., Дрыгина Л.Б., Саблин О.А.

ВЦЭРМ им. А.М. Никифорова МЧС России, Санкт-Петербург, Россия

**Цель исследования:** изучить экспрессию рецептора витамина D (PBD) в биоптатах слизистой двенадцатиперстной кишки и уровень кальцидиола в крови ликвидаторов последствий (ЛП) аварии на ЧАЭС с остеопеническим синдромом.

**Материал и методы.** У 79 ЛП с язвенной болезнью, хроническим гастритом изучены маркеры костного метаболизма, уровни кальция, кальцидиола, PBD, минеральная плотность кости (МПК). PBD исследованы иммуногистохимическим En Vision методом с помощью моноклональных антител. МПК определялась методом двухэнергетической рентгеновской абсорбциометрии на денситометре DPX-L фирмы «Lunar» (США). Контрольную группу составили пациенты такого же возраста, не подвергавшиеся лучевому воздействию.

**Результаты.** У 39 ЛП выявлена остеопения, у 14 – остеопороз. В группе больных с остеопенией уровень кальцидиола составил 78 нмоль/л, с остеопорозом – 58 нмоль/л, что достоверно ниже уровня контрольной группы (98 нмоль/л) ( $p < 0,019$ ). Уровень общего и ионизированного кальция имел тенденцию к снижению, хотя снижение и не было достоверным. Выявлен высокий уровень корреляции между кальцидиолом в крови и показателем МПК ( $r = 0,943$ ). PBD выявлены во всех биоптатах слизистой двенадцатиперстной кишки с высокой степенью экспрессии в цитоплазме поверхностных и донных желез. В 30% случаев определялась ядерная локализация PBD.

**Выводы.** Высокий уровень экспрессии PBD, их ядерная локализация, отсутствие достоверного снижения уровня кальция в крови позволяет предполагать, что PBD в кишечнике не только принимают участие во всасывании кальция через кишку, но и являются компенсаторным механизмом, препятствующим развитию остеопении.

### 311. Воспроизведение острого и хронического панкреатита у крыс

Трубицына И.Е., Винокурова Л.В., Чикунова Б.З., Агафонов М.В., Губина А.В.

ЦНИИ гастроэнтерологии, Москва, Россия

Панкреатит – полиэтиологическое заболевание, которое развивается по своим внутренним законам, подчиняясь общим и местным сигналам медиаторов, принимающих участие в динамике развития и поддержания воспаления ткани поджелудочной железы (ПЖ). Механизм возникновения деструктивных процессов в ПЖ не ясен до сих пор.

**Цель работы:** установить повреждающие факторы, способствующие возникновению острого панкреатита и переходу его в хронический.

**Материал и методы.** Опыты проведены на белых крысах весом 190-210 г, средний вес 200 г. Повреждение ткани поджелудочной железы вызывали уксусной кислотой в объеме 0,025 мл, нанося ее на поверхность поджелудочной железы. Повреждение ткани поджелудочной железы запускает механизмы внутриклеточной активации трипсинагена, который активизирует липазу, амилазу, способствуя «расплавлению» окружающей ткани. Одновременно повышается содержание серотонина в ткани ПЖ, что нарушает архитектуру микроциркуляторного русла ткани. Статистическая обработка проводилась с помощью пакета программы «Биостатистика».

**Результаты и обсуждение.** Серотонин: 1-я группа (контроль) – ПЖ ( $0,80 \pm 0,07$ ) мкг/г ткани; 2-я группа (острый панкреатит) – ПЖ ( $1,64 \pm 0,23$ ) мкг/г ткани ( $p < 0,05$ ); 3-я группа (хронический панкреатит) – ПЖ ( $0,95 \pm 0,09$ ) мкг/г ткани ( $p > 0,05$ ). Данное повышение обусловлено воспалительной реакцией, в которой непосредственное участие принимает серотонин. Через 10 суток

уровень серотонина в ПЖ снижался, но не достигал контрольного значения ( $p>0,05$ ). В ткани ПЖ сохраняются выраженные деструктивные процессы.

**Заключение.** Предложенная модель острого и хронического панкреатита может быть использована для изучения патогенетических механизмов развития и поддержания воспалительной реакции в ткани ПЖ и проведения доклинических испытаний лекарственных препаратов.

### 312. Экспериментальные исследования как метод сравнительной медицины

Трубицына И.Е., Чикунова Б.З., Воробьева Н.Н., Лагутина Л.Д., Агафонов М.В.  
ЦНИИ гастроэнтерологии, Москва, Россия

Модель заболевания человека всегда является объектом сравнительного физиологического исследования. Модель исследуется, как правило, глубже, чем прототип, у которого аналогичное изучение затруднено. Основное применение модельных экспериментов – области общей и частной патофизиологии.

**Цель настоящего исследования:** создание адекватных моделей воспроизведения патологического процесса.

**Материал и методы.** Исследования проведены на белых крысах весом 180-220 г ( $n=35$ ). Созданы экспериментальные повреждения печени, поджелудочной железы, слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки. В процессе динамического наблюдения за развитием деструктивных повреждений проведены морфологические и биохимические исследования, что позволило установить общие патогенетические механизмы с болезнями человека. В случае, когда повреждающим фактором было химическое вещество, острое повреждение ткани переходит в регенераторно-восстановительную стадию, позволяя изучать процессы саногенеза. Воспроизведение повреждения ткани печени и кишечника с аутоиммунным компонентом дало возможность определить характер изменений на ранних сроках развития патологического процесса.

**Обсуждение.** Эксперимент как метод исследования стоит в центре пересечения практических и познавательных задач. Установления даже одного общего патогенетического звена развития заболевания уже достаточно, чтобы считать, что используется адекватная модель воспроизведения заболеваний человека. Благодаря использованию предложенных экспериментальных моделей установлены и объяснены механизмы патологических процессов, происходящих в прототипе изучаемого заболевания. Эксперимент как метод познания необходим для изучения пато- и саногенеза повреждений органов пищеварения.

### 313. Частота стеатоза печени у пожилых и старых больных с ИБС (данные аутопсии)

Турьева Л.В.  
СПбГМА им. И.И. Мечникова, Россия,  
e-mail: solt54@mail.ru

**Цель исследования:** определить частоту стеатоза печени у пожилых и старых больных с ИБС.

**Материал и методы.** Изучены 143 фрагмента печеночной ткани и 143 протокола аутопсии больных с ИБС, умерших в возрасте старше 60 лет на отделениях Санкт-Петербургского госпиталя для ветеранов войн (ГВВ) в 2003-2009 гг. Атеросклеротическое поражение коронарных артерий и аорты оценивалось по Г.Г. Автандилову (1963), степень стеатоза печени – по Metavir. В исследование не включались материалы о пациентах с наличием заболеваний, влияющих на состояние печени. При статистической обработке был использован критерий достоверности Стьюдента, определение достоверности отличий (Т) относительных величин.

**Полученные данные.** В общей группе больных с ИБС соотношение женщины : мужчины было 1:1., возраст смерти – от 60 до 98 лет, средний возраст смерти –  $(82,3 \pm 1,4)$  года. Осложненные формы атеросклероза коронарных сосудов были у  $(98,6 \pm 1,0)\%$ , аорты – у  $(99,3 \pm 0,7)\%$ . Стеатоз печени выявлен в  $(25,9 \pm 7,3)\%$ . Частота стеатоза печени у больных с ИБС, умер-

ших в пожилом, старческом возрасте и после 90 лет, достоверно не отличалась и составляла  $(25,9 \pm 17,9)\%$ ,  $(23,1 \pm 9,4)\%$  и  $(32,0 \pm 17,6)\%$  соответственно. Возраст смерти больных со стеатозом печени составил у женщин  $(82,4 \pm 4,0)$  года, у мужчин –  $(77,9 \pm 6,4)$  года и не имел статистически значимых различий. Возраст смерти больных с ИБС без стеатоза был достоверно ( $T=3,4$ ) большим у женщин –  $(85,3 \pm 2,0)$  года, чем возраст смерти у мужчин в той же подгруппе –  $(80,6 \pm 2,0)$  года.

**Выводы.** В группе умерших пожилых и старых больных с ИБС в  $(25,9 \pm 7,3)\%$  случаев выявлялся стеатоз печени, возраст смерти мужчин и женщин в этой группе был одинаковым, в отличие от достоверно более позднего возраста смерти старых женщин в группе больных с ИБС, но без стеатоза печени.

### 314. Особенности иммунологического профиля секрета ротовой полости у детей с неспецифическим язвенным колитом и болезнью Крона

Тутина О.А. Федулова Э.Н., Маянская И.В., Федорова О.В. Шумилова О.В.  
Нижегородский НИИ детской гастроэнтерологии, Россия

**Цель исследования:** определить характер изменений местного иммунитета ротовой полости и их взаимосвязь с системным иммунитетом при рассматриваемой патологии.

**Материал и методы:** 53 пациента с неспецифическим язвенным колитом и 29 с болезнью Крона в возрасте от 6 до 18 лет.

**Результаты и их обсуждение.** Больные ВЗК в периоде обострения, несмотря на отсутствие местных воспалительных изменений в ротовой полости, имели отклонения орального секреторного иммунитета, что отражало реакцию слизистой оболочки на текущий патологический процесс в кишечнике. У большинства больных НЯК (94,7%) и БК (87,5%) выявлено повышенное содержание IgG в слюне ( $p=0,0001$ ). Концентрация IgA не отличалась от таковой у здоровых детей и была повышенной только у половины пациентов с БК (50%) и у 39,5% с НЯК, тогда как у 34,2% больных НЯК и у 16,7% при БК отмечено ее снижение. Показатели секреторного IgA у большинства детей с НЯК (76,3%) и у половины с БК (58,3%) были снижены. Дефицит SIgA нарастал пропорционально тяжести заболевания, но и в период ремиссии в 57% случаев его уровень оставался ниже нормы. Изучение цитокинового профиля в слюне установило достоверное повышение в период обострения уровня провоспалительных цитокинов IL-1 $\beta$ , TNF $\alpha$ , IL-6 на фоне нормальной или сниженной концентрации IL-4. Показатели IL-10 в слюне были повышены и у больных НЯК ( $p=0,0005$ ), и у детей с БК ( $p=0,04$ ). Повышение IL-10, возможно, отражает активацию макрофагального звена в слизистых оболочках наряду с повышением уровня провоспалительных цитокинов. Выявлена умеренная линейная прямая корреляционная взаимосвязь ( $p<0,05$ ) между показателями цитокинов в слюне и крови у детей для IL-1 $\beta$  ( $r=0,32$ ), IL-10 ( $r=0,37$ ), TNF $\alpha$  ( $r=0,29$ ).

## У

**315. Применение дюфалака в терапии пациентов с синдромом раздраженного кишечника**

Удовиченко Т.Г., Токарева А.В., Пасечников В.Д.  
Ставропольская ГМА, Россия

**Цель исследования:** оценить клиническую эффективность и изучить показатели анарктальной манометрии (АРМ) у пациентов с синдромом раздраженного кишечника (СРК) с симптомами хронического запора в динамике 2-недельной терапии препаратом «Дюфалак».

**Материал и методы.** Проведено обследование 68 пациентов, страдающих СРК с преобладанием клиники хронического запора и 15 здоровых добровольцев. Средний возраст пациентов составил  $(38,2 \pm 1,2)$  года, подавляющее большинство из них – женщины (91,2%). Всем пациентам назначался дюфалак внутрь в дозе 50 мл утром. Оценивались следующие клинические показатели: переносимость препарата, характеристика стула, кратность дефекаций в неделю. АРМ проводилась с помощью аппаратного комплекса «Albyn Medical Ltd» (Великобритания). Оценивались следующие показатели: базальное давление в прямой кишке (БДР), порог ректальной чувствительности (ПРЧ), коэффициент податливости прямой кишки в ответ на баллонное растяжение.

**Результаты.** Выявлена положительная клиническая динамика и хорошая переносимость препарата у 64 пациентов (94,1%), однако 4 больных (5,8%) не смогли продолжить терапию из-за выраженного вздутия живота. Нормализация стула произошла у 56 пациентов (87,5%), у 8 пациентов (12,5%) появился жидкий стул в течение первой недели терапии, потребовавший коррекции дозы препарата с уменьшением до 30 мл в сутки. При исследовании показателей АРМ также выявлена положительная динамика: увеличение БДР, повышение ПРЧ и повышение коэффициента податливости прямой кишки в ответ на баллонное растяжение.

**Выводы.** Таким образом, дюфалак доказывает свою эффективность в терапии пациентов с СРК с преобладанием симптомов хронического запора, в связи с чем мы можем рекомендовать дюфалак к использованию в терапии данной категории пациентов.

**316. Эффективность применения дицетела в терапии пациентов с синдромом раздраженного кишечника**

Удовиченко Т.Г., Токарева А.В., Пасечников В.Д.  
Ставропольская ГМА, Россия

**Цель исследования:** оценить эффект применения дицетела в динамике 4-недельной терапии пациентов с синдромом раздраженного кишечника (СРК) с преобладанием симптомов диареи.

**Материал и методы.** Проведено обследование 41 пациента с СРК с преобладанием клиники диареи и 15 здоровых добровольцев. Средний возраст пациентов составил  $(31,3 \pm 1,4)$  года. Всем пациентам назначался дицетел внутрь в дозе 50 мг 3 таблетки в день во время еды. Оценивались следующие клинические показатели: переносимость препарата, характеристика стула, кратность дефекаций в неделю. Объективная оценка моторики прямой кишки проводилась методом анарктальной манометрии (АРМ) с помощью аппаратного комплекса «Albyn Medical Ltd» (Великобритания). Оценивались следующие показатели: базальное давление в прямой кишке (БДР), порог ректальной чувствительности (ПРЧ), коэффициент податливости прямой кишки в ответ на баллонное растяжение.

**Результаты.** Выявлена положительная клиническая динамика и хорошая переносимость препарата у всех пациентов. Нормализация консистенции и кратности стула произошла у 37 пациентов (90,2%), у 4 пациентов (9,8%) улучшилась консистенция стула, однако полной нормализации характера стула не произошло, что потребовало коррекции дозы препарата с увеличением до 100 мг 2 раза в сутки. При исследовании показателей АРМ также выявлена достоверная положительная динамика: уменьшение БДР, повышение ПРЧ и повышение коэффициента податливости прямой кишки в ответ на баллонное растяжение.

**Выводы.** Таким образом, опыт клинического применения препарата с учетом эффективности, переносимости и отсутствия побочных эффектов позволяет рекомендовать его в терапии данной категории пациентов.

**317. Роль водородного дыхательного теста в диагностике синдрома избыточного бактериального роста у пациентов с функциональной диспепсией и синдромом раздраженного кишечника**

Удовиченко Т.Г., Токарева А.В., Пасечников В.Д.,  
Дейнеко Г.А.  
Ставропольская ГМА, Россия

**Цель исследования:** выявить наличие синдрома избыточного бактериального роста (СИБР) методом водородного дыхательного теста с лактулозой у пациентов с функциональной диспепсией (ФД) и синдромом раздраженного кишечника (СРК).

**Материал и методы.** Были обследованы 44 пациента, из них 12 пациентов с ФД и 32 пациента с СРК. Диагноз ФД и СРК был установлен согласно Римским критериям III. Средний возраст всех пациентов составил  $(34,2 \pm 1,3)$  года. Контрольную группу составили 10 здоровых добровольцев. Всем пациентам проводился водородный дыхательный тест аппаратом EC60 Gastrolizer 2 натощак и с нагрузкой лактулозой. Исследовались следующие показатели: базовый уровень водорода в выдыхаемой газовой смеси; изменения показателей уровня водорода в выдыхаемой газовой смеси после нагрузки лактулозой 30 мл через каждые 15 минут в течение 4 часов.

**Результаты.** При проведении исследования в контрольной группе здоровых добровольцев не выявлено повышения показателей уровня водорода в выдыхаемой газовой смеси. Однако при проведении исследования в группе больных выявлены следующие изменения: из 32 пациентов с СРК у 29 пациентов (90,6%) и среди 12 пациентов с ФД у 6 пациентов (50%) выявлено значительное, достоверное повышение уровня водорода в выдыхаемой газовой смеси с 75 минут от начала исследования, что свидетельствует о наличии СИБР. Полученные показатели позволили нам рекомендовать пациентам с СИБР проведение антибактериальной терапии с последующей оценкой эффективности.

**Выводы.** Метод водородного дыхательного теста с лактулозой – новый метод диагностики СИБР. Отличается высокой информативностью, простотой и неинвазивностью и может использоваться в повседневной медицинской практике.

**318. Выбор метода лечения ахалазии пищевода**

Урсол Г.Н.  
МЦ ЧП «Больница Святого Луки», Кировоград, Украина

К нервно-мышечным заболеваниям пищевода относится ахалазия кардии (пищевода). Общим для всех нервно-мышечных заболеваний является дисфагия.

Нами установлено, что при ахалазии, в отличие от других нервно-мышечных заболеваний, в области нижнего пищеводного сфинктера развиваются фиброзные изменения. Степень выраженности фиброзных изменений зависит от сроков заболевания и стадии.

Нами установлено, что метод лечения следует выбирать в зависимости от степени выраженности фиброза в мышечной ткани.

Для выявления фиброза в мышечной ткани и степени дегенерации использовался разработанный нами метод ступенчатой биопсии – биопсия берется дважды с одной точки. Первый этап: нарушаем слизистую, а затем уже по каналу в слизистой берем мышцу нижнего пищеводного сфинктера (НПС). При исследовании препаратов оценивали наличие и степень выраженности лейкоцитарной инфильтрации, наличие и степень выраженности дегенеративных изменений в межмышечном и нервном сплетении.

Для исследования состояния субмикроскопических изменений в клетках нервных сплетений и циркулярном мышечном слое пищевода при ахалазии кардии использовали субоперационный материал.

Растяжимость кардии измеряли путем введения в зону кардии баллона с низкоэластическими стенками объемом 50 мл. Запол-

няя баллон 5, 10, 15, 20, 25, 30, 35, 40, 45, 50 мл жидкости, строили кривую растяжимости кардии.

В результате исследования установлена закономерность: в начальных стадиях в патогенезе заболевания ахалазии пищевода ведущее место принадлежит спазму, поэтому при I-II стадии (по Петровскому В.Г.) эффективно вводить ботулотоксин. Наступает стойкая ремиссия, улучшается проходимость. При III-IV стадии, когда более выражены фиброзные изменения в мышце, эффективна баллонная дилатация – механический разрыв фиброзных волокон или хирургическая операция.

В пограничных случаях II-III стадии хороший эффект получили при проведении баллонной дилатации с последующим введением ботулотоксина.

## Ф

### 319. Осмотическая резистентность эритроцитов в динамике эндогенной интоксикации при перитоните

Фастова И.А., Губанова Е.И.  
Волгоградский ГМУ, Россия

Цель исследования: изучение взаимосвязи между осмотической резистентностью эритроцитов (ОРЭ) и активацией процессов перекисного окисления липидов (ПОЛ) и антиоксидантной защитой при развитии гипоксии организма в динамике перитонита.

Материалы и методы. Под нембуталовым наркозом у 62 белых крыс моделировали каловый перитонит и через 3, 6, 12, 24 и 48 ч исследовали газовый состав, кислотно-основное состояние в артериальной и венозной крови на анализаторах Raidlab 865 и ABL 615/625. С помощью стандартных методик в *v. portae* определяли ОРЭ, диеновые конъюгаты и малоновый диальдегид для оценки интенсивности ПОЛ, антиоксидантную защиту оценивали по активности супероксиддисмутазы и каталазы.

Результаты. На фоне активации перекисного окисления липидов и уменьшения антиоксидантной защиты происходило достоверное уменьшение ОРЭ уже через 3 ч от начала эксперимента во всех разведениях гемолизата. Среднее значение гемолиза эритроцитов нарастало в течение всего эксперимента, особенно усиливалось к 48 ч эксперимента при низких в 3 раза и средних разведениях в 2 раза по сравнению с контролем. При исследовании газового состава крови уже в первые часы перитонита выявилась как артериальная, так и венозная гипоксия, через 6 ч парциальное давление кислорода уменьшилось в 2 раза по сравнению с исходом, достигало минимальных значений через 24 ч и незначительно увеличилось к 48 ч. Парциальное давление CO<sub>2</sub> уменьшалось в артериальной через 3 ч и увеличивалось в 2 раза в венозной и артериальной крови к 24 и 48 ч. На протяжении всего эксперимента наблюдался тяжелой степени метаболический и дыхательный ацидоз.

Таким образом, в динамике нарастания эндогенной интоксикации при перитоните происходит увеличение гемолитических свойств эритроцитов, что приводит к снижению транспорта кислорода к органам и тканям и усилению гипоксии.

### 320. Использование кишечного лаважа и функционального питания в коррекции нарушений микробиоценоза у больных ожирением

Федорова О.В.  
Клиника «Гипоксия Медикал Академия», Москва, Россия

Изучение микробиоценоза толстой кишки больных ожирением 1-2 степени выявило определенные нарушения. Это проявлялось в уменьшении в фекалиях больных общего содержания полноценных кишечных палочек, наличии в них повышенного числа гемолитических кишечных палочек, других грамотрицательных патогенов, в заметном снижении числа лактобацилл и бифидобактерий.

Для коррекции кишечной флоры использовали методику, разработанную во ВНИИ им. Склифосовского «Кишечный лаваж»: пациент в ходе процедуры пьет жидкость, по химическому составу близкую к составу химуса. По мере наполнения кишечника мягко опорожняется. Через час по окончании процедуры все пациенты получали пищу, богатую сложными углеводами. Между процедурами в рацион больных включали кисломолочные продукты с содержанием микроорганизмов не менее 10<sup>8</sup> КОЕ. После 4-6 процедур, проводимых через 3-4 дня, пациенты отмечали изменения пищевых предпочтений. Они легко переходили на низкокалорийные продукты, богатые клетчаткой и другими значимыми для здоровья пищевыми веществами, отмечали значительное снижение или полное отсутствие тяги к сладкому, отказывались от употребления алкоголя.

После курса лечения у большинства пациентов выявлена положительная динамика в микробиоте толстой кишки: у 70% больных общее содержание полноценных кишечных палочек при-



близилось к нормативным показателям ( $3\text{--}7 \times 10^{7-8}$  КОЕ/г фекалий); снижение числа условно патогенных энтеробактерий и кишечных палочек, обладающих способностью к гемолизу эритроцитов, отмечалось соответственно у 74,5% и 71,7% больных; увеличение количества кокковых форм за счет повышения в них эпидермальных стафилококков и представителей рода *Enterococcus* с одновременным снижением гемолитических стафилококков и грибов рода *Candida*; увеличение количества лактобацилл и бифидобактерий выявлялось соответственно у 50,1% и 23,8% больных.

**321. Коррекция эндогенной интоксикации у детей с ВЗК**  
Федорова О.В., Федуллова Э.Н., Тутина О.А.  
Нижегородский НИИ детской гастроэнтерологии, Россия

**Цель исследования:** выявление эндогенной интоксикации (ЭИ) у детей с ВЗК и обоснование в комплексном лечении сорбционной терапии.

**Материалы и методы.** ЭИ оценивали по содержанию в сыворотке крови СМП методом Габриелян Н.И., а также определяли вещества низкой и средней молекулярной массы (ВНСММ) в эритроцитах, плазме и моче методом Малаховой М.Я. с соавторами.

**Результаты.** Нами проведено клиническое наблюдение за 25 больными ВЗК 5-17 лет. Контрольную группу составили 135 детей с хроническими запорами. Содержание ВНСММ плазмы и мочи, СМП плазмы, индекс токсемии, индекс интоксикации и уровень олигопептидов крови были значительно выше у детей с ВЗК ( $p < 0,05$ ). Спектрограмма мочи у больных ВЗК имела иной профиль и была расположена значительно выше с максимумом стояния при длине волны 242 нм.

С целью коррекции ЭИ применяли энтеросгель, который обладает выраженными селективным сорбционным и детоксикационными свойствами, снижает токсическую нагрузку на системы естественной детоксикации и риск развития инфекционных и аутоиммунных осложнений. При этом он не уменьшает всасывания витаминов и микроэлементов, способствует восстановлению нарушенной микрофлоры кишечника и создает «комфортные условия» для регенерации эпителия слизистой оболочки кишечника.

**Выводы.** ВЗК у детей сопровождаются развитием ЭИ, выраженность которой обусловлена тяжестью процесса и зависит от характера поражения. Удобство и простота применения, а также хорошая переносимость и высокая эффективность препарата «Энтеросгель» позволяют рекомендовать его для широкого применения у детей с ВЗК в комплексе лечебных мероприятий.

**322. Диагностика лейомиом верхних отделов  
пищеварительного тракта при эндоскопической  
ультрасонографии**  
Федоровский А.Ф., Чуркин И.А., Козловский Н.И.,  
Буймов А.В.  
Диагностический центр Алтайского края, Барнаул, Россия

**Цель исследования:** изучить преимущественную локализацию лейомиом в пищеводе и желудке по результатам эндоскопической ультрасонографии. Установить, из какого слоя стенки пищевода, желудка чаще исходит лейомиома.

**Материалы и методы.** Проанализированы результаты 105 эндоскопических исследований верхних отделов пищеварительного тракта, выполненных для уточнения характера подслизистых образований, которые были выявлены при проведении видеоэзофагогастродуоденоскопии.

У 84 пациентов, мужчин и женщин в возрасте от 23 до 78 лет, выявлены лейомиомы, у остальных – кисты, фибромы, липомы.

**Результаты.** У 56 пациентов (66,7%) лейомиомы были расположены в желудке, у 28 (33,3%) – в пищеводе. У 48 больных (85,7%) лейомиомы желудка локализовались в антральном отделе, у 8 (14,3%) – в теле и своде желудка. В пищеводе у 15 (53,6%) обследованных лейомиомы определялись в дистальной трети, у 13 обследованных (46,4%) – в средней трети. Из общего числа исследований в 85,7% (72) лейомиомы пищевода и желудка исходили из 4-го слоя стенки (мышечный слой), в 14,3% (12) – из собственной мышечной пластинки слизистой оболочки.

**Выводы.** Эндоскопическая ультрасонография является эффективным методом диагностики при подслизистых образованиях верхних отделов пищеварительного тракта. По нашим данным лейомиомы верхних отделов пищеварительного тракта чаще встречаются в желудке, локализуясь, в основном, в антральном отделе. В пищеводе практически в равном соотношении выявляются в дистальной трети и средней трети. Развиваются лейомиомы чаще из мышечного слоя стенки пищевода и желудка.

**323. Гемодинамический ответ на дофамин и прогноз  
развития рефракторного асцита у больных циррозом  
печени**

Федуленкова Л.В., Дроздов В.Н., Петраков А.В.  
Центральный НИИ гастроэнтерологии, Москва, Россия,  
e-mail: gastroenter@rambler.ru

**Цель:** оценить влияние дофамина на системную гемодинамику, почечную функцию и прогнозирование течения асцита у больных ЦП.

**Материалы и методы.** В исследование включен 51 больной с ЦП с нормальным уровнем сывороточного креатинина. Средний возраст пациентов ( $54,0 \pm 3,0$ ) года, мужчины составили 90,3%, женщины – 9,7%. Всем больным проведены исследования: определение суточного объема мочи, экскреция натрия с мочой, скорость клубочковой фильтрации (СКФ), 24-часовое мониторирование АД до и после введения дофамина в дозе 2-3 мкг/кг/мин в течение 4 часов. Увеличение СКФ менее 5% – достоверный показатель выраженной внутриклубочковой гипертензии (ВКГ) и развития рефрактерного асцита (увеличение СКФ  $\geq 10\text{--}15\%$  – показатель нормы, СКФ  $< 6\text{--}9\%$  – начальный признак ВКГ).

**Результаты.** У 25 больных (48,5%) на фоне введения дофамина выявлено достоверное увеличение суточного объема мочи ( $p = 0,03$ ), экскреции натрия с мочой ( $p = 0,04$ ), СКФ (не менее 10%,  $p = 0,035$ ), среднего АД ( $p = 0,01$ ). Данная группа имела низкий риск развития рефрактерного асцита ( $p = 0,001$ ). У 20 больных (30,9%) (9 – класс В по Чайлду-Пью, 8 – класс С по Чайлду-Пью) выявлено достоверное увеличение суточного объема мочи и среднего АД, но незначительное повышение СКФ (менее 6-9%,  $p = 0,05$ ). У 6 больных (11,6%) (2 – класс В по Чайлду-Пью, 4 – класс С по Чайлду-Пью) зафиксировано СКФ  $< 5\%$ , отсутствие достоверного увеличения суточного объема мочи и экскреции натрия с мочой, что означает высокий риск развития рефрактерного асцита в данной группе.

**Вывод.** Гемодинамический ответ на дофамин является показателем, прогнозирующим течение асцита и риск развития осложнений (рефрактерный асцит, гепаторенальный синдром).

**324. Коррекция эндогенной интоксикации у детей с ВЗК**  
Федуллова Э.Н., Федорова О.В., Тутина О.А.  
Нижегородский НИИ детской гастроэнтерологии, Россия

**Цель:** выявление роли эндогенной интоксикации (ЭИ) у детей с ВЗК и обоснование необходимости сорбционной терапии в комплексном лечении этих детей.

**Материалы и методы.** ЭИ оценивали по содержанию в сыворотке крови молекул средней массы МСМ способом Габриелян Н.И. и Липатова В.И., а также определяли вещества низкой и средней молекулярной массы (ВНСММ) в эритроцитах, плазме и моче методом Малаховой М.Я. с соавторами.

**Результаты.** Нами проведено клиническое наблюдение за 25 больными ВЗК 5-17 лет; контрольную группу составили 135 детей с хроническими запорами. Содержание ВНСММ плазмы крови и мочи, СМП плазмы, индекс токсемии, индекс интоксикации и уровень олигопептидов крови были значительно выше у детей с ВЗК ( $p < 0,05$ ). Спектрограмма мочи у пациентов с ВЗК имела иной профиль и была расположена значительно выше с максимумом стояния при длине волны 242 нм.

С целью коррекции ЭИ применяли энтеросорбенты. Энтеросгель обладает выраженными селективными сорбционными и детоксикационными свойствами, снижает токсическую нагрузку на системы естественной детоксикации и риск развития инфекционных и аутоиммунных осложнений. При этом он не уменьшает

всасывание витаминов и микроэлементов, способствует восстановлению нарушенной микрофлоры кишечника и создает «комфортные условия» для регенерации эпителия слизистой оболочки кишечника. Энтеросгель в виде пасты удобен для использования, легко разводится водой и назначается внутрь за 1-2 часа до или после еды, а также приема других лекарств, по 1 десертной ложке (10 г) 2-3 раза в сутки курсами по 7-10 дней.

**Выводы.** ВЗК у детей сопровождаются развитием ЭИ, выраженность которой обусловлена тяжестью процесса и зависит от характера поражения. Удобство и простота применения, а также хорошая переносимость и высокая эффективность лекарственного препарата «Энтеросгель» позволяют рекомендовать его для широкого применения у детей с ВЗК в комплексе лечебных мероприятий.

### 325. Изменение микрофлоры толстой кишки мышей под действием бактериальных комплексов и экзополисахаридов

Фомина И.В., Карпунина Л.В.

Саратовский ГАУ им. Н.И. Вавилова, Россия

Изучали влияние комплексов, созданных на основе бактерий и экзополисахаридов (ЭПС), на микрофлору толстой кишки экспериментальных животных. В работе использовали комплексы, созданные нами ранее: комплекс 9, включающий *Lactobacillus plantarum* 8P-A3, *L.acidophilus*, *L.cacei*, *Bifidumbacterium bifidum* 1, 791, ЛВА-3 и *Escherichia coli* M-17; комплекс 4, включающий *L.plantarum* 8P-A3, *L.acidophilus*, *L.cacei*, *B.bifidum* 1, 791, ЛВА-3 и комплекс 8, включающий *L.acidophilus*, *L.cacei*, *B.bifidum* 1, 791, ЛВА-3, а также эти же комплексы с добавлением в них лаксарана Z – ЭПС с молекулярной массой 140 кДа, полученного нами ранее из *L.delbrueckii ssp. bulgaricus*.

Исследования проводили на белых беспородных мышках (самцы с массой 18-22 г), разбитых на 7 групп. Мышам первых трех групп перорально вводили бактериальные комплексы в количестве 0,2 мл ежедневно в течение 21 суток (1-я группа – комплекс 9; 2-я группа – комплекс 4; 3-я группа – комплекс 8). Мышам 4, 5, 6 групп вводили эти же комплексы с добавленным в них лаксараном Z в концентрации 0,006 г/мл. 7 группа мышей была контрольной (мышам вводили физиологический раствор в том же объеме). Для определения микрофлоры у животных через 3, 5, 7, 14, 21 сут забирали содержимое толстого отдела кишечника и производили посев на гидролизованное молоко, среду Эндо, желточно-солевой агар и среду Сабуро.

В процессе работы было показано, что у мышей 1, 2, 3 групп, получавших бактериальные комплексы 9, 4 и 8 соответственно, количество молочнокислых бактерий составляло от  $10^5$  до  $10^7$  КОЕ/г, *E.coli* от  $10^4$  до  $10^5$  КОЕ/г, грибов от  $10^2$  до  $10^3$  КОЕ/г, стафилококки не были обнаружены. В то время как в контрольной группе мышей (группа 7) количество молочнокислых бактерий было значительно меньше и составляло  $10^4$  КОЕ/г, количество *E.coli* и грибов было больше, чем в первых трех группах мышей, и составило  $10^6$  КОЕ/г и  $10^4$  КОЕ/г соответственно; были выявлены стафилококки ( $10^3$  КОЕ/г). У мышей 4, 5 и 6 групп, получавших комплексы 9, 4, 8 с лаксараном Z, наблюдали значительное увеличение количества молочнокислых бактерий ( $10^7$ – $10^8$  КОЕ/г) по сравнению с первыми тремя опытными группами мышей и контролем. Количество *E.coli* и грибов было меньше, чем в контрольной группе и первых трех группах мышей, и составляло  $10^3$ – $10^4$  КОЕ/г и  $10^1$ – $10^2$  КОЕ/г соответственно; стафилококки отсутствовали.

Таким образом, полученные результаты свидетельствуют о том, что бактериальные комплексы и особенно комплексы с добавлением лаксарана Z оказывают благоприятное воздействие на микрофлору толстой кишки мышей, значительно увеличивая в ней содержание молочнокислых бактерий.

## X

### 326. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ) и вариабельность сердечного ритма

Халиль А.М., Трофимов В.И., Марченко В.Н.

Санкт-Петербургский ГМУ им. акад. И.П. Павлова (каф. госпитальной терапии), Россия

Вариабельность сердечного ритма (HR) – объективный метод оценки системы регуляции организма.

**Цель:** уточнить влияние бронхиальной астмы (БА) на характер нарушений регуляции у больных ГЭРБ.

**Материалы и методы.** Обследованы 16 больных ГЭРБ (8 мужчин и 8 женщин), средний возраст (42,0±10,1) года и 14 больных ГЭРБ+БА (3 мужчин и 11 женщин), средний возраст (55,0±13,4) года. Диагноз ГЭРБ установлен на основании клинической картины и подтвержден при ФГС. Длительность ГЭРБ составляла от 3 до 15 лет. Диагноз БА подтвержден данными аллергологического обследования и данными ФВД. У ГЭРБ+БА по сравнению с группой ГЭРБ было больше курящих пациентов (36% и 25%), с избыточной массой тела (50% и 25%). Вариабельность HR изучали с использованием САКР-2 и оценивали: общую мощность спектра колебаний (TP), активность надсегментарного (VLF), симпатического (LF), парасимпатического (HF), коркового, подкоркового контуров регуляции; показатели симпато-вагусного баланса (LF/HF) и барорецепторной чувствительности (BR).

**Результаты.** У больных ГЭРБ+БА по сравнению с группой ГЭРБ отмечено уменьшение  $TP_{HR}$  [(4226±100) мсек<sup>2</sup>; (3199±270) мсек<sup>2</sup>,  $p<0,03$ ], за счет  $VLF_{HR}$  [(870±57) мсек<sup>2</sup>; (350±143) мсек<sup>2</sup>],  $LF_{HR}$  [(1148±105) мсек<sup>2</sup>; (611±112) мсек<sup>2</sup>],  $HF_{HR}$  [(1938±145) мсек<sup>2</sup>; (1578±143) мсек<sup>2</sup>]. Значения LF/HF составили у больных ГЭРБ (1,54±0,40) у.е., у ГЭРБ+БА (1,34±0,23) у.е. В группах преобладали пациенты с нормотоническим типом регуляции (ГЭРБ – 44%; ГЭРБ+БА – 50%); пациентов с парасимпатическим типом регуляции было больше среди больных ГЭРБ+БА (31% и 36%), а с симпатическим типом – у пациентов с ГЭРБ (25% и 14%). По активности высших центров регуляции больные не различались между собой ( $p>0,05$ ). Значение BR у больных ГЭРБ было выше, чем у больных ГЭРБ+БА (9,4 и 7,8 мсек/мм).

**Заключение.** Наличие у больных ГЭРБ коморбидной БА ухудшает регуляцию HR на всех уровнях регуляции, сопровождаясь нарушением у них BR, что необходимо учитывать при лечении данной категории больных.

### 327. Опыт использования пробиотика «Энтерожермина» в терапии обструктивных бронхитов у детей

Харченко О.Ф.

Гродненский ГМУ, Беларусь

**Цель:** обоснование необходимости коррекции фармакотерапии рецидивирующих обструктивных бронхитов у детей раннего возраста, протекающих на фоне пищевой аллергии.

**Материалы и методы.** Под наблюдением находились 66 детей от 1 года до 4 лет, страдающих рецидивирующим обструктивным бронхитом, который протекал на фоне пищевой аллергии (к белкам коровьего молока). Дети получали традиционную терапию: антибиотики, адrenomиметики, теофиллины, H<sub>1</sub>-гистаминоблокаторы, противокашлевые средства. 47 детям дополнительно был назначен самоэлиминирующийся пробиотик-антагонист «Энтерожермина» в течение всего курса антибактериальной терапии (опытная группа). 18 детей составили контрольную группу. Всем детям выполнено общеклиническое обследование, определение общего иммуноглобулина E, рассчитаны коэффициенты реактивно-защитного потенциала организма, такие как индексы клеточно-фагоцитарной защиты, аллергической настроенности организма, лимфоцитарно-моноцитарный коэффициент.

**Результаты.** Диарея у детей опытной группы зарегистрирована в 6,4% случаев, у детей контрольной группы – в 27% случаев ( $p<0,05$ ). Частота обнаружения нейтрального жира и жирных кислот в копрограмме детей опытной группы по окончании курса лечения была ниже в сравнении с контрольной в 1,5 и 2,3 раза

соответственно ( $p < 0,05$ ). Уровень общего Ig E в опытной группе имел тенденцию к снижению, в контрольной группе увеличился на 23%. У детей опытной группы выявлено достоверное снижение АНО, ЛМК.

**Выводы.** Результаты клинических наблюдений позволяют рекомендовать пробиотик-антагонист «Энтерожермина» в качестве сопровождающей терапии бронхообструктивного синдрома у детей раннего возраста.

### 328. Влияние производного малеимида с противоопухолевой активностью на экзокринную паренхиму поджелудочной железы в условиях канцерогенеза кишечника

Харчук И.В., Пристопюк В.С., Рыбальченко В.К.  
Киевский национальный университет им. Тараса  
Шевченко, Украина, e-mail: kharchukirina@ukr.net

**Введение.** Производное малеимида 1-(4-Cl-бензил)-3-Cl-4-(CF<sub>3</sub>-фениламино)-1Н-пирол-2,5-дион (МИ-1) является ингибитором тирозин-киназы, обладает противоопухолевой активностью и низкой токсичностью по отношению к органам интактных животных.

**Цель работы:** исследование влияния МИ-1 на состояние поджелудочной железы (ПЖ) крыс в условиях экспериментального канцерогенеза кишечника, вызванного 1,2-диметилгидразином (ДМГ).

**Материалы и методы.** Экспериментальный канцерогенез вызывали подкожным введением ДМГ (20 мг/кг) один раз в неделю в течение 20 недель, что достаточно для индукции опухолей. МИ-1 вводили ежедневно интрагастрально (0,027 и 2,7 мг/кг) 26 недель, начиная с первой недели опыта. С помощью микроскопа Olympus BX-41 и программы Image J измеряли площадь ядер экзокриноцитов, а также вычисляли соотношение двуядерных и одноядерных клеток экзокринной паренхимы.

**Результаты исследования.** МИ-1 не вызывает морфофункциональных изменений в ПЖ. Применение ДМГ вызывает деструкцию клеточных и ядерных мембран в экзокриноцитах, уменьшение средних размеров их ядер при одновременном возрастании количества двуядерных клеток до 10% (контроль – 6%), наличие полиплоидных ядер, а также нарушение микроциркуляции крови в ПЖ. Применение МИ-1 в дозе 0,027 мг/кг с ДМГ вызывает изменения, подобные индивидуальному действию ДМГ. МИ-1 в дозе 2,7 мг/кг предотвращает повреждающее действие ДМГ на целостность ядерной и клеточной мембран, средний размер ядер восстанавливается до уровня контроля.

**Выводы.** 1. При канцерогенезе кишечника, вызванном 20-недельным введением ДМГ, в экзокринной паренхиме ПЖ отмечены признаки функциональных нарушений и компенсаторных процессов. 2. Применение МИ-1 в дозе 2,7 мг/кг оказывает протективное действие по отношению к экзокринной паренхиме ПЖ.

### 329. Особенности энерготрат покоя у пациентов после операций на желудке при онкологических заболеваниях

Хомичук А.Л.  
НИИ питания РАМН, Москва, Россия

**Цель исследования:** изучение особенностей энерготрат покоя, скорости окисления белка, жира и углеводов у пациентов с белково-энергетической недостаточностью после резекции желудка или гастрэктомии по поводу онкологических заболеваний.

**Материалы и методы.** Обследованы 135 больных на разных сроках после оперативного вмешательства (мужчин 73, женщин 62). Средний возраст мужчин составил (61,0±11,5) года, женщин (59,2±12,2) года. Исследование метабологаммы в условиях основного обмена проводили методом непрямой калориметрии с помощью стационарного метабологафа «V max spectrum» (SensorMedics, США) с программным обеспечением «V max-Spectra Software, версия 12.1» и регистрацией концентрации потребляемого O<sub>2</sub> и выдыхаемого CO<sub>2</sub> в комплексе с дилуционным шлемом.

**Результаты.** Полученные данные свидетельствуют о том, что у 49% обследованных пациентов выявлено снижение энерготрат покоя на 13-53% от расчетных величин. Скорость окисления

белка приближалась к верхней границе нормы или была повышена. У подавляющего числа больных скорость окисления жира была снижена, а в ряде случаев стремилась к нулю. Скорость окисления углеводов не имела значимых отклонений от нормальных величин.

**Выводы.** У больных после гастрэктомии или резекции желудка по поводу онкологических заболеваний при низком уровне окисления жира и при высоком уровне окисления белка имеется высокий риск прогрессирования потери массы тела за счет активной клеточной массы, в связи с чем необходима коррекция диетотерапии данной группы больных за счет повышения содержания белка и ограничения жира при обеспечении физиологического количества углеводов.

### 330. Выбор оптимального способа билио-дигестивной реконструкции при незлокачественной патологии внепеченочных желчных протоков

Хоронько Ю.В., Ермолаев А.Н.  
Ростовский ГМУ, Ростов-на-Дону, Россия

**Цель:** разработать алгоритм выбора билио-дигестивной реконструкции (БДР) в зависимости от характера и уровня поражения внепеченочных желчных протоков (ВПЖП) при ятрогенных повреждениях и рубцовых стриктурах.

**Методы и результаты.** Вмешательства на ВПЖП были подвергнуты 90 пациентов, 36 из которых с последствиями лапароскопической холецистэктомии: 14 – с повреждениями элементов lig.hepatoduodenale (LHD) и еще 22 – после неадекватной хирургической коррекции. Рубцовые изменения терминального отдела холедоха были у 54 больных. В 31 случае установлено изолированное повреждение общего желчного протока; еще у 4 оно сочеталось с ранением ветвей печеночной артерии; наиболее тяжелой была ситуация у пациентки, заключающаяся в клипировании гепатико-холедоха, правой печеночной артерии и правой ветви воротной вены и поступившей через 12 дней в очень тяжелом состоянии. Оперированы все 36 пациентов. В 32 случаях – БДР петлей тонкой кишки, подготовленной по Ру. У 3 – анастомоз холедоха «конец-в-конец». И пациентке, которой были клипированы сосуды, что привело к некрозу правой доли печени – гемипепатэктомия и впоследствии – две реконструктивные операции. Летальности у оперированных больных данной категории не отмечено.

Ситуация со способом БДР при стриктурах терминального отдела холедоха не столь однозначна. В 15 случаях из 54 использован вышеупомянутый вид пластики, а еще 28 человек подверглись наложению арефлюксного холедоходуоденоанастомоза (ХДА). Умер 1 больной. Еще 16 подверглись папиллосфинктеротомии.

**Выводы.** 1. Пациенты с повреждениями элементов LHD должны быть направлены в специализированные хирургические центры, располагающие опытом гепатобилиарной хирургии и высокими диагностическими возможностями. 2. У таких больных операцией выбора является БДР с использованием кишечной петли по Ру. Оптимальный уровень наложения анастомоза определяется лишь после визуализации сосудистых элементов LHD. 3. При протяженных стриктурах терминального отдела холедоха допустимо использование арефлюксного варианта ХДА.

### 331. Место лечебного голодания в народной, традиционной и клинической медицине

Хорошилов И.Е.  
СПбГМА им. И.И. Мечникова, Россия,  
e-mail: ighor1@ya.ru

Различные виды лечебного голодания традиционно использовались как в народной, так и в восточной, в частности, тибетской медицине. В православной традиции принято использование так называемых постов, во время которых традиционно ограничивается потребление животной пищи.

В медицине Востока питанию и голоданию придается огромное значение. В частности, в тибетской медицине дозированное голодание применяется для лечения ожирения, нарушений пищеварения, лихорадки, инфекций, болезней сердца, селезенки и т.д.

В классической медицине лечебное голодание использовалось со времен Гиппократов. Сам основатель медицины писал, что «Когда больного кормят слишком обильно, кормят и его болезнь. Иногда бывает полезнее на время отнять у больного пищу». Авиценна (Ибн-Сина) рекомендовал больным пост в течение 3 недель в сочетании с гимнастикой, массажем и водными процедурами. Внедрение метода лечебного голодания в клиническую медицину в нашей стране в 60-е годы прошлого века связано с именем профессора Ю.С. Николаева (1905-1998). Разработанная им методика в клинике получила название «разгрузочно-диетической терапии». В настоящее время этот метод применяется при лечении заболеваний обмена веществ, пищеварительной и сердечно-сосудистой систем, органов дыхания и опорно-двигательного аппарата. Наш собственный клинический опыт включает 239 пациентов с избыточной массой тела и ожирением I-III степени, которым проводилось лечебное голодание в течение 12-21 суток с последующим восстановительным питанием. Показана существенная редукция жировой массы тела (висцерального, абдоминального жира), положительная динамика систолического и диастолического артериального давления и биохимических показателей крови.

### 332. Метаболическая болезнь: подходы к терминологии, классификации, современные возможности профилактики и лечения

Хорошилов И.Е.

СПбГМА им. И.И. Мечникова, Россия,

e-mail: ighor1@ya.ru

До настоящего момента нет общепринятого определения и классификации метаболических нарушений в организме. На рубеже XX-XXI веков было сформировано понятие «метаболический синдром», в который в настоящее время включают висцеральное (абдоминальное) ожирение, гиперхолестеринемию, инсулинорезистентность, артериальную гипертензию.

Под «синдромом» традиционно понимают совокупность симптомов, объединенных единым патогенезом. Примером могут быть синдромы воспаления и лихорадки.

Такие компоненты метаболического синдрома, как ожирение, инсулинорезистентность и артериальная гипертензия, сами представляют собой не симптомы, а синдромы или заболевания (ожирение). Отсюда более правомерным было бы рассматривать подобный комплекс патогенетически взаимосвязанных нарушений не как отдельный синдром, а как «метаболическую болезнь организма» с различными вариантами ее проявлений.

В этом случае клинические диагнозы могли бы быть сформулированы следующим образом: «Метаболическая болезнь с преимущественным поражением сердечно-сосудистой системы. Ишемическая болезнь сердца. Стенокардия напряжения II функционального класса»; «Метаболическая болезнь с преимущественным поражением печени. Жировой гепатоз».

В профилактике и лечении метаболической болезни ведущая роль принадлежит сбалансированному питанию с ограничением животных жиров и простых углеводов и увеличением растительной клетчатки, витаминов и микроэлементов. Также в лечении необходимо учесть необходимость нормализации состава кишечной микрофлоры, достаточный уровень физической активности, отказ от вредных привычек, обеспечение достаточного сна и отдыха, исключение психоэмоциональных перегрузок.

### 333. Частота стеатоза печени у пожилых и старых больных с ишемической болезнью сердца, умерших на отделениях Санкт-Петербургского госпиталя для ветеранов войн в 2003-2009 гг.

Хорошинина Л.П., Турьева Л.В., Радченко В.Г., Зайцева Т.Е.

СПбМАПО, СПбГМА им. И.И. Мечникова,

Госпиталь для ветеранов войн, Санкт-Петербург, Россия,

e-mail: solt54@mail.ru

**Цель исследования:** определить частоту стеатоза печени у пожилых и старых больных с ишемической болезнью сердца (ИБС), умерших на отделениях Санкт-Петербургского госпиталя для ветеранов войн (СПбГВВ) в 2003-2009 годы.

**Материал и методы.** Было проанализировано 2547 протоколов вскрытия больных, умерших в течение 5 лет (2003-2009 гг.) на отделениях СПбГВВ, изучено 143 фрагмента печеночной ткани, изъятых у 143 умерших пожилых и старых людей с ИБС, верифицированной на основании макроскопического описания атеросклеротического поражения коронарных артерий и аорты. В исследуемой группе соотношение женщины: мужчины составляло 1:1 (72 и 71 соответственно). В исследование не включались пациенты с онкологическими гематологическими заболеваниями, с ожирением, хронической или острой почечной недостаточностью, с сахарным диабетом, острыми и хроническими поражениями печени (вирусной, алкогольной, лекарственной и др. этиологии), с наличием тяжелых сопутствующих заболеваний, влияющих на состояние печени. Наличие атеросклеротического поражения аорты и коронарных сосудов выявлялось морфологическим методом и определялось макроскопически [Автандилов Г.Г., 1963]. Аутопсийный материал обрабатывался по стандартной методике. Срезы толщиной 2-4 мкм на серийных гистологических препаратах окрашивались гематоксилином-эозином и пикрофуксином по Ван-Гизону сотрудниками патологоанатомического отделения СПбГВВ. При гистологическом исследовании биоптатов печени оценивалась степень стеатоза в соответствии с классификацией Metavir [Bedossa P., Poynard T., 1996]. При статистической обработке был использован критерий достоверности Стьюдента (t), метод статистических пар с определением процента ошибки и достоверности отличий относительных величин (Т) [Вишняков Н.И. и соавт., 2000].

**Полученные данные.** Проведенные исследования показали, что в обследуемой нами группе возраст смерти пожилых и старых больных с ИБС был от 60 до 98 лет, средний возраст смерти в группе – (82,3±1,4) года. Среди причин смерти на первом месте выявлялась сердечно-сосудистая патология, составившая (78,3±3,9)% случаев (n=112), на втором месте – ТЭЛА и легочная патология, соответственно в (9,8±8,2)% (n=14) и (7,7±8,4)% случаев (n=11).

Из 143 умерших у 141 больного с ИБС имелись осложненные формы атеросклеротического поражения коронарных сосудов, что составило (98,6±1,0)%. Из 140 умерших у 139 больных с ИБС имелись осложненные формы атеросклеротического поражения аорты, что составило (99,3±0,7)%. Возраст умерших женщин был достоверно (Т=3,3) большим, чем возраст мужчин – (84,4±1,8) года против (80,1±2,0) года соответственно. Среди всех больных с ИБС стеатоз печени был отмечен в (25,9±7,3)% случаев (n=36). Частота стеатоза печени как в подгруппе мужчин, так и в подгруппе женщин с ИБС статистически достоверно не отличалась (Т<2) и составляла соответственно (30,6±10,1)% (n=22) и (19,7±11,0)% (n=14). Возраст смерти в подгруппе женщин с ИБС и стеатозом составил (82,4±4,0) года, в соответствующей подгруппе мужчин – (77,9±6,4) года. Частота стеатоза печени среди умерших пациентов с ИБС в пожилом и старческом возрасте, а также среди долгожителей достоверно не отличалась (Т<2) и составляла соответственно (25,9±17,9)%, (23,1±9,4)% и (32,0±17,6)%. Все умершие больные со стеатозом печени в 100,0% случаев (n=36) имели осложненное течение атеросклероза коронарных артерий и аорты. Возраст смерти в подгруппе женщин без стеатоза печени был достоверно (Т=3,4) большим, чем возраст смерти мужчин без стеатоза печени – (85,3±2,0) года против (80,6±2,0) года соответственно.

**Выводы.** В обследованной нами группе пожилых и старых больных с ИБС мужчины умирали достоверно раньше, чем женщины – (80,1±2,0) года против (84,4±1,8) года, при этом у каждого четвертого умершего пациента с ИБС выявлялся стеатоз печени, который одинаково часто наблюдался как у мужчин, так и у женщин вне зависимости от гериатрического возраста. Однако в подгруппе пожилых и старых больных с ИБС и стеатозом печени не было выявлено статистически значимых различий в возрасте смерти как в подгруппе мужчин, так и в подгруппе женщин – (77,9±6,4) года и (82,4±4,0) года соответственно.

**334. Значение нарушений липидного обмена в желчном камнеобразовании**

Хохлачева Н.А.  
Ижевская ГМА, Россия

**Цель:** изучение зависимости развития желчнокаменной болезни (ЖКБ) от состояния липидного обмена.

**Материалы и методы.** Обследованы 326 пациентов в возрасте от 22 до 68 лет, имеющих I стадию ЖКБ. Помимо общеклинических исследований определяли в желчи холатохолестериновый коэффициент (ХХК). Липидный спектр крови оценивался по данным исследования общего холестерина (ОХс), липопротеидов высокой плотности (ЛПВП), липопротеидов низкой плотности (ЛПНП), липопротеидов очень низкой плотности (ЛПОНП), триглицеридов (ТГ).

**Результаты исследований.** Установлено, что ХХК был снижен и составил (в ед.) в порции «В»  $1,28 \pm 0,02$  ( $p > 0,05$ ), в порции «С» –  $1,44 \pm 0,01$  ( $p > 0,05$ ) (при контроле  $6,12 \pm 0,32$  и  $7,04 \pm 0,25$ ). Уровень ОХс (в ммоль/л) существенно изменен не был ( $5,36 \pm 0,02$ ,  $p > 0,05$  при контроле  $5,25 \pm 0,04$ ). Наблюдалось снижение концентрации ЛПВП – ( $0,850 \pm 0,006$ ) ммоль/л ( $p < 0,05$ ) при контроле ( $1,6000 \pm 0,0004$ ) ммоль/л, повышение уровня ЛПНП и ЛПОНП ( $3,990 \pm 0,002$ ) ммоль/л ( $p < 0,05$ ) и ( $0,7900 \pm 0,0001$ ) ммоль/л ( $p < 0,05$ ) соответственно при контроле ( $2,550 \pm 0,003$ ) ммоль/л и ( $0,3500 \pm 0,0001$ ) ммоль/л и повышение содержания ТГ – ( $1,850 \pm 0,021$ ) г/л ( $p < 0,05$ ) при контроле ( $0,900 \pm 0,003$ ) г/л. Корреляционным методом выявлена отрицательная зависимость между уровнем ЛПВП и холестерином желчи порций «В» и «С» ( $r = -0,45$  и  $r = -0,40$ ), положительная зависимость между уровнем ЛПВП и ХХК порций «В» и «С» желчи ( $r = 0,56$  и  $r = 0,49$ ).

**Заключение.** Результаты проведенных исследований свидетельствуют о том, что нарушение липидного обмена, является важным способствующим фактором формирования литогенной желчи и развития ЖКБ.

**Ч****335. Причины болевого синдрома у больных после холецистэктомии**

Чарышкин А.Л., Бадаян В.А., Бикбаева К.И.  
Ульяновский государственный университет,  
Институт медицины, экологии и физической культуры  
(каф. факультетской хирургии), Россия

**Цель исследования:** изучить структуру послеоперационной боли и оценить эффективность амплипульстерапии у больных после холецистэктомии.

**Материалы и методы.** В период с 2001 по 2009 гг. под нашим наблюдением находились 104 пациента после холецистэктомии. Больные разделены на три группы, сопоставимые по полу и возрасту. В 1-й группе 34 пациентам в послеоперационном периоде проводилась традиционная базисная медикаментозная терапия. Во 2-й группе 35 пациентам проводилась традиционная базисная медикаментозная терапия и магнитотерапия. В 3-й группе 35 пациентам проводилась традиционная базисная медикаментозная терапия, магнитотерапия и амплипульстерапия.

**Результаты исследования.** Болевой синдром среди обследованных больных в 1-й группе выявлен у 28 пациентов, диагностированы следующие заболевания: дисфункция сфинктера Одди – у 60%, хронический панкреатит в фазе обострения – у 20%, язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки в фазе обострения – у 6,7%, холедохолитиаз – у 6,7% больных, эрозивный гастродуоденит – у 13,3%, гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь – у 3,3%. Во 2-й группе болевой синдром имел место у 41,4% пациентов, были обнаружены следующие заболевания: дисфункция сфинктера Одди – у 20,7%, хронический панкреатит – у 10,3%, эрозивный гастродуоденит – у 6,9%, гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь – у 3,4%. В 3-й группе болевой синдром выявлен у 13,3%, обнаружены следующие заболевания: дисфункция сфинктера Одди – у 6,7%, эрозивный гастродуоденит – у 3,3%, гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь – у 3,3%.

**Выводы.** Болевой синдром у больных после холецистэктомии чаще встречается после традиционной послеоперационной медикаментозной терапии, ведущей причиной боли является дисфункция сфинктера Одди.

**336. Сравнительная оценка пищеводно-кишечных анастомозов при гастрэктомии по поводу рака желудка**

Чарышкин А.Л., Гудошников В.Ю.  
Ульяновский государственный университет,  
Институт медицины, экологии и физической культуры  
(каф. факультетской хирургии), Россия

**Цель исследования:** сравнительная оценка эффективности пришивания пищеводно-кишечных анастомозов (ПКА) в модификации Сигала при гастрэктомии по поводу рака желудка.

**Материалы и методы.** С 1992 по 2000 гг. работы нами использовались 3 типа наложения пищеводно-кишечных анастомозов (ПКА): горизонтальный ручной в модификации Гиляровича, горизонтальный аппаратный СПТУ, муфтообразный в модификации Сигала. За период 2005 г. по 2009 г. нами выполнены гастрэктомии по поводу рака желудка 253 больным. Средний возраст больных составил ( $61,2 \pm 8,7$ ) года. Среди больных было 42,3% женщин и 57,7% мужчин. За данный период (2005-2009 гг.) работы использовались только «муфтообразные» анастомозы в модификации Сигала.

**Результаты исследования.** С 1992 по 2000 гг. работы послеоперационные осложнения возникли у 24,2% больных. Умерло 6,2% больных, несостоятельность пищеводно-кишечного анастомоза возникла у 4,2% больных. С момента применения «муфтообразного» анастомоза процент послеоперационных осложнений уменьшился с 45% до 13,8%, несостоятельности ПКА в 2000 году не было, послеоперационная летальность снизилась с 28,6% в 1992 году до 2,8% в 2000 году. С 2005 г. по 2009 г. послеоперационные осложнения возникли у 9,1% больных. Умерло 3,2% больных, несостоятельности пищеводно-кишечного анастомоза не было.

**Выводы.** Применение «муфтообразного» эзофагоэнтероанастомоза в модификации Сигала при гастрэктомии по поводу рака желудка позволило уменьшить специфические послеоперационные осложнения до 9,1% с послеоперационной летальностью до 3,2%.

### 337. Способ преперитонеальной блокады у больных после лапаротомии

Чарышкин А.Л., Яковлев С.А., Бекин В.Ю.  
Ульяновский государственный университет,  
Институт медицины, экологии и физической культуры  
(каф. факультетской хирургии), Россия

**Цель исследования:** определить эффективность преперитонеальной блокады, после оперативных вмешательств по поводу распространенного перитонита.

**Материалы и методы.** Исследование выполнено в раннем послеоперационном периоде у 42 пациентов (средний возраст  $(63,2 \pm 3,1)$  года), которым проведены лапаротомия, санация и дренирование брюшной полости при аппендэктомии ( $n=22$ ) и при ушивании перфоративной гастродуоденальной язвы ( $n=20$ ). Пациенты разделены на 2 группы методом случайной выборки. В 1-й группе ( $n=12$ ) использовали преперитонеальную блокаду с 0,5% раствора новокаина по разработанной методике (заявка на изобретение № 2009105582). Во 2-й группе ( $n=30$ ) применялась только системная анальгезия.

**Результаты исследования.** В 1-й группе диспептические явления купировались на  $(3,2 \pm 0,3)$  сутки, моторика кишечника полностью восстанавливалась на  $(3,1 \pm 0,4)$  сутки ( $p < 0,05$ ), что на 3 суток достоверно быстрее, чем во 2-й в группе сопоставления, соответственно на  $(6,5 \pm 0,2)$  сутки и на  $(6,3 \pm 0,3)$  сутки, осложнений и летальных исходов не было. Во 2-й группе больных возникли следующие осложнения: кровотечение – у 1 (3,3%) пациента, нарушение моторно-эвакуаторной функции желудка – у 3 (10%), нагноение послеоперационной раны – у 3 (10%), пневмония выявлена у 2 (6,7%) пациентов. Летальных исходов нет.

**Выводы.** Разработанный способ преперитонеальной блокады у больных после лапаротомии в сравнении с традиционной системной анальгезией характеризуется ранней активизацией больных и снижением риска возникновения послеоперационных осложнений.

### 338. Эффективность антицитокиновой терапии у пациентов с тяжелым течением болезни Крона

Чашкова Е.Ю., Коротаева Н.С., Пак В.Е., Григорьев Е.Г., Ким А.Д.  
НЦ РВХ СО РАМН, Иркутская ОКБ, Россия

**Цель:** оценить эффективность ремикейда в комплексном лечении пациентов с тяжелым, осложненным течением болезни Крона.

**Материалы и методы:** 12 пациентов, получающих АЦТ препаратом «Ремикейд» в дозе 5 мг/кг и базисную терапию. Определяли структурно-функциональные повреждения клеточных мембран эритроцитов посредством комплекса физико-химических методов и ЯМР-спектроскопии.

**Результаты.** По эффективности АЦТ выделили следующие группы: 1 группа ( $n=1$ ) – пациентка с БК толстой кишки (инвалид детства), у которой достигнута стойкая эндоскопическая и гистологическая ремиссия; 2 группа ( $n=9$ ) – пациенты, у которых достигнута только клиническая ремиссия, значительно улучшилось качество жизни, удалось избежать проведения повторных хирургических вмешательств; 3 группа – АЦТ прекращена по разным причинам ( $n=2$ ). В 5 случаях индукционного курса (3 инфузии) оказалось недостаточно, и положительный эффект у пациентов наблюдали после 6-8 инфузий. На фоне АЦТ не проводилось повторных хирургических вмешательств. Повреждения клеточных мембран при БК носят стойкий характер, обусловленный энергетическим дефицитом. Восстановление баланса макроэргов, электрического заряда отмечено после индукционного курса АЦТ.

**Заключение.** Применение ремикейда в комплексном лечении осложненных форм БК улучшает качество жизни пациентов, позволяет избежать повторных хирургических вмешательств и применять альтернативные методы лечения. Неэффективность индукционного курса – не повод для прекращения биологической терапии.

## III

### 339. К вопросу организации медицинской реабилитации детей с воспалительными заболеваниями кишечника и целиакией в условиях местного санатория

Шапкина О.А., Усанова Е.П., Шереметьева С.Н.,  
Маткивский Р.А., Панина С.П.

Нижегородский НИИ детской гастроэнтерологии, Россия

**Цель исследования:** повышение качества медицинской помощи детям с тяжелой патологией органов пищеварения в условиях местного санатория.

**Материалы и методы.** Методом организационного эксперимента решены задачи материально-технического обеспечения реабилитационного процесса, обучения специалистов санатория, разработаны показания и противопоказания по пребыванию в санатории данного контингента детей, разработаны типовые программы и модель индивидуальной программы, предложен новый комплексный критерий оценки потребности в реабилитации и ее эффективности. Под наблюдением находилось 19 детей в возрасте 11-15 лет с целиакией (9) и воспалительными заболеваниями кишечника (10) после высокотехнологичного лечения в стационаре.

**Результаты.** Из числа наблюдаемых детей у 84,2% выявлена потребность в медицинских мероприятиях, у 42,1% и 47,8% – в психологическом и социально-педагогическом сопровождении соответственно. Высокая степень потребности в комплексной реабилитации определялась у 57,9% пациентов. По окончании курса реабилитации у всех детей получена положительная динамика состояния здоровья: улучшение самочувствия, умственной работоспособности; снижение уровня личностной тревожности; повышение уровня самооценки в сторону психологической зрелости. Наибольший положительный эффект получен в группе детей с высокой потребностью в реабилитации.

**Заключение.** Детям с целиакией и воспалительными заболеваниями кишечника в условиях местного санатория должна быть организована медицинская реабилитация с целью улучшения функциональных резервов организма. Это позволяет существенно повысить качество их медицинского обслуживания.

### 340. Влияние строгости соблюдения аглютеновой диеты на показатели обмена кальция у детей, больных целиакией

Шарипова М.Н., Машкеев А.К., Карсыбекова Л.М.,  
Назарова А.З., Канагатова Г.М.

НЦ педиатрии и детской хирургии, Алматы, Казахстан

**Цель исследования:** изучить влияние строгости соблюдения аглютеновой диеты (АГД) на показатели обмена у детей с целиакией.

**Материалы и методы.** Определялись уровни общего кальция (Са) и фосфора (Р) в крови, слюне, моче, а также паратиреоидного гормона (ПТГ) и щелочной фосфатазы (ЩФ) в крови у 78 детей с целиакией, из них 24 – не соблюдавшие диету (1 группа), 46 – частично нарушавшие (2 группа) и 8 – строго соблюдавшие АГД (3 группа).

**Результаты.** Установлено значимое снижение среднего уровня Са в крови и повышение ПТГ во всех группах больных. Однако у детей 3 группы уровень Са крови был значительно выше, чем у больных 1 и 2 групп. Повышенные средние уровни ПТГ во всех группах наиболее приближались к нормативным показателям у пациентов 3 группы. Отмечалась достоверно более высокая концентрация Са в слюне у детей 1 группы, тогда как у больных 2 и 3 групп значимых различий по сравнению со здоровыми не установлено. Также обнаружена достоверная разница (в сторону снижения) по экскреции кальция с мочой между 1 и 3 группами. Проведенный корреляционный анализ установил значимые взаимосвязи между длительностью АГД и концентрациями Са в крови ( $r=0,5$  при  $p<0,05$ ), кальциурией ( $r=0,47$  при  $p<0,05$ ). Были выявлены отрицательные корреляционные взаимосвязи длительности АГД с уровнем Са в слюне ( $r=-0,43$  при  $p<0,05$ ), концентрацией в крови ПТГ ( $r=-0,5$ ,  $p<0,05$ ), SDS роста ( $r=-0,4$  при

$p < 0,05$ ), а также между степенью морфологических изменений СОТК и уровнем сывороточного Са ( $r = 0,51$ ,  $p < 0,01$ ).

**Выводы.** Значимым фактором, положительно влияющим на обмен кальция у детей, больных целиакией, являются ранняя диагностика заболевания и соблюдение диеты с полной элиминацией глютена.

#### 341. Бразидиентерия – фактор эндогенной интоксикации

Шемеровский К.А., Овсянников В.И.

НИИ экспериментальной медицины СЗО РАМН,  
Санкт-Петербург, Россия

**Цель исследования:** состояла в изучении циркадианного ритма кишечника и ранних нарушений этого ритма.

**Методом** хроноэнтерографии и с помощью теста «Нервно-психическая адаптация» обследованы более 2500 лиц в возрасте от 24 до 70 лет.

**Результаты.** Показано, что регулярный циркадианный ритм кишечника ассоциирован с утренней акрофазой его реализации и высоким уровнем качества жизни. Замедление этого ритма в виде бразидиентерии проявляется тремя основными стадиями. I стадия бразидиентерии диагностируется при частоте эвакуаторной функции кишечника 5-6 раз в неделю, II стадия – понижением этой частоты до 3-4 раз в неделю. При III стадии бразидиентерии частота ритма кишечника падает до 1-2 раз в неделю. Обнаружена закономерная зависимость нарушений регулярности ритма кишечника от сдвига акрофазы этого ритма от оптимальной зоны (утренние часы) в пессимальную зону (послеполуденное время). Качество жизни лиц с бразидиентерией понижено на 15-20% по сравнению с теми, у которых выявлена эуэнтерия. Уровень психического здоровья у лиц с бразидиентерией оказался существенно ниже, чем у лиц с эуэнтерией. У лиц с эуэнтерией диагностировано 2 состояния: «практически здоров» и донозологическое состояние. У лиц с бразидиентерией диагностировано 4 состояния: «практически здоров» (22%), донозологическое состояние (22%), предпатологическое состояние (27%) и патологическое состояние (29%). Следовательно, предпатологическое состояние и состояние патологии, диагностированное по тесту «Нервно-психическая адаптация», выявляются только у лиц с нарушенным ритмом кишечника, то есть у лиц с бразидиентерией. В связи с тем, что замедление ритма эвакуаторной функции кишечника способствует накоплению в организме эндогенных и экзогенных токсических веществ, можно полагать, что состояние бразидиентерии является не только проявлением, но, по-видимому, и предиктором эндотоксического процесса.

#### 342. Потребность в медицинской реабилитации детей с хроническим вирусным гепатитом и ее оценка

Шереметьева С.Н., Усанова Е.П., Маткинский Р.А.,  
Шапкина О.А.

Нижегородский НИИ детской гастроэнтерологии, Россия

**Цель исследования:** разработка способа оценки потребности в медицинской реабилитации детей с хроническим вирусным гепатитом (ХВГ).

**Материалы и методы.** Для пациентов с длительным прогрессирующим течением заболевания, каким является ХВГ, необходим дополнительный комплекс лечебно-профилактических мероприятий по усилению эффекта диспансерного наблюдения. Это может быть достигнуто на основе проведения медицинской реабилитации. Однако не решен вопрос об определении степени выраженности потребности больного в реабилитации и ее составляющих в различные периоды диспансерного наблюдения. Под наблюдением находилось 35 детей с ХВГ после окончания планового лечения в условиях стационара, у которых оценивался комплекс анамнестических, клинических и лабораторных данных в сочетании с медико-социальной характеристикой ребенка и его семьи.

**Результаты.** На основании интерпретации изученных показателей предложен способ оценки потребности в медицинской реабилитации больных ХВГ. Метод предполагает использование диагностической таблицы. Предложены среднестатистические диагностические коэффициенты, позволяющие выделить разную

степень потребности в реабилитации. Способ прост в исполнении, не требует значительных временных и экономических затрат. Потребность в реабилитации детей с ХВГ в процессе диспансеризации меняется, поэтому для эффективной реализации реабилитационных мероприятий целесообразно определять потребность при каждом посещении ребенком врача-педиатра в рекомендуемые сроки диспансерного наблюдения.

**Заключение.** Определение потребности помогает врачу-педиатру дифференцированно подойти к назначению профилактических мероприятий, оптимизировать план динамического наблюдения за больным, своевременно и объективно дополнить его реабилитационной помощью.

#### 343. Боли в животе при иерсиниозной инфекции у детей

Шестакова М.Д., Ревнова М.О., Воскресенская Е.А.

СПбГПМА, НИИ эпидемиологии и микробиологии  
им. Пастера, Санкт-Петербург, Россия

**Цель исследования:** выявить особенности клинической картины иерсиниозной инфекции (ИИ) с доминирующим синдромом абдоминальных болей у детей и оценить возможности лабораторной диагностики иерсиниозов.

**Материалы и методы.** С 2007 по 2009 гг. под наблюдением находились 38 детей с ИИ от 3 до 17 лет (мальчиков 17, девочек 21). Диагноз верифицирован на основании комплексного клинико-эпидемиологического, лабораторного обследования. Для диагностики ИИ использовали следующие методы: молекулярно-генетические (ПЦР), серологические РА, РНГА. По показаниям больным выполнялись ФГДС, УЗИ, рентгенологическое исследование органов грудной полости и пазух, иммунологическое исследование, лапароскопия.

**Результаты.** ИИ диагностирована у 38 человек, при этом у 28 (74%) подтвержден псевдотуберкулез по результатам РА (18), РНГА (1), ПЦР (9). У 10 (26%) детей диагноз иерсиниоза подтвержден с помощью РА (5) и у 5 – ПЦР. Метод РНГА оказался не убедительным в нашем исследовании. Диагноз ИИ был установлен в стационаре, на догоспитальном этапе ИИ не была заподозрена ни у одного пациента. По течению выявлены 2 формы заболевания. Абдоминальная (локальная) форма диагностирована у 10 детей: гастроэнтерит, панкреатит, илеоколит, колит, мезаденит. У этих детей отмечались симптомы поражения ЖКТ: снижение аппетита, обложенность языка, тошнота, боли в животе. У 28 больных была выявлена генерализованная (токсико-аллергическая) форма псевдотуберкулеза, рецидивирующее течение. Помимо симптомов поражения ЖКТ выявлены изменения в других органах (лимфаденопатия, реактивный артрит, поражение ротоглотки). В этиотропной терапии наиболее эффективными препаратами являются левомицетин, цефалоспорины III поколения, аминогликозиды, их назначение в достаточной суточной дозе и продолжение антибактериальной терапии от 10 до 14 дней.

Таким образом, в структуре абдоминального болевого синдрома возбудители ИИ встречались, по нашим данным, у 8,4% больных детей гастроэнтерологического профиля. Определяющим для подтверждения ИИ является выбор оптимальных методов диагностики (исследование кала методом ПЦР и РА). Рецидивирующее течение заболевания требует диспансерного наблюдения в течение не менее 6 месяцев.

#### 344. Влияние интенсивности перекисидации в тканях, крови и лимфе на формирование экспериментальной язвы желудка

Шестернина Н.В. Рогова Л.Н.

Волгоградский ГМУ, Россия,  
e-mail: chemordakova.nat@mail.ru

**Цель исследования:** определение корреляционной зависимости между интенсивностью перекисного окисления липидов (ПОЛ) в тканях желудка, эритроцитарной массе крови из подчлунной и портальной вены, лимфе из общего кишечного протока и площадью язвенного дефекта в эксперименте.

**Материалы и методы.** В эксперименте на 22 крысах линии Вистар в исходном состоянии и после моделирования ацетатной яз-



вы получали эритроцитарную массу крови из подключичной и портальной вены, лимфу из общего кишечного протока, ткани из зоны изъязвления (пилорический отдел желудка). Интенсивность ПОЛ оценивали по уровню диеновых конъюгатов (ДК) и малому диальдегиду (МДА).

**Результаты.** Через 7 суток после моделирования ацетатной язвы в тканях зоны изъязвления уровень ДК и МДА увеличился, и выявилась заметная корреляционная связь между ДК и площадью язвенного дефекта ( $r=0,61$ ). Одновременно размер язвенного дефекта зависел от уровня ДК в эритроцитарной массе крови из портальной вены ( $r=0,64$ ). Еще более высокая корреляционная связь определена в лимфе для концентрации ДК ( $r=0,93$ ) и МДА ( $r=0,99$ ). Кроме того, площадь язвенного дефекта коррелирует с уровнем ДК ( $r=0,53$ ) и МДА ( $r=0,32$ ) в эритроцитарной массе из подключичной вены в исходном состоянии.

**Заключение.** Таким образом, на размер язвенного дефекта в большей степени влияют продукты первичной перекисидации. Отражением интенсивности перекисидации в тканях является концентрация продуктов ПОЛ в регионарной лимфе и в портальной крови, в то время как содержание первичных и вторичных продуктов ПОЛ в крови из подключичной вены в исходном состоянии позволяет прогнозировать интенсивность деструктивного процесса в тканях желудочно-кишечного тракта.

#### 345. Уровень иммунного ответа на *Helicobacter pylori*-инфицирование среди женщин разных возрастных групп

Шилкина Т.В., Захарова Ю.А., Ведерников В.Е.  
Медсанчасть № 140 ФМБА России, ПГМА  
им. акад. Е.А. Вагнера, Пермь, Россия

**Цель исследования:** определение суммарных антител (IgM, IgA и IgG) к *Helicobacter pylori* (НР) у пациенток разного возраста.

**Материалы и методы.** Скрининговым методом обследованы 70 женщин от 23 до 86 лет. По возрастному признаку они были разделены на 2 группы. В первую группу вошли 34 женщины в возрасте (27,9±4,9) года, во вторую – 36 женщины в возрасте (83,4±4,2) года. В работе использован иммуноферментный анализ (тест-системы производства ЗАО «Вектор-Бест», Россия). Отрицательными считали результаты, если пробы не содержали антитела к антигену CagA НР, сомнительными – если титр антител был менее 1:5; слабоположительными – при титре 1:5, положительными – в интервале 1:10-1:20, резкоположительными – равном 1:40 и выше.

**Результаты исследований.** В первой группе пациенток (лица молодого возраста) количество отрицательных проб составило (38,2±8,3)%, во второй (пожилые пациентки) – (37,8±8,1)%. Сомнительные титры антител были выявлены только во второй группе – (5,5±3,7)%. Число женщин с титром 1:5 составило (11,7±5,5)% и (8,3±4,6)% соответственно. Антитела к CagA антигену в титрах 1:10-1:20 встречались у (11,7±5,5)% пациенток первой группы и (16,2±4,9)% второй. Резко положительные результаты в первой группе наблюдались в (38,2±5,1)% случаев, во второй – в (32,4±7,8)%.

**Выводы.** Проведенные исследования выявили у значительного числа лиц женского пола – (49,3±8,2)% присутствие в сыворотке крови антител к CagA-антигену *Helicobacter pylori*. Однако существенных отличий в частоте встречаемости антител к НР в зависимости от возраста нами выявлено не было.

#### 346. Состояние полости рта у детей с заболеваниями желудочно-кишечного тракта

Шумейко Н.К., Серебровская Н.Б., Завикторина Т.Г.,  
Емелина С.Р.  
Московский ГМСУ, ДКБ св. Владимира, Москва, Россия

**Цель исследования:** изучить взаимосвязь заболеваний пищеварительной системы и стоматологического здоровья у детей.

**Материалы и методы.** Под наблюдением находились 49 детей в возрасте 2-16 лет (23 мальчика и 26 девочек), из них с хроническим гастритом и гастродуоденитом 18 (ХГ и ХГД), с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью (ГЭРБ) – 12, с язвенной бо-

лезнью двенадцатиперстной кишки (ЯБДПК) – 5, с синдромом раздраженного кишечника (СРК) – 7, с функциональной диспепсией – 7 (ФД). В верификации диагноза были использованы данные клинических, эндоскопических и гистологических методов исследования. Все дети осматривались детским стоматологом.

**Результаты.** Распространенность кариеса зубов у наблюдаемых детей составила 85%, интенсивность кариеса 6,3. Заболевания слизистой оболочки полости рта, губ, языка выявлены у 18 детей (9 – с ГЭРБ, 5 – с ЯБДПК, 3 – с ХГД, 1 – с СРК). Короткие тяжёлые слизистой оболочки полости рта обнаружены у 17 пациентов (у 5 с ГЭРБ, 4 – с ХГ, 3 – с ХГД, 2 – с ЯБДПК, 2 – с СРК, 1 – с ФД), ортодонтическая патология – у 11 детей (4 – с ЯБДПК, 2 – с ХГ, 3 – с ГЭРБ, 1 – с ФД, 1 – с СРК). Плотный пигментированный зубной налет выявлен в 10 случаях (4 – с ГЭРБ, 3 – с ХГ и ХГД, 2 – СРК, 1 – с ФД). У всех детей отмечена низкая гигиена полости рта.

**Выводы.** Чаше коморбидная патология диагностирована у больных ГЭРБ и ЯБДПК. Выявленная высокая распространенность стоматологической патологии у детей с заболеваниями органов желудочно-кишечного тракта диктует необходимость совместного наблюдения этих детей детским гастроэнтерологом и детским стоматологом.

#### 347. Взаимосвязь уровня метаболитов оксида азота и хеликобактерной инфекции у детей с заболеваниями верхних отделов желудочно-кишечного тракта

Шумейко Н.К., Соколова Ю.Б., Кириллов В.И.,  
Серебровская Н.Б., Стрижова И.С.  
Московский ГМСУ, ДКБ св. Владимира, Москва, Россия

**Цель исследования:** изучить влияние хеликобактерной инфекции (НР) на метаболиты оксида азота (NO) у детей с заболеваниями верхних отделов пищеварительной системы.

**Материалы и методы.** Под наблюдением находились 65 детей в возрасте 6-15 лет: с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью (ГЭРБ) 21 ребенок (НР«+» – 8, НР«-» – 13); с язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки (ЯБДПК) 23 ребенка, из них 8 (НР«+» – 5, НР«-» – 3) имели единичные язвенные дефекты, а 15 – множественные (НР«+» – 9, НР«-» – 6); с хроническим эрозивным гастродуоденитом (ХЭГД) – 21 (НР«+» – 9, НР«-» – 12). В верификации диагноза были использованы данные клинических, эндоскопических и гистологических методов исследования. Специальным методом исследования явилось определение конечных продуктов метаболизма NO в сыворотке крови.

**Результаты.** Высокий уровень метаболитов NO определялся у 8 детей с единичными язвенными дефектами при ЯБДПК (5 – НР«+»), у 10 с ГЭРБ (7 – НР«+»), средний уровень NO определялся у 5 детей с ХЭГД (3 – НР«+»). В подавляющем большинстве случаев более высокие уровни метаболитов NO сочетались с наличием хеликобактерной инфекции. Это, в первую очередь, касалось пациентов с ГЭРБ и, в меньшей степени, с ХЭГД, а также с ЯБДПК с единичными дефектами слизистой оболочки. При множественных дефектах эта зависимость была обратной.

**Выводы.** Уровень конечных продуктов метаболизма NO в сыворотке крови у больных с патологией верхних отделов пищеварительного тракта показал зависимость от нозологии, некоторых внутринозологических форм и инфицированности НР.

#### 348. Место топической гормональной терапии при воспалительных заболеваниях кишечника у детей

Шумилова О.В., Федурова Э.Н., Федорова О.В.,  
Тутин О.А., Медянцев Г.В.  
Нижегородский НИИ детской гастроэнтерологии, Россия

**Цель исследования:** продемонстрировать опыт применения топических стероидов (препарата «Буденофальк®») у детей с ВЗК как метода преодоления гормонозависимости.

**Материалы и методы.** Под наблюдением находились 5 пациентов (с болезнью Крона (БК) 3, с неспецифическим язвенным колитом



(НЯК) 2) в возрасте от 9 до 15 лет. Проведен полный комплекс обследования согласно Федеральным стандартам по оказанию ВМП. Во всех случаях НЯК был тотальной формы, БК имела толстокишечную локализацию, из них у 2 с поражением илеоцекальной зоны. У всех больных было тяжелое течение заболевания, у 2 – осложненное формированием стеноза кишки (БК – 1, НЯК – 1), у 1 с БК – с парапроктитом. До назначения препарата «Буденофальк®» все пациенты получали препараты 5-АСК, 4 – системные глюкокортикостероиды (ГКС) и имели гормонозависимое течение, из них 1 пациент с НЯК имел медикаментозный кушингоидный синдром; 1 пациент с БК, не получавший системных ГКС, готовился к операции.

**Результаты.** Во всех случаях был достигнут положительный эффект. У 4 больных, получавших системные ГКС, удалось преодолеть гормонозависимость и уйти от гормональной терапии с последующим клиническим улучшением и уменьшением лабораторно-эндоскопической активности воспалительного процесса, значительно уменьшились проявления кушингоидного синдрома. У больного с БК, не получавшего системных ГКС, подключение препарата «Буденофальк®» было обусловлено подготовкой к операции и высоким риском послеоперационных осложнений и позволило стабилизировать состояние, избежав при этом назначения системных гормонов.

**Заключение.** Препарат «Буденофальк®» может быть препаратом выбора у больных с ВЗК при гормонозависимости, а также при высоком риске осложнений и развитии выраженных побочных эффектов от системных ГКС.

#### 349. Опыт применения препарата «Урсофальк» в форме суспензии при гепатобилиарной патологии у детей

Шутова Е.В., Бабаджанян Е.Н., Волошина Л.Г.,

Солодовниченко И.Г., Ганзий Е.Б.

Харьковская МАПО, Украина

**Цель исследования:** изучение эффективности препарата «Урсофальк» в форме суспензии при лечении детей с функциональными и обменно-воспалительными заболеваниями гепатобилиарной системы.

**Материалы и методы.** В исследование были включены 30 детей в возрасте от 3 до 18 лет с гепатобилиарной патологией; у всей группы диагностирована дисфункция билиарного тракта по гипокинетическому типу; у 30% пациентов – хронический холецистохолангит, у 3,3% – липогепатоз, у 6,6% – вирусный гепатит В в фазе интеграции, у 23,3% – реактивный гепатит, у 3,3% – синдром Жильбера, у 10% – I стадия желчнокаменной болезни. Комплексное обследование включало: клинико-анамнестические данные, биохимическое исследование сыворотки крови (АлАТ, АсАТ, ЩФ, билирубин и фракции, липопротеиновый профиль), УЗИ органов брюшной полости. Изменения биохимических показателей сыворотки крови выявлено в 63,3% случаев.

В схему лечения пациентов был включен препарат «Урсофальк» (суспензия), согласно рекомендуемой схеме: среднесуточная доза УДХК составила 10 мг/кг массы тела однократно на ночь. Длительность приема препарата «Урсофальк» составила 4 недели. Клиническая эффективность отмечалась у 93,3% пациентов. Отчетливая положительная динамика при контрольном УЗИ была отмечена в 80% случаев. Нормализация или тенденция к нормализации биохимических показателей отмечалась у всех пациентов, имевших нарушения.

**Заключение.** Результаты проведенного исследования показали эффективность препарата «Урсофальк» (суспензия) при лечении заболеваний гепатобилиарной системы у детей. Включение в комплексную терапию препарата «Урсофальк» способствует нормализации функциональной активности печени, функции желчеобразования и желчевыделения. Препарат хорошо переносится, побочных эффектов не зарегистрировано.

## Щ

#### 350. Использование человеческого рекомбинантного интерферона альфа-2 при хронических гастродуоденитах у детей

Щербак В.А., Павленко О.А., Щербак Н.М.

Читинская ГМА, Россия

**Цель работы:** оценка эффективности лечения при хронических гастродуоденитах (ХГ) у детей.

**Материалы и методы.** Обследованы 80 детей с ХГ в возрасте 7-16 лет. Субпопуляции лимфоцитов изучали методом магнитной сепарации с использованием наборов фирмы Dynal (Норвегия), фагоцитарную активность нейтрофилов – по НСТ-тесту. У всех детей выявлены антитела методом ИФА к вирусу Эпштейна-Барр. Больные разделены на две группы: 1-я (контрольная) получала стандартную антихеликобактерную терапию (омепразол, амоксициллин и кларитромицин) в возрастных дозах в течение 7 дней (35 пациентов), 2-я (основная) дополнительно получала человеческий рекомбинантный интерферон альфа-2 (Виферон-2, «Ферон ООО», Россия) в дозе 500 тыс ед. 2 раза в день ректально в течение 10 дней (45 детей). По клиническим и лабораторным данным группы больных до лечения не отличались.

**Результаты.** Наиболее частыми клиническими симптомами были: голодные боли (80%), изжога (25%), отрыжка (13%). У 88% больных определялась болезненная пальпация эпигастрия, плохой аппетит отмечался у 40%. При эндоскопическом исследовании поверхностный гастродуоденит выявлен у 63%, гипертрофический – у 36%, у одного ребенка – эрозивный. Зарегистрировано увеличение CD4+, CD19+ и соотношения CD4+/CD8+, снижение CD8+. Отмечено уменьшение спонтанного и, особенно, стимулированного НСТ-теста. Под влиянием лечения у детей обеих групп стихали острые явления, улучшалось общее состояние, исчезали болевой и диспепсический синдромы. После обычного лечения детей показатели иммунитета, НСТ лишь имели тенденцию к нормализации. Включение в комплексную терапию виферона привело к значительному улучшению всех изучаемых параметров.

**Выводы.** Таким образом, применение в комплексной терапии виферона-2 способствует нормализации клинической картины и показателей иммунограммы.

## Ю

**351. Эрадикационная терапия хронического гастрита, ассоциированного с *Helicobacter pylori*, и фармакогеномика пациентов**

Юрин М.В., Саблин О.А., Слозина Н.М.  
ВЦЭРМ им. А.М. Никифорова МЧС России,  
Санкт-Петербург, Россия

**Цель исследования:** оценить влияние фармакогеномики пациентов с хроническим гастритом, ассоциированным с *Helicobacter pylori* (НР), на эффективность эрадикационной терапии.

**Материал и методы.** Обследованы 75 пациентов (средний возраст  $(55,8 \pm 6,9)$  года) с хроническим гастритом, ассоциированным с НР-инфекцией. Всем пациентам проведена эндоскопия пищевода и желудка с биопсией слизистой оболочки тела и антрального отдела желудка, гистологическое исследование биоптатов. Полиморфизм гена CYP2C19 изучался методом PCR с последующим разделением больных на 3 группы: быстрые метаболиты (GG) – 72% пациентов, промежуточные метаболиты (GA) – 28% пациентов, медленные метаболиты (AA) – 0% пациентов. Для диагностики НР-инфекции использовался «Биохит» – тест для определения уреазной активности НР в биоптате, проводилась серологическая диагностика с использованием набора для определения антител класса IgG к НР в сыворотке крови. Обследование проводилось при поступлении в клинику, через 1 и 2 года после стандартного курса эрадикационной терапии первой линии в течение 10 дней (омепразол 40 мг/сут, кларитромицин 1 г/сут, амоксициллин 2 г/сут).

**Результаты.** У пациентов, относящихся к группе быстрых метаболитов, эффективность эрадикационной терапии составила 63,8%. Эффективность эрадикационной терапии у промежуточных метаболитов оказалась выше – 73,7%.

**Выводы.** Наличие гомозиготной аллели (GG) у пациентов с хеликобактерным гастритом снижает эффективность стандартной эрадикационной терапии на 10%.

**352. К вопросу о патогенезе гастроэзофагеальной рефлюксной болезни**

Юрченко И.Н., Каширина Н.А., Власова Н.А.  
Самарский ГМУ, Россия

**Цель:** изучить механизмы формирования заболевания у пациентов с ГЭРБ на основании анализа результатов эзофагогастроскопии (ЭГДС) и рН-мониторинга в пищеводе и желудке.

**Материал и методы, результаты.** Проведен анализ обследования 27 пациентов разного возраста с ГЭРБ. Всем им в эндоскопическом отделении клиник СамГМУ были выполнены ЭГДС и суточный рН-мониторинг. Обследованные были разделены на две группы: 1-я группа – ГЭРБ с эрозивным эзофагитом (ЭЭ) – 7 человек и 2-я группа – пациенты с неэрозивной рефлюксной болезнью (НЭРБ) – 20 человек. У всех зафиксирована повышенная кислотопродукция в желудке. Сопутствующая патология была представлена следующими заболеваниями. В 1-й группе: язвенная болезнь – 1, эрозивный гастродуоденит – 1, гастрит и дуоденит с поверхностным воспалением слизистой оболочки – 8. Во 2-й группе: язвенная болезнь – 3, эрозивный гастродуоденит – 6, гастрит и дуоденит с поверхностным воспалением слизистой оболочки – 11. Для оценки закисления дистального отдела пищевода рассчитывалось общее время с  $\text{pH} < 4$  в процентах, фиксировалось число гастроэзофагеальных рефлюксов (ГЭР) с  $\text{pH} < 4$ . Средние показатели этих параметров составили в группе с эрозивным эзофагитом 28,2% и 60,9, в группе с НЭРБ – 24,6% и 144,3. Кроме этого был выявлен дуоденогастральный рефлюкс желчи у 19 больных (ЭЭ – 5, НЭРБ – 14). В период заброса желчи из ДПК в желудок замечено снижение уровня закисления пищевода, что можно расценивать как смешанный (кислый и желчный) ГЭР.

**Вывод.** В развитии ГЭРБ кроме повышенного кислотообразования в желудке имеет значение нарушение моторной функции с забросом желчи из ДПК в желудок и пищевод. Это создает усло-

вия для смешанного ГЭР (кислый и желчный), который всеми гастроэнтерологами рассматривается как наиболее неблагоприятный в формировании осложнений заболевания – пищевода Барретта и рака.

## Я

**353. Желчеобразовательная функция печени при блокаде ЭТА-рецепторов**

Янчук П.И., Весельская Н.С., Говоруха Т.Н.,  
Барановский В.А.  
Киевский национальный университет им. Тараса  
Шевченко, Украина

Эндотелины принимают активное участие в регуляции деятельности не только сердечно-сосудистой системы, но и других систем организма, в частности пищеварительной. Как было показано нами ранее, экзогенный эндотелин-1 изменяет холерез и качественные характеристики желчи, что свидетельствует о перестройке метаболических процессов печени, тесно связанных с желчеобразованием.

**Цель нашей работы:** исследовать внешнесекреторную функцию печени при выключении регуляторных влияний эндогенных эндотелинов через ЭТА-рецепторы блокатором BQ-123.

Исследования проведены в острых опытах на крысах под уретановым наркозом (1 г/кг). BQ-123 вводили внутривенно (60 мкг/кг). Животным контрольной группы вводили физиологический раствор (1 мл/кг). Отбирали по 6 полчасовых проб желчи. Концентрацию желчных кислот определяли усовершенствованным в нашей лаборатории [2001] методом тонкослойной хроматографии. Введение крысам BQ-123 понижало уровень секреции желчи с максимумом изменений (23,3%;  $p < 0,05$ ) в первой полчасовой пробе. Тормозной эффект BQ-123 наблюдался и в последующие периоды эксперимента. Наряду с этим BQ-123 вызывал устойчивое повышение суммарной концентрации гликодеокси- и гликохенодеоксихолевой кислот в желчи с максимумом в пятой и шестой полчасовых пробах, превышая контрольные значения на 56,1% ( $p < 0,05$ ) и 63,2% ( $p < 0,05$ ) соответственно. Концентрация гликохолевой кислоты не изменялась относительно контроля. Уровень тауроноксигенов желчных кислот претерпевал определенные фазовые колебания с несколькими максимумами в относительной противофазе к уровню свободных желчных кислот.

**Выводы.** Следовательно, изменение соотношения основных фракций желчных кислот в желчи крыс при блокаде ЭТА-рецепторов указывает на усиление процессов конъюгации диоксиксеновых кислот с глицином при некоторых колебаниях активности ферментативных систем, обеспечивающих конъюгацию желчных кислот с таурином.

**354. Роль серотонина в регуляции кровообращения и тканевого дыхания печени**

Янчук П.И., Комаренко В.И., Терехов А.А.,  
Воробьева А.П., Пасичниченко О.М.  
Киевский национальный университет им. Тараса  
Шевченко, Украина

Серотонин (СТ) играет важную роль в деятельности различных органов и систем организма, в том числе и желудочно-кишечного тракта. Он вызывает сокращение гладких мышц кишечника и большинства кровеносных сосудов, является медиатором центральной нервной системы. Вместе с тем, влияние СТ на кровообращение в печени изучено недостаточно, а его участие в регуляции кислородного баланса этого органа не исследовано.

**Цель работы:** изучить влияние СТ на кровообращение и тканевое дыхание печени.

У крыс, наркотизированных уретаном (1 г/кг, внутривенно), регистрировали давление крови в артериальных и воротных сосудах, кровенаполнение печени (КНП) и уровень напряжения кислорода ( $\text{pO}_2$ ) в ней. Коэффициент потребления кислорода печенью (К) рассчитывали по кривой падения  $\text{pO}_2$  при одновре-

менной окклюзии печеночной артерии и воротной вены. Внутривенное (в/п) введение СТ (7 мкг/кг) не вызывало изменений системного артериального давления, однако повышало давление в воротной вене (Двв) на 18%, которое сопровождалось в 2/3 случаев уменьшением КНП на 12%, а в остальных случаях – его увеличением на 31% ( $p < 0,05$ ). Уровень  $pO_2$  в печени при этом понижался на 7% ( $p > 0,05$ ), а К – на 38% ( $p < 0,01$ ).

**Выводы.** Таким образом, серотонин суживает воротные и печеночные вены, повышая давление крови в них и преимущественно уменьшая кровенаполнение печени, благодаря чему доставка кислорода к ее функциональным элементам уменьшается. В то же время СТ угнетает потребление кислорода печенью, вследствие чего уровень напряжения кислорода в ней почти не изменяется. В случаях увеличения КНП серотонин, возможно, оказывает более мощный вазоконстрикторный эффект на сфинктерный участок печеночной вены, расположенный на выходе из печени.

### 355. Характеристика действия вазопрессина на кислую желудочную секрецию крысы

Янчук П.И., Штанова Л.Я., Весельский С.П., Макачук Н.Е. Киевский национальный университет им. Тараса Шевченко, НИИ физиологии им. Богача, Научно-учебный центр «Институт биологии», Украина, e-mail: shtanova@ukr.net.

**Цель исследования:** определить характер влияния различных доз аргинин-вазопрессина (АВП) на кислую желудочную секрецию (КЖС) крысы в состоянии покоя и при стимуляции ее гистамином, и исследовать роль эндогенных простагландинов (ПГ) как посредников этого влияния

**Материал и методы:** самки крыс линии Вистар; уретан, АВП, гистамин, индометацин (ИМ). КЖС – базальную и стимулированную гистамином, исследовали методом Гхоша и Шилда на голодных наркотизированных крысах. АВП (1, 2 и 8 нг/кг) и гистамин (3 мг/кг) вводили внутривенно, ИМ (5 мг/кг) – внутривентально. Через каждые 10 мин измеряли pH перфузата, вычисляя затем его общую кислотность в мкмоль/100 мин.

**Результаты.** Установлено, что АВП в дозе 1 нг/кг не влиял на показатели КЖС ни в состоянии покоя, ни после стимуляции ее гистамином. По сравнению с контрольной группой АВП в дозах 2 нг/кг и 8 нг/кг вызывал уменьшение базальной КЖС на 38% и 58% соответственно, и стимулированной гистамином КЖС – на 29% и 39% соответственно. Известно, что в желудке присутствует лишь сосудистый АВП<sub>1a</sub> рецептор. АВП известен как мощный вазоконстриктор, поэтому можно предположить, что его воздействие на КЖС связано именно с этим его свойством. Данные литературы указывают на то, что АВП может иметь и специфическое влияние на КЖС, например, через стимуляцию синтеза ПГ в слизистой желудка. Однако, угнетение эндогенного синтеза ПГ с помощью внутривентальной инъекции ИМ (5 мг/кг) в наших дальнейших экспериментах не повлияло на показатели КЖС ни в состоянии покоя, ни при стимуляции ее гистамином.

**Заключение.** Представленные данные свидетельствуют о том, что АВП не является физиологическим регулятором КЖС, а с возрастанием в крови его уровня в 2 и 8 раз дозозависимо угнетается как базальная, так и стимулированная гистамином КЖС. Эндогенные ПГ не являются посредниками АВП в угнетении КЖС ни в состоянии покоя, ни при стимуляции ее гистамином. Очевидно, вазоконстрикторные эффекты АВП, которые могут иметь место при повышении его уровня в крови в некоторых критических ситуациях, все-таки играют важную роль в ограничении КЖС.

## Abstracts in English (A–Z)

### 356. Using of transient elastography in hepatologic praxis in Slovakia – first experiences

Belovičová M.<sup>1</sup>, Bátorová M.<sup>2</sup>, Szántová M.<sup>3</sup>, Oltman M.<sup>4</sup>, Skladaný L.<sup>5</sup>

<sup>1</sup>Internal-hepatologic policlinic, Bardejov Spa, e-mail: mriab9@gmail.com, <sup>2</sup>National hemophilic center, Bratislava, <sup>3</sup>IIIst Internal clinic, Bratislava, <sup>4</sup>Gastroenterologic-Hepatologic center Thalio, Bratislava, <sup>5</sup>Internal clinic, Banská Bystrica, Slovakia

**The goal:** to examine patients from slovak hepatologic policlinics by using transient elastography.

**Material and methods.** Transient elastography (TE) is a noninvasive method which measures the liver stiffness. Liver stiffness correlates very well with liver fibrosis (Metavir score). The investigation is easy to perform, painless and rapid (<5 minutes). Median value of 10 valid acquisitions with success rate of minimal 60% represents liver stiffness. Results are expressed in kiloPascals (kPa), liver stiffness values range from 2,5 to 75 kPa. The results are immediately available and are operator-independent. Liver stiffness measurements can be difficult in obese patients or in those with narrow intercostal space and impossible in patients with ascites.

**Results.** From Juni 2009 till Juni 2010 were in our department examined by using transient elastography 517 patients. 223 patients had chronic hepatitis C (153 patients before treatment: F0-F1: 93 pts, F1-F2: 18 pts, F2: 6 pts, F3: 12 pts, F3-F4: 8 pts, F4: 16 pts; 70 patients after treatment: F0-F1: 54 pts, F1-F2: 6 pts, F2: 2 pts, F3: 6 pts, F4: 2 pts). 158 – chronic hepatitis B (F0-F1 123 pts, F2: 9 pts, F2-F3 5 pts, F3: 1 pt, F3-F4 8 pts, F4 12 pts). Patients were sent for measuring of liver stiffness before the first or repeated treatment, during and after treatment. 136 patients were sent to our department to assess the liver fibrosis in: primary biliary cirrhosis, chronic cholestatic hepatitis, autoimmune hepatitis. Some patients were sent to us to confirm or exclude the liver cirrhosis.

**Conclusions.** Our results are in agreement with large recent studies which conclude that TE has a high degree of accuracy to assess the liver fibrosis in patients with chronic hepatitis B, C and with chronic cholestatic diseases. In the future TE could be used as a monitoring tool in assessment the efficacy of antifibrotic treatment.

### 357. Comparison of Microelements in Blood plasma and Blood Cells in Patients with Chronic Hepatitis C and Viral C cirrhosis

Brasiskienė S.<sup>1</sup>, Imius A.<sup>1</sup>, Kareiva A.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Centre of Hepatology, Gastroenterology and Dietetics of Vilnius University Hospital Santariskiu Clinics, <sup>2</sup>Department of General and Inorganic Chemistry, Vilnius University, Lithuania

**Background and Aim.** The physiological importance of various microelements is well known, but is not fully investigated in case of chronic liver diseases. Our aim was to compare the concentrations of several microelements in blood plasma and blood cells in 2 groups of patients: with chronic hepatitis C and with viral C cirrhosis.

**Methods.** We investigated blood of 26 patients with chronic hepatitis C and 22 patients with viral C cirrhosis, Child-Pugh A stage (before anti-viral therapy). All patients have undergone the liver biopsy and the grade of liver fibrosis was confirmed by histological examination. Blood plasma has been separated from blood cells by centrifugation and then the amount of microelements in the blood samples were determined by flame atomic absorption spectroscopic method (FAAS). The concentrations of Fe, Mn, Cu, Pb, Na, K, Ca, Mg, Zn, Cr were measured in blood plasma and in blood cells separately.

**Results.** Statistically significant differences between investigated groups (patients with chronic hepatitis C and patients with compensative viral C cirrhosis) were found in the concentrations of Mn (in blood cells,  $p=0,04$ ), K (in blood cells,  $p=0,00$  and in plasma,  $p=0,00$ ), Cr (in blood cells,  $p=0,01$ ), Cu (in plasma,  $p=0,002$ ), Na (in plasma,  $p=0,04$ ), Ca (in plasma,  $p=0,00$ ) and Mg (in plasma,  $p=0,00$ ). Between the other microelements (Fe, Pb, Zn) no statistical differences were found.

**Conclusion.** The most visibly differences of microelements concentrations were seen in blood plasma of the patients with viral C cirrhosis, particularly of K (4 times bigger than in patients with VHC) and Ca (3,5 times bigger). Mg concentration was 2,3 times bigger in plasma of patients with chronic hepatitis C. No significant differences of concentrations were found in blood cells. Different accumulations of microelements might be related with disease progression.

### 358. Efficacy of Peginterferon alfa-2a and ribavirin combination therapy in treatment-naïve patients with chronic hepatitis C in Estonia

Brjalin V.<sup>1,2</sup>, Salupere R.<sup>2</sup>, Tallo T.<sup>3</sup>, Kuznetsova T.<sup>3</sup>, Priimägi L.<sup>3</sup>, Tefanova V.<sup>3</sup>

<sup>1</sup>West Tallinn Central Hospital, <sup>2</sup>University of Tartu, <sup>3</sup>National Institute for Health Development, Tallinn, Estonia, e-mail: brjalin@hotmail.ee

**Aim:** to assess the efficacy of pegylated interferon (Peg-IFN)  $\alpha$ -2a and ribavirin (RBV) combination therapy in treatment-naïve patients with chronic hepatitis C (CHC) in Estonia.

**Material and methods.** Out of 121 outpatients (73 males, mean age 38 yrs and 48 females, mean age 42 yrs) enrolled in the study, 76 were infected with HCV genotype 1b and 45 with genotype 3a.

Overall, the mean HCV RNA level was  $(6,02 \pm 0,57)$  log IU/ml. Baseline viral load  $> 600\,000$  IU/ml had 75% of patients. Histologically, 91 patients had fibrosis score 0-1, and 14 patients had advanced fibrosis F 3-4. All patients received 180  $\mu$ g of Peg-IFN  $\alpha$ -2a weekly plus ribavirin 1000-1200 mg daily, depending on body weight, in HCV genotype 1b infection, or 800 mg/day in genotype 3a infection. Treated patients were evaluated for achievement of sustained virologic response (SVR). In addition, the impact of some viral- and host-related factors on SVR has been assessed.

**Results.** The overall SVR rate in our study was 60,3%, being statistically lower in patients with HCV genotype 1b compared with genotype 3a patients (46,1% vs. 84,4%;  $p < 0,05$ ). The rates of relapsers and non-responders were significantly higher in patients with HCV genotype 1b compared with genotype 3a patients (19,7% vs. 2,2%;  $p = 0,01$ , and 17,1% vs. 4,4%;  $p = 0,04$ , respectively).

Of the patients with normal pretreatment gamma-glutamyltransferase (GGT) level, SVR rate was statistically higher than in those with a high GGT level (70,3% vs. 49,1%;  $p < 0,05$ ).

The SVR was higher in patients younger than 40 years compared with older patients (76,4% vs. 47,0%;  $p < 0,01$ ), independently of genotype. Attainment of SVR following combination therapy was not influenced by baseline viral load, gender and fibrosis score 0-1 and 2-3, although the fibrosis stage 4/cirrhosis failed to achieve SVR.

**Conclusion.** HCV genotype, GGT pretreatment level and age younger than 40 years predetermined SVR rates in Estonian patients with CHC treated with Peg-IFN  $\alpha$ -2a plus ribavirin.

### 359. Clinical evaluation of capsule endoscopy, as an endoscopic diagnostic method of small bowel pathological condition. Latvian experience

Derovs A., Derova J., Pokrotnieks J.

Riga Stradins University, Riga, Latvia

**Aim of study:** to evaluate the clinical impact of capsule endoscopy on small bowel pathology diagnostic.

**Methods.** All capsule endoscopies (CE) were performed either in P.Stradin Clinical University hospital or Latvian Maritime Medical centre. Consecutive patients undergoing CE were prospectively studied. Indications for CE diagnostics were according to the European Society of Gastrointestinal Endoscopy Guidelines. Prior to CE examination, all patients have undergone the upper and lower endoscopy, as well as various radiologic studies with no pathology established. Three different CE systems were randomly chosen for CE.

**Results.** A total of 215 CE were performed. Out of these 129 (60,0%) were female patients and 86 (40,0%) male. The youngest patient was 13 years old; the oldest was 81 (mean age  $44,99 \pm 17,63$ ). In 5 cases CE was failed due to anatomical changes of the patient's throat, so they were unable to swallow the capsule. Main established diagnoses, i.e., the principal findings, were as follows: angiodysplasia – 14 (6,7%), celiac disease – 10

(4,8%), erosive enteropathy – 53 (25,2%), Crohn's disease – 51 (24,3%), small bowel tumour – 7 (3,3%), NSAID enteropathy – 6 (2,9%), Peutz-Jeghers syndrome – 2 (0,1%), segmental enteropathy (SE) – 67 (31,9%). In all cases 143 (68,1%) except SE, the reason of pathological condition (PC) was found and the treatment was started. SE diagnosis is controversial as a possible cause of PC. In 2 (0,95%) cases with Crohn's disease the capsule entrapment was observed.

**Conclusions.** CE has found the cause of small bowel PC in 68,1% of cases, which shows high diagnostic yield of CE for small bowel PC diagnostic.

**Acknowledgements.** This study was made with European Social Fund (ESF) support.

### 360. Correlation between the excavated lesions found in small bowel during capsule endoscopy and patients vital signs

Derovs A., Derova J., Pokrotnieks J.

Riga Stradins University, Riga, Latvia

**Aim of study:** to evaluate the possible correlation between excavated lesions (EL) in small bowel (SB) found during capsule endoscopy (CE) and the patient's vital parameters (height, weight, waist, body mass index (BMI)).

**Methods.** From the author CE database were selected patients with EL found during CE procedure. EL (aphtae/erosions and ulcers) were classified regarding to the Minimal Standard Terminology Digestive Endoscopy – MST 3.0. SPSS ver.16 was used for statistical calculations. Any P-values given are two-sided and subject to a local significance level of 5%.

**Results.** A total of 215 CE were performed. Out of these 129 (60,0%) were female patients and 86 (40,0%) male. The youngest patient was 13 years old; the oldest was 81 ( $44,99 \pm 17,63$ ). Patients weight were from 28 to 114 kg ( $70,14 \pm 17,44$ ). Patients height were from 150 to 198 cm ( $169,9 \pm 8,4$ ). Patients waist were from 52 to 120 cm ( $87,29 \pm 14,28$ ). BMI were from 12,44 to 39,45 ( $24,18 \pm 5,34$ ). Positive correlation was observed between EL and patients weight ( $p = 0,009$ ) and waist ( $p = 0,027$ ). Negative correlation was observed between ulcers and patients height ( $p = 0,031$ ). Weak positive correlation was found between aphtae/erosions and BMI ( $p = 0,066$ ).

**Conclusions.** There is positive correlation between EL in SB and patients weight and waist. Negative correlation was found between ulcers in SB and patients height. Weak positive correlation was found between aphtae/erosions in SB and patients BMI.

**Acknowledgements.** This study was made with European Social Fund (ESF) support.

### 361. Selected bacteria with intestinal origin and from Bulgarian yoghurt inhibit interleukin-8 secretion from epithelial cells

Dimitrov Zh.P., Gotova I.M.

LB-Bulgaricum Plc., R&D Center, Sofia, Bulgaria,

e-mail: zhechko.dimitrov@lbbulgaricum.bg

**Introduction.** Intestinal epithelium is capable of releasing some proinflammatory cytokines such as IL-8 especially when stimulated by cytokines like TNF-alpha and IL-1. Some Lactic acid bacteria (LAB) strains could modulate intestinal mucosal immune response playing anti-inflammatory role in the intestinal immune signaling.

**Main objective.** The aim of the present study was to evaluate the effect of LAB strains on IL-8 secretion in intestinal epithelia with and without stimulation by TNF-alpha.

**Methods.** Cell lines Caco-2 and U-937 were purchased from ATCC. The concentrations of IL-8 and IL-10 were measured using ELISA kits (IBL) and microplate reader (Bio-Rad).

**Results.** A large number of strains with yoghurt and intestinal origin were evaluated in their ability to reduce the production of IL-8 from human epithelium cell line Caco-2. The strains demonstrating the highest reduction of IL-8 after stimulation of epithelium cells with TNF-alpha were: *B. longum* Bif8, *L. gasseri* G8, *E. faecalis* E2, *L. bulgaricus* B67, and *S. thermophilus* T43. It should be noted the yoghurt origin of the latest two strains. The stimulation index of these strains was between 0,6 and 0,8 in presence of TNF-alpha, and between 0,94 and 1,07 without co-stimulation with TNF-alpha. In order

to complete the information about anti-inflammatory potential of the strains, they were evaluated in induction of IL-10 using macrophage cell line model U-937. The strains *B. longum* Bif8, *L. gasseri* G8, *E. faecalis* E2 induced the production of IL-10 – 3,2, 2,1, and 0,2 ng/ml, respectively.

**Conclusions.** It was proven that some LAB strains inhibit the secretion of IL-8 from epithelial cells. These strains will be included in products for further clinical trials of their anti-inflammatory effect.

### 362. Hypolipidemic treatment of patients with nonalcoholic fatty liver disease

<sup>1</sup>Jarčuška P., <sup>1</sup>Janičko M., <sup>1</sup>Veseliny E., <sup>2</sup>Fedačko J.,

<sup>2</sup>Nováková B., <sup>2</sup>Pella D.

<sup>1</sup>1<sup>st</sup> and 3<sup>rd</sup> Dept of Internal Medicine, University Hospital Košice, Trieda SNP1, Slovakia

**Aim.** To find out if hypolipidemic treatment has any effect on liver tests activity and lipoprotein metabolism in patients with nonalcoholic fatty liver disease.

**Patients and methods.** We enrolled 90 patients (56 female, 34 male) with average age (50,25±10,05) years. 25 patients were treated with atorvastatin (20 mg daily), 16 patients were treated with fenofibrate (200 or 267 mg daily), 19 patients were treated with simvastatin (20 mg daily). 30 patients were treated with combination of statin and fibrate. Biochemical activity of liver tests and parameters of lipoprotein metabolism were evaluated after 3 and 6 months.

**Results.** Hypolipidemic treatment in all groups resulted in improvement of lipoprotein metabolism – total cholesterol and triacylglycerole levels decreased at month 3 and 6 (both p=0,0001), LDL cholesterol level had been improved at month 3 (p=0,012) and at month 6 (p=0,0002). ALT significantly decreased at month 3 (p=0,006), but no at month 6. GMT levels weew improved at month 3 and 6 (p=0,02 resp p=0,004). No serious adverse effects were observed.

**Conclusion.** Patients with nonalcoholic fatty liver disease are legitimate candidates for hypolipidemic treatment. Drugs used in this indication are clinically effective and safe.

### 363. Is delta body weight another on treatment predictor of SVR?

Skladany L.<sup>1</sup>, Bachova B.<sup>1</sup>, Jarcuska P.<sup>2</sup>, Oltman M.<sup>3</sup>, Adamcova S.<sup>1</sup>, Balaz J.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>HEGITO (Dept. Hepatology, Gastroenterology and Transplantation medicine) F.D.Roosevelt Univ Hosp, Banska Bystrica, SK97401, <sup>2</sup>Dept Int Med, Pasteur Univ Hosp, Košice, <sup>3</sup>Dept Hepatology, Thalio Med Centr, Bratislava, Slovakia, e-mail: Lubomir.skladany@gmail.com

**Background.** 1) Treatment of HCV infection with interferon alpha (IFN) is frequently accompanied by weight loss (WL); 2) Unintentional WL beyond predefined limit is diagnostic of malnutrition (M); 3) M is known for its negative impact on immune functions and hence could in theory depress therapy induced viral clearance (sustained virological response, SVR); 4) On the other hand lower body weight (BW) and intentional WL before therapy are positive predictors of SVR and SVR in retreatment, respectively.

**Aim:** to compare delta weight between responders and nonresponders to therapy.

**Methods.** We retrospectively analyzed data of 33 treated patients with hepatitis C genotype 1 who completed follow up until SVR. Therapy consisted of pegylated IFN plus BW-based ribavirin for 48 weeks. Delta BW was extracted from the start of therapy an weeks (Wk) 4, 24, 48 and 72. Malnutrition was defined as delta WL>5% at Wk4 and >10% at Wk24, respectively.

**Results.** Data from 33 patients were collected, 17 with SVR+ and 16 nonresponders (NR). Average starting BW was higher in NR (83 vs. 75 kg). 1) Delta WL in the range of M was associated with SVR at Wk4 and Wk24; 2) Delta WL at Wk4 and Wk24 in SVR+ were double the figures in NR; 3) Time-point of maximal delta WL was Wk24 in SVR+ pts, but Wk48 in NR pts, patterns being J-curve for SVR+ and inverse linear for NR, respectively.

**Conclusion.** Quantification of delta WL in larger well conducted trial could add to list of on-treatment predictors of response to therapy of hepatitis C.