

## МАТЕРИАЛЫ

**7-й Научной сессии Института гастроэнтерологии  
и клинической фармакологии СПбГМА им. И.И. Мечникова  
(Санкт-Петербург, 25–26 ноября 2010 года)**

**А**

**1. Эффективность препаратов гепатопротекторного и желчегонного действия в схемах элиминационной терапии у детей с аллергической патологией и химической контаминацией биосред органическими соединениями**

Аминова А.И., Акатова А.А., Яковлева А.С.

Федеральный научный центр медико-профилактических технологий управления рисками здоровью населения Роспотребнадзора, Пермь, Россия

Цель исследования: клиничко-лабораторная оценка эффективности гепатопротекторного и желчегонного растительного препарата «Хофитол» (Х) в схеме элиминационной терапии у детей с аллергическими заболеваниями и контаминацией биосред органическими соединениями промышленного происхождения.

Обследованы 87 детей с диагнозом «респираторный аллергоз», «бронхиальная астма», «аллергический дерматит» и превышением референтных показателей в крови формальдегида (Ф) ( $0,036 \pm 0,005$ ,  $p < 0,05$ ), метанола (М) ( $0,762 \pm 0,147$ ,  $p < 0,05$ ), ацетона (А) ( $0,036 \pm 0,008$ ,  $p < 0,05$ ) этилового спирта (ЭС) ( $2,018 \pm 0,42$ ,  $p < 0,05$ ), наличием бензола (Б), толуола (Т), масляного альдегида (МА) и изобутилового спирта (ИС).

Пациенты методом рандомизации были разделены на 2 группы. Основная группа (О) – 40 человек, получавших на фоне стандартной терапии основного заболевания энтегин (Э) по 1 таблетке 1 раз в день и Х по 1 таблетке 2 раза в день за 30 минут до еды в течение 21 дня. Группа сравнения (С) – 47 детей, к стандартной терапии которых добавлен только Э. У детей О группы в отличие от группы С наблюдалась более выраженная положительная динамика: уменьшились размеры печени ( $\chi^2=4,91$  и  $\chi^2=2,11$ ,  $p < 0,05$  и  $p=0,72$ ), снизились активность АСАТ – ( $38,89 \pm 3,11$ ) ед. и ( $34,50 \pm 5,16$ ) ед.,  $p < 0,05$ ; ( $38,17 \pm 2,99$ ) ед. и ( $35,49 \pm 4,71$ ) ед.,  $p=0,28$  в крови и уровень  $\delta$ -аминолевулиновой кислоты в моче – ( $0,21 \pm 0,04$ ) и ( $0,11 \pm 0,03$ ) мкмоль/мл,  $p < 0,05$ ; ( $0,22 \pm 0,03$ ) и ( $0,17 \pm 0,05$ ) мкмоль/мл,  $p=0,43$ ). После лечения в О группе в крови не выявлялись Т, Б, МА, ИС, почти в 2 раза снизилась концентрация М, ЭС, А. В группе сравнения у 35% пациентов после лечения идентифицировались Б, Т, статистически достоверных снижений уровня Ф, А, ЭС и МС не наблюдалось. Таким образом, схема элиминационной терапии, включающая препараты с гепатопротекторными и желчегонными свойствами, имеет более высокую клиническую эффективность.

**2. Опыт профилактики НПВП-гастроуденопатии в условиях стационара**

Анциферов Р.В., Егерев А.А.

Госпиталь для ветеранов войн, Санкт-Петербург, Россия

Госпиталь для ветеранов войн – многопрофильное лечебно-профилактическое учреждение, состоящее из 18 специализированных отделений, в которых развернуто 1078 коек. Средний возраст пациентов составляет 80-82 года. Количество пролеченных больных за период 2006-2009 гг. составило в среднем 26314 человек в год. С 2007 года в госпитале осуществляется профилактика НПВП-гастроуденопатии, которая включает в себя назначение омега-3 в дозе 20 мг в сутки пациентам группы риска, рациональное использование НПВП, просветительскую работу среди врачей и пациентов госпиталя.

Цель исследования: установить частоту развития гастродуоденальных язв и кровотечений, обусловленных НПВП, провести оценку эффективности мер профилактики НПВП-гастроуденопатии у пациентов госпиталя.

Материалы и методы. Критерием отбора в группу исследования служило наличие острых гастродуоденальных язв, выявленных при ФГДС. Поводом для выполнения ФГДС явилось появление у пациента симптомов желудочной диспепсии, болей в эпигастрии, изжоги, развитие анемии и признаков желудочно-кишечного кровотечения.

Причинно-следственная связь развития язвенного поражения с приемом НПВП установлена консультированием больных, изучением историй болезни и анализом 15736 протоколов фиброгастроуденоскопии с 2006 по 2009 гг.

Группа больных с острыми гастродуоденальными язвами за 2006 г. использовалась для анализа частоты развития НПВП-гастроуденопатии до начала профилактики. Эффективность системы профилактических мероприятий НПВП-гастроуденопатии оценивалась у пациентов, проходивших лечение в госпитале с 2007 по 2009 гг.

Достоверность полученных результатов оценивалась программой Statistica for Windows v. 6.0 с использованием критерия  $\chi^2$ .

Результаты исследования и их обсуждение. В 2006 г. выявлено 4,43% (187 пациента) с острыми язвами и 2,13% (90 пациентов) с кровотечением от 4218 проведенных ФГДС; в 2007 г. – 3,09% (136 чел.) и 1,72% (76 чел.) от 4398; в 2008 г. – 3,06% (119 чел.) и 1,42% (55 чел.) от 3880; в 2009 г. – 2,31% (75 чел.) и 1,48% (48 чел.) соответственно от 3240 исследований.

В период с 2007 по 2009 гг. на фоне профилактических мероприятий НПВП-гастроуденопатии в сравнении с 2006 г. отмечается достоверное снижение числа острых гастродуоденальных язв ( $p < 0,01$  в 2007-2008 гг.). В 2009 г. количество острых язв сократилось в 1,9 раза ( $p < 0,001$ ). Количество желудочно-кишечных кровотечений также уменьшилось, однако достоверность отмечена в 2008-2009 гг. ( $p < 0,05$ ). В 2008-2009 гг. в сравнении с 2006 годом отмечается достоверное снижение количества ФГДС ( $p < 0,05$  в 2008-2009 гг.). Отмеченный факт указывает на значительное снижение показаний к этому исследованию, что также подтверждает эффективность профилактики и экономит ресурсы учреждения.

Выводы. Проведенное исследование выявило частоту развития острых гастродуоденальных язв и желудочно-кишечных кровотечений, обусловленных приемом НПВП. Доказана эффективность и целесообразность проводимых мер по их профилактике в Госпитале для ветеранов войн.

**3. Влияние состояния слизистой оболочки желудка на развитие недостаточности питания у пациентов с терминальной почечной недостаточностью, получающих лечение хроническим гемодиализом**

Асанина Ю.Ю., Шишкин А.Н.

Санкт-Петербургский государственный университет, Россия

Введение. После пяти лет терапии гемодиализом (ГД) доля пациентов с недостаточностью питания (НП) составляет 40-50% и продолжает нарастать в дальнейшем. В качестве одной из самых распространенных сопутствующих патологий у данной группы пациентов диагностируется нарушение функции органов желудочно-кишечного тракта с развитием экскреторной, моторной и эндокринной недостаточности.

**Цель исследования:** уточнить взаимосвязь изменений в гастродуоденальной зоне и нутриционного статуса у больных с терминальной почечной недостаточностью, получающих лечение ГД.

**Пациенты и методы.** Обследовали 37 больных с хронической болезнью почек V стадии, получающих лечение ГД. Основным заболеванием, приведшим к терминальной ХПН, был хронический гломерулонефрит (ХГН) (71,9%). Все больные получали лечение программным ГД в течение (6,4±1,1) года. Состояние питания больного определяли с помощью метода комплексной нутриционной оценки. Использовали калиперометрию с расчетом жировой массы тела, окружности мышц плеча (ОМП), активной массы тела. Всем пациентам была проведена фиброгастродуоденоскопия с биопсией слизистой оболочки желудка (тело, антральный отдел) с последующим гистологическим исследованием. Для верификации НР-инфекции использовался морфологический анализ биоптатов, а также быстрый уреазный тест (Хелпил-тест).

**Результаты.** Больные, питавшиеся адекватно, составляли не более половины всех обследованных (47%). Среди вариантов неадекватного питания преобладала недостаточность потребления энергии (40%;  $p=0,0007$ ). У всех пациентов выявлены признаки НП 1-й (87%) или 2-й степени (13%), более тяжелых степеней НП выявлено не было. У всех обследованных отмечалось снижение мышечной массы тела. Жировая масса тела находилась в пределах вариантов нормы. Достоверных различий между величиной жировой и мышечной массы в зависимости от степени тяжести недостаточности питания выявлено не было. В биопсийном материале, взятом от пациентов, находящихся на ГД, выявлено преобладание атрофических изменений (более 57%), преимущественно мультифокального характера. У остальных определялись неатрофический гастрит (23%) и эрозивно-язвенные изменения (более 20%). При этом у пациентов с НП отмечалась более частая встречаемость атрофических изменений слизистой оболочки желудка (72%).

**Заключение.** У гемодиализных пациентов наблюдалась недостаточность питания, снижение мышечной массы тела. Данные нарушения наиболее выражены при наличии атрофических изменений слизистой оболочки желудка. Учитывая данные о продукции в слизистой оболочке желудка гормона грелина, участвующего в формировании аппетита и обладающего другими метаболическими функциями, необходимо проведение дальнейших исследований для уточнения патогенеза недостаточности питания у пациентов с терминальной ХПН, получающих лечение ГД.

## Б

### 4. Изучение желудочно-кишечного тракта у больных псориазом

Бабкин А.В., Евдокимов С.К.

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

**Цель исследования:** изучить состояние желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) у пациентов, страдающих распространенным псориазом в прогрессирующий период.

**Материал и методы.** Нами были обследованы 30 пациентов с распространенной формой псориаза в прогрессирующий период (27 мужчин и 3 женщины, средний возраст 40 лет). Все больные страдали псориазом более 3 лет. Для изучения ЖКТ всем пациентам проводилась фиброгастродуоденоскопия (ФГДС) и ультразвуковое исследование (УЗИ) органов брюшной полости.

**Результаты.** При активном расспросе жалоб и анамнеза заболевания никто из пациентов не предъявлял жалоб со стороны ЖКТ и ранее никто не обследовался по поводу патологии ЖКТ. При ФГДС у 100% пациентов обнаружены патологические изменения, при этом распространенный поверхностный гастрит и дуоденит у 18 (60%) человек, острый эрозивный антральный гастрит – у 12 (40%), недостаточность кардии – у 10 (10%), катаральный рефлюкс-эзофагит – у 8 (27%). При ультразвуковом обследовании патологические изменения обнаружены у 100% пациентов, при этом у 60% больных определялось увеличение печени по типу жировой дистрофии, диффузные изменения поджелудочной железы были выявлены у 47% пациентов, деформация желчного пузыря диагностирована у 60% обследуемых.

**Выводы.** Считаем необходимым проводить углубленное гастроэнтерологическое обследование больным с распространенной формой псориаза в прогрессирующем периоде с целью назначения адекватной комплексной симптоматической и патогенетической терапии.

### 5. Иммуномодулирующая роль комменсальных бактерий: механизмы действия и перспективы их практического применения

Бойко Н.В.

Ужгородский национальный университет, Украина,  
e-mail: nadiya.boyko@gmail.com

**Цель исследования:** определение основных клеточно-молекулярных механизмов взаимодействия комменсальных бактерий с организмом хозяина на различных экспериментальных моделях.

**Результаты.** Нами впервые показана возможность специфической активации В1 клеток через их В-клеточный рецептор (BCR) Т-независимым антигеном типа 1 – бактериальным фосфорилхолоном *H. influenzae* – и зависимостью проницаемости слизистых оболочек организма от структурных особенностей комменсальных бактерий. Доказано участие секреторного IgAs, аутокринного фактора роста Reg III  $\beta/\gamma$  и поверхностного белка SP-D в регуляции гомеостаза кишечных и назальных слизистых оболочек организма. Нами также показано, что к клеточным факторам, регулирующим гомеостаз слизистых оболочек организма хозяина, прежде всего, относятся интраэпителиальные нормальные киллеры кишечника (особенно тонкой кишки), а также бронхолегочные и альвеолярные макрофаги. Определены профили продукции про- и противовоспалительных цитокинов и экспрессия регуляторных генов дендритными клетками периферийной крови человека вследствие их специфической активации *in vitro* разными бактериальными антигенами.

**Выводы.** Обоснована целесообразность направленного использования комменсальной микробиоты как биопрепаратов, которые обладают выраженными иммуностимулирующими свойствами и характеризуются избирательной антагонистической активностью по отношению к штаммам условно патогенных бактерий, возбудителей оппортунистических инфекций *S. aureus*, MRSA, *A. baumannii*, *K. oxytoca* и *E. cloacae*.

Нами разработан, зарегистрирован и успешно внедрен в практику животноводства биопрепарат «Моноспорин-ПК», а также установлена экономическая эффективность его применения.

### 6. Микроорганизмы – индикаторы «соматических» заболеваний человека

Бойко Н.В.

Ужгородский национальный университет, Украина

**Цель исследования:** выявление причинно-следственных связей между возникновением заболеваний человека «неинфекционной» этиологии и состоянием их комменсальной микробиоты.

**Методы.** Состав микробных ассоциаций слизистых поверхностей и содержимого кишечника больных и здоровых индивидуумов определяли путем использования API и Lachema тест-систем в сочетании с PFGE идентификацией.

**Результаты.** У всех обследованных нами групп пациентов находили нарушения микробного баланса слизистых оболочек. В содержимом кишечника больных астмой наблюдается достоверное уменьшение бактерий родов *Bifidobacterium* и *Lactobacillus* (до  $10^2$  и  $10^4$  КОЕ/г), доминирование гемолитических штаммов *E. coli* со сниженными ферментативными свойствами при одновременном превалировании в назальных секретах штаммов *Klebsiella pneumoniae*, *K. oxytoca*, lactose-negative *E. coli*, *Proteus mirabilis*, *Pseudomonas aeruginosa* на фоне следовых количеств стафилококков и стрептококков. У пациентов с дисфункциями ЖКТ обнаружена персистенция значительного числа (до  $10^6$  КОЕ/г и больше) гемолитических штаммов *Citrobacter braakii*, *K. pneumoniae*, *Bacteroides fragilis*, *B. vulgatus*, *B. distasonis*, *Fusibacterium necrophorum*. Снижение общего числа грамотрицательных бактерий и количества выделяемых анаэробов за счет относительного увеличения различных видов

*Streptococcus* было обнаружено у пациентов с признаками кардиоваскулярных нарушений, однако при этом не было выявлено существенных изменений в составе «типичных» представителей микробиоты.

**Выводы.** Мы полагаем, что состав комменсалов слизистых оболочек может служить индикатором для выявления ранних стадий заболеваний, в том числе сердечнососудистых и ожирения. Направленная коррекция микробных сообществ имеет перспективу практического применения.

Работа финансируется ЕС РП 7 Тема: 2: «Пища, сельское, рыбное хозяйство и биотехнологии», проектное соглашение № 227118.

## 7. Особенности патологии гепатобилиарной системы у детей с метаболическим синдромом

Бокова Т.А., Урсова Н.И.

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

**Цель:** изучение состояния гепатобилиарной системы у детей с ожирением и метаболическим синдромом (МС).

**Материалы и методы.** Обследованы 200 детей с ожирением в возрасте от 3 до 16 лет: 102 мальчика и 98 девочек. У 53% детей определялись признаки МС (ВОЗ, 1999). Неалкогольная жировая болезнь печени (НЖБП) диагностирована у 54% детей, у 17% из них отмечалось повышение уровня аминотрансфераз (АЛТ, АСТ) в 1,5 и более раз, что свидетельствовало о течении стеатогепатита. У 41% выявлены изменения (утолщение и/или уплотнение) стенки ЖП. У 4% обнаружены камни, а у 2% – билиарный сладж в ЖП. Еще у 18% больных определялось много рыхлого осадка в полости ЖП.

Выявлена положительная корреляция между НЖБП и МС ( $r=0,37$  при  $p<0,05$ ). У больных с НЖБП в отличие от детей без нее был выше уровень АЛТ –  $(45,1\pm 10,8)$  ЕД/л и  $(23,01\pm 11,1)$  ЕД/л соответственно,  $p<0,05$ , мочевой кислоты –  $(432,1\pm 82,3)$  мкмоль/л и  $(359,1\pm 84,5)$  мкмоль/л,  $p<0,05$ , фибриногена –  $(4,30\pm 0,72)$  г/л и  $(3,47\pm 0,55)$  г/л,  $p<0,05$ , инсулина –  $(163,40\pm 103,18)$  пмоль/л и  $(114,1\pm 80,7)$  пмоль/л,  $p<0,05$  и индекса инсулинорезистентности (НОМА) –  $(5,28\pm 3,74)$  и  $(3,39\pm 1,98)$ ,  $p<0,05$ . Уровень инсулина и НОМА был выше у детей, имеющих изменения стенки ЖП: инсулин у них составил  $(188,4\pm 78,2)$  пмоль/л, у детей с неизменным ЖП –  $(161,0\pm 44,3)$  пмоль/л ( $p<0,05$ ), а индекс НОМА –  $(6,1\pm 0,5)$  и  $(3,9\pm 2,7)$  соответственно ( $p<0,05$ ). НЖБП выявлялась у 70% детей с МС и 35% детей без МС ( $p<0,005$ ). Изменение стенки ЖП выявлены у 46% детей с МС и 35% детей без него, осадок в ЖП – у 21% и 14% соответственно ( $p<0,05$ ).

**Выводы.** Результаты свидетельствуют о этиопатогенетической взаимосвязи патологии гепатобилиарного тракта и метаболического синдрома в детском возрасте.

## 8. Фенотипические и генетические маркеры вирулентности условно патогенных энтеробактерий Бондаренко В.М.

НИИ эпидемиологии и микробиологии им. Н.Ф. Гамалеи, Москва, Россия, e-mail: bvmz@yandex.ru

Этиологическую значимость условно патогенных или оппортунистических микроорганизмов определяют преимущественно с учетом источника их выделения и концентрации в клиническом материале. Однако количественный критерий не является единственно надежным, в связи с чем при обосновании этиологической значимости выделяемых оппортунистических микроорганизмов, в частности, условно патогенных энтеробактерий, следует использовать следующие методические подходы: 1) этиологическую значимость имеют любые изоляты из крови, ликвора, плеврального экссудата, закрытых полостей; 2) популяционный уровень изолятов, выделенных из мочи и трахеобронхиальных смывов в концентрации 104 КОЕ/мл, из ран в концентрации 105 КОЕ/мл, из мокроты и фекалий в концентрации 105 КОЕ/мл и более; наличие комплекса факторов патогенности у выделенных культур по результатам лабораторного тестирования фенотипических свойств и выявления генов вирулентности, ассоциированных с кардинальными факторами патогенности и способности к биоупленкообразованию. Большое значение имеет обнаружение у клинических штаммов-

оппортунистов (бывших комменсалов) «островов» патогенности, кластерный характер генов которых обеспечивает передачу не только структурных генов, но и генов-регуляторов. Локализация генов ОП в составе транспозонов, плазмид и бактериофагов, наряду с фланкированием геномов ОП генами тРНК, предполагает возможность приобретения и экспрессии кластеров генов вирулентности, фланкированных прямыми повторами ДНК, бактериями разных видов и родов.

## 9. Перспективные аспекты лечения стрессовых язв желудка

Боровик И.О., Корильчук Н.И., Боцок Н.Е., Рябоконе С.С. Тернопольский ГМУ им. И.Я. Горбачевского, Украина

**Цель исследования:** экспериментально обосновать эффективность применения лиофилизированных ксенодермотрансплантатов (ЛКДТ) в лечении язвенной болезни.

**Материал и методы.** В эксперименте были использованы 24 половозрелых крысы-самца весом от 120 до 200 г, которые были разделены на 2 группы. Первая группа – 12 интактных животных, вторая группа – 12 исследуемых крыс со смоделированной стрессовой язвой. Стрессовую язву вызывали с помощью шести-часовой фиксации крыс.

**Результаты.** У всех животных со смоделированной острой язвой наблюдалось поражение слизистой оболочки (СО) желудка. При этом в желудке в среднем насчитывали  $(9,7\pm 0,6)$  эрозий. Также наблюдались язвы. Площадь последних составляла  $(7,9\pm 0,5)$  мм<sup>2</sup>. Отмечено полнокровие СО желудка с кровоизлияниями. Некоторые из кровоизлияний были массивными, а их количество при этом составляло  $(7,6\pm 0,4)$ . Площадь кровоизлияний равнялась  $(11,8\pm 0,7)$  мм<sup>2</sup>.

Применение порошка с ЛКДТ приводило к уменьшению величины исследуемых морфологических параметров. Так, в группе животных, получавших порошок с ЛКДТ, глубина крипт уменьшилась с  $(250,3\pm 3,6)$  мкм до  $(203,6\pm 4,2)$  мкм, то есть на 18,6%, а ширина на 12%. В то же время исследованные морфометрические характеристики СО двенадцатиперстной кишки не достигали контрольных величин и существенно от них отличались ( $p<0,05$ ). Все это свидетельствует о том, что несмотря на положительное влияние корректирующего фактора, он не привел к полной нормализации состояния СО исследуемых органов.

**Выводы.** Экспериментальными исследованиями на животных доказано положительное влияние ЛКДТ в виде порошка на заживление стрессовых язв желудка.

## 10. Морфологические изменения при синдроме раздраженного кишечника и воспалительных заболеваний кишечника

Ботина А.В., Майоров Е.Е., Чистякова Н.Я., Машек А.Ч. СПбГМУ им. акад. И.П. Павлова, СПбГМА им. И.И. Мечникова, Санкт-Петербург, Россия

**Цель исследования:** морфологическая характеристика биоптатов при синдроме раздраженного кишечника (СРК), болезни Крона (БК), язвенном колите (ЯК).

**Материал и методы.** Материалом послужили 60 колонобиоптатов от 30 больных. На основании клинической картины были выделены 3 группы: 1 – СРК (10), 2 – ЯК (10), 3 – БК (10). Препараты окрашивали гематоксилином и эозином, альциановым синим, проводили обзорную микроскопию.

**Результаты.** В группе СРК у 60% выявлены признаки хронического воспаления с минимальными изменениями слизистой оболочки и эозинофилия как в подвздошной, так и в толстой кишке. В группе ЯК в толстой кишке выявлено хроническое воспаление с диффузным поражением слизистой, криптиты, крипт-абсцессы, базальный плазмцитоз. У 40% нарушена гистархитектоника слизистой оболочки, обнаруживаются villous структуры. В группе БК у 10% не выявлялось значимых структурных изменений слизистой, у 30% пациентов был диагностирован субатрофический илеит с гиперплазией фолликулоподобных лимфоидных образований. У 1 (10%) выявлен гранулематозный илеит. В толстой кишке у 60% диагностирован хронический вялотекущий

колит. У 1 (10%) диагностирован гранулематозный колит. Особенности воспаления: эрозии над фолликулоподобными лимфоидными скоплениями (афты), продуктивные эндо- и панваскулиты. Гистархитектоника слизистой оболочки изменена незначительно, слизееобразование сохранено.

**Выводы.** Морфологическое исследование множественных биоптатов от пациентов с подозрением на СРК и ВЗК должно входить в алгоритм диагностики этих заболеваний.

### 11. Нарушение репродуктивной функции у женщин, страдающих глютенчувствительной целиакией

Быкова С.В., Парфенов А.И., Сабельникова Е.А.,  
Гудкова Р.Б.  
ЦНИИ гастроэнтерологии, Москва, Россия

Нередко у больных глютенчувствительной целиакией (ГЦ) наблюдаются бесплодие, невынашивание беременности и другие репродуктивные расстройства.

**Цель исследования:** установить характер и частоту нарушений репродуктивной функции у женщин с ГЦ.

**Материалы и методы.** Обследованы 105 женщин с ГЦ (77 из них имели синдром нарушенного всасывания II или III степени). Всем больным проводилось клиническое обследование с подробным сбором акушерско-гинекологического анамнеза, ЭГДС с биопсией и гистологическим исследованием биоптатов из тонкой кишки, определение в сыворотке крови антител к глиадину, тканевой трансглутаминазе. Группу сравнения составили 73 женщины с функциональной патологией кишечника (СРК с диареей или запором).

**Результаты.** У больных ГЦ средний возраст начала менструаций составил  $(14,5 \pm 1,4)$  года, а в группе сравнения –  $(13,2 \pm 1,3)$  года. Достоверно чаще нерегулярность менструального цикла наблюдалась у больных ГЦ (70%), чем в группе сравнения (15,7%), ( $p < 0,001$ ). Однако периоды аменореи одинаково часто наблюдались как среди больных ГЦ, так и в группе сравнения (28% и 14,2% соответственно). Чаще, чем в группе сравнения, у больных ГЦ отмечалось самопроизвольное прерывание беременности (у 18,5% и 44% соответственно,  $p < 0,0001$ ). Первичным бесплодием чаще страдали больные целиакией, чем больные с функциональными заболеваниями кишечника (16% и 7,1% соответственно,  $p > 0,05$ ). Частота рождения мертвых детей была одинакова как среди больных целиакией, так и среди больных СРК (2% и 4,2% соответственно).

**Выводы.** У больных целиакией чаще, чем у больных с функциональными заболеваниями кишечника, наблюдаются нарушения менструального цикла, самопроизвольное прерывание беременности и бесплодие. В докладе обсуждается возможная связь репродуктивных расстройств с мальабсорбцией нутриентов и аутоиммунными нарушениями.

## В

### 12. Значение лептина при патологии органов пищеварения у детей

Варначева Л.Н., Лаврова А.Е., Коркоташвили Л.В.,  
Спиридонова А.В., Галова Е.А.  
Нижегородский НИИ детской гастроэнтерологии, Россия

**Цель исследования:** оценить патогенетическую роль лептина у детей с патологией пищеварительного тракта.

**Материал и методы:** 85 детей в возрасте от 3 мес до 13 лет с патологией органов пищеварения, из них 13 с ожирением II ст. Методы: клинические, гастроэнтерологические, биохимические, метод ИФА с наборами для определения лептина и инсулина.

**Результаты.** Значения лептина при избыточной массе тела составили  $(8,6 \pm 3,0)$  нг/мл и были выше, чем у пациентов, отстающих в физическом развитии –  $(1,3 \pm 0,1)$  нг/мл,  $p < 0,05$ , и находились в прямой корреляции с ИМТ ( $0,4981$ ,  $p = 0,030$ ), в обратной – с массой при рождении ( $-0,4585$ ,  $p = 0,048$ ). Из заболеваний гепатобилиарной системы содержание лептина было выше при хроническом холецистите –  $(7,2 \pm 1,9)$  нг/мл, чем при аномалиях и дисфункциональных расстройствах билиарного тракта ( $2,7 \pm 0,5$ ) нг/мл,  $p < 0,05$ ,

гепатитах неинфекционной этиологии –  $(2,8 \pm 0,5)$  нг/мл,  $p < 0,05$ , циррозе ( $1,8 \pm 0,8$ ) нг/мл,  $p < 0,05$  и врожденных метаболических заболеваниях печени ( $1,6 \pm 0,6$ ) нг/мл,  $p < 0,01$ . Гиполептинемия выявлена при хроническом энтерите –  $(1,4 \pm 0,4)$  нг/мл при сравнении с эзофагогастродуоденальной патологией –  $(5,4 \pm 1,1)$  нг/мл,  $p < 0,01$ . Гиперинсулинемия при первичном исследовании отмечена у 9 детей в возрасте от 1 года до 12 лет –  $(12,3 \pm 0,7)$  мкМЕд/мл, стабильной (от 12,10 до 19,10 мкМЕд/мл) она оказалась у одной девочки 10 лет с ожирением, стетогепатитом, гиперлиппротеинемией IV типа, с нарастанием значений лептина от 37,12 до 43,59 нг/мл, без нарушения толерантности к глюкозе.

**Заключение.** Метаболический синдром выявлен у 1 ребенка на основании стабильной гиперинсулинемии, гипертриглицеридемии и гиперлептинемии. Для гиполептинемии характерно отставание в физическом развитии.

### 13. Дифференциальная диагностика и алгоритм терапии пилороспазма у детей раннего возраста

Васечкина Л.И., Наливкин А.Е., Тюрина Т.К.,  
Полянская З.И.  
МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского, Москва, Россия

Одной из пограничных проблем, решаемых совместно специалистами разного профиля, является диагностика и адекватное лечение функциональных расстройств органов пищеварения (ФНОП) у детей. По нашим данным, доля ФНОП у детей раннего возраста в соматическом отделении составила 40%, а в хирургическом отделении – от 14% до 25% в структуре всех заболеваний желудочно-кишечного тракта.

Синдром срыгивания у детей раннего возраста требует учета анатомических особенностей детского организма и обязательного исключения симптомов тревоги. Дифференциальная диагностика проводилась между функциональными нарушениями органов пищеварения, наследственными болезнями (дисфункция коры надпочечников) и хирургической патологией (аномалии развития верхних отделов желудочно-кишечного тракта, пилоростеноз).

Для диагностики функциональных нарушений учитывались факторы риска родовой травмы: масса ниже 3 кг или выше 3,5 кг, затяжные (более 8 часов) или стремительные (менее 3 часов) роды, кесарево сечение, наличие мышечной дистонии, перелома ключицы. В диагностике пилороспазма решающую роль играла ультразвуковая диагностика. Диагноз пилоростеноза у ребенка до 3 месяцев устанавливался при превышении длины пилорического отдела больше 1 см, а толщины слизистой оболочки менее 3,5 мм.

При установлении диагноза пилороспазма проводилась терапия, включающая спазмолитики, кишечные антисептики, обволакивающие препараты и ферментную терапию (Креон 10 000 МЕ). Включение ферментной терапии в схему лечения позволило добиться более быстрого купирования синдрома срыгивания и начала стабильной прибавки массы по сравнению с контрольной группой.

### 14. Инфекция *Helicobacter pylori* и сахарный диабет у детей

Васильева Ю.А., Кратнов А.Е., Углов Е.С., Макина О.В.  
Ярославская ГМА, Россия

**Целью исследования** являлось изучение влияния инфекции *H. pylori* на состояние компенсации сахарного диабета 1 типа (СД) у детей.

**Материалы и методы.** В исследование были включены 100 детей. Первую группу составили 70 детей с СД в возрасте от 6 до 16 лет. 64 (91,4%) пациента с СД при поступлении в стационар находились в декомпенсированном состоянии. Группу сравнения составили 30 детей в возрасте от 7 до 16 лет без СД, находившиеся в эндокринологическом отделении для обследования. Всем пациентам проводилась фиброэзофагогастродуоденоскопия (ФЭГДС) с визуальной оценкой слизистой оболочки обследуемых отделов желудочно-кишечного тракта, взятием множественных биопсий из антрального, субкардиального отделов желудка и двенадцатиперстной кишки (ДПК).

**Результаты и обсуждение.** Декомпенсация СД при поступлении в стационар ассоциировалась с наличием у детей атрофического

гиперпластического пангастрита и диффузного эрозивного дуоденита. Изучение данных биоптатов слизистой оболочки желудка и ДПК выявило у больных СД хронический выраженный хеликобактер-ассоциированный гастрит с атрофией слизистой оболочки антрального отдела желудка и умеренный дуоденит. По сравнению с группой сравнения, инфицированность *H. pylori* у пациентов с СД преобладала в фундальном отделе желудка. С ростом «стажа» СД нарастала степень обсеменения *H. pylori* слизистой оболочки желудка, а также активность хронического воспалительного процесса во всех отделах желудка и ДПК. Развитие повторной декомпенсации и рост тяжести СД в течение года наблюдения ассоциировались с атрофическим пангастритом на фоне средней степени обсеменения *H. pylori* слизистой оболочки преимущественно фундального отдела желудка.

**Заключение.** Эндоскопические и морфологические данные (ФЭГДС) свидетельствуют о связи между декомпенсацией СД и наличием хеликобактерного атрофического пангастрита у детей.

#### 15. Изменение содержания эпидермального фактора роста в крови у детей с рубцово-язвенной деформацией двенадцатиперстной кишки

Вискова И.Н., Жукова Е.А., Видманова Т.А., Короташвили Л.В.

Нижегородский НИИ детской гастроэнтерологии, Россия

В патогенезе язвенной болезни двенадцатиперстной кишки большое значение имеют нарушения регенерации в гастродуоденальной слизистой оболочке. Поэтому представляет интерес изучение эпидермального фактора роста (ЭФР), который принимает участие в регуляции процессов восстановления тканей, увеличивая пролиферативную активность клеток. Данные об изменении его содержания при различном течении язвенной болезни двенадцатиперстной кишки у детей отсутствуют.

**Цель:** определение уровня ЭФР крови у детей с наличием рубцово-язвенной деформации двенадцатиперстной кишки.

**Материалы и методы.** Наблюдались 32 ребенка (возраст 12-17 лет) с язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки. Всем больным проведено комплексное обследование, включающее эзофагогастродуоденофиброскопию. Содержание ЭФР в сыворотке крови определялось методом ИФА («KNG 0061 EGF», «BSM Diagnostics»). Пациенты были разделены на 2 группы: 1-ю составили 13 детей с рубцовой деформацией луковицы двенадцатиперстной кишки, а 2-ю – 19 человек без такой деформации.

**Результаты.** Установлено, что у детей с рубцовой деформацией луковицы уровень ЭФР в сыворотке крови составил  $(419,6 \pm 50,6)$  пг/мл. Во 2-й группе наблюдаемых его содержание было достоверно выше и равнялось  $(644,2 \pm 62,0)$  пг/мл ( $p < 0,01$ ). Это может указывать на более высокую пролиферативную активность клеток гастродуоденальной слизистой оболочки при отсутствии рубцовой деформации луковицы двенадцатиперстной кишки.

**Выводы.** У детей с язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки выявлено значительное снижение уровня ЭФР в сыворотке крови при наличии рубцовой деформации луковицы относительно пациентов без нее, что необходимо учитывать при ведении больных с указанной патологией.

#### 16. Влияние биоэлементного статуса на формирование воспалительных заболеваний желудка

Власенко М.А., Дударенко С.В., Ушал И.Э., Харламычев Е.М., Яковлева М.В.

Всероссийский центр экстренной и радиационной медицины им. А.М. Никифорова МЧС России, Санкт-Петербург, Россия

**Цель исследования:** оценить особенности биоэлементного статуса при воспалении слизистой оболочки желудка у сотрудников государственной пожарной службы.

**Материалы и методы.** Обследованы 100 человек в возрасте 25-35 лет. Диагноз заболеваний пищеварительной системы верифицирован на основании типичных жалоб, анамнеза, результатов фиброгастроскопии, результатов микроскопии биоптатов желудка, УЗИ брюшной полости. Определение макро- и микроэлемент-

тов (30 элементов) проводилось в волосах и сыворотке крови с помощью метода масс-спектрометрии с индуктивно связанной плазмой. Результаты исследований обрабатывались с помощью статистических программ.

**Результаты исследования.** Выявлены достоверные различия по содержанию кадмия в сыворотке крови между группой лиц с атрофией слизистой оболочки желудка и без атрофии. Установлено, что частота атрофических изменений слизистой оболочки желудка достоверно коррелировала с уровнем кадмия в сыворотке крови ( $p < 0,05$ ). В то же время имела место тенденция к снижению содержания кальция, цинка и йода.

**Заключение.** В результате проведенных исследований выявлено, что накопление кадмия может быть одной из причин атрофии слизистой оболочки желудка, что приводит к нарушению всасывания и усвоения таких жизненно необходимых элементов, как цинк, йод, кальций.

## Г

#### 17. Топический стероид будесонид в терапии ВЗК у детей

Габруская Т.В., Ревнова М.О., Ситкин С.И.

Санкт-Петербургская ГПМА, Россия

Отмечается рост количества больных с воспалительными заболеваниями кишечника (ВЗК), в том числе детей. В основе терапии – подавление патологически активного иммунного ответа за счет препаратов 5-аминосалициловой кислоты, глюкокортикостероидов (ГКС), иммунодепрессантов и биологической терапии. ВЗК у детей характеризуются большей активностью, агрессивным течением, чаще, чем у взрослых, требуется назначение ГКС. Основными проблемами терапии ГКС являются побочные явления, гормонозависимость и гормонорезистентность. Весьма актуально более широкое внедрение в клиническую практику топических стероидов (будесонида). Будесонид характеризуется высокой аффинностью к специфическим рецепторам ГКС, что обеспечивает целенаправленное местное воздействие, а также высокую степень метаболизма (90%) при первом прохождении через печень, что резко снижает частоту развития побочных явлений. Общепризнанным является назначение 9 мг будесонида в день в течение 8-12 недель при болезни Крона с илеоцекальной локализацией при слабой или умеренной степени активности. В то же время изучаются другие режимы назначения препарата. Проведены исследования с участием детей с ВЗК с более длительным применением будесонида, в которых показаны преимущества в виде достижения как лечебного, так и противорезидивного эффекта. Обсуждается возможное повышение дозы будесонида, в том числе и у детей, что позволит увеличить частоту наступления клинической ремиссии без увеличения частоты развития побочных явлений. Разработана схема одновременного комбинированного назначения оральных ГКС и будесонида.

Топический кортикостероид будесонид благодаря направленному действию занимает важное место в терапии ВЗК, в том числе и у детей. Ведется поиск новых схем назначения этого препарата, что может способствовать более широкому использованию его в педиатрической практике.

#### 18. Особенности продукции муцинов карциномами желудка

Гаганов Л.Е., Корсакова Н.А.

МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского, Москва, Россия, e-mail: leo-gann@mail.ru.

**Цель исследования:** изучение и сравнение иммуногистохимической (ИГХ) экспрессии муцинов (MUC) 1, 5AC, 6 и 2 типов в карциномах желудка, развившихся в кардиальном, фундальном и антральном отделах и переходных зонах между ними вне зависимости от гистологического типа опухоли.

**Материалы и методы:** операционный материал 55 гастрэктоми, выполненных по поводу рака (возраст пациентов 27-75 лет, м/ж – 30/25); ИГХ исследование по стандартной методике. Экспрессия оценена по количеству иммунореактивных клеток на 100 учтенных при увеличении  $\times 400$ . Статистическая обработка – «SigmaPlot 11.0».

**Результаты.** Показатели экспрессии муцинов в карциномах разных отделов желудка неоднородны. Наиболее частым экспрессируемым муцином является MUC1, наиболее редким – MUC2 ( $p < 0,001$ ). Наибольшее количество опухолевых клеток экспрессировали MUC1 (высокая иммунореактивность), наименьшее – MUC2 (низкая иммунореактивность) ( $p < 0,001$ ). Карциномы фундального отдела чаще, чем других отделов желудка, экспрессировали MUC1, реже – MUC5, MUC6 и MUC2 ( $p < 0,001$ ). Различия в экспрессии муцинов между карциномами антрального отдела и переходных зон I и II были незначительными (соответственно  $p = 0,035$ ,  $p = 0,57$ ;  $p = 0,053$ ). Наибольшая иммунореактивность к муцинам наблюдалась в карциномах, развившихся на границах анатомических отделов (для каждого из муцинов  $p < 0,001$ ). Частота и интенсивность экспрессии муцинов не зависела от глубины инвазии опухоли.

**Заключение.** Представлены результаты фрагмента комплексного исследования оценки инвазивных свойств и прогноза карцином разных отделов желудка. Предполагается, что показатели продукции муцинов коррелируют с иммунофенотипом опухоли (определенный набор кератинов), экспрессией молекул адгезии (E-кадгерин) и пролиферативной активностью.

#### 19. Гепатозащитные свойства диет, содержащих соевые белки

Гапонова Л.В., Кузьмин В.Г., Хныченко Л.К.,  
Полежаева Т.А., Матвеева Г.А.

Всероссийский научно-исследовательский институт жиров,  
Санкт-Петербург, Россия

**Цель исследования:** изучить гепатозащитные свойства соевого белка Супро 2725, соевого молока и соевых коктейлей на модели хронического гепатита у животных и в терапии вирусных гепатитов А, В, С у детей.

**Материалы и методы, результаты.** В экспериментах на крысах изучали лечебное действие соевых белков при токсическом хроническом гепатите, вызванном введением четыреххлористого углерода. Это обусловлено тем, что белки сои обладают выраженной способностью стимулировать процессы репаративной регенерации. Результаты исследования показали, что добавленные к стандартному рациону животных соевое молоко и соевый изолят Супро 2725 из расчета 2 г белка/1 кг восстанавливали нарушенные обезвреживающую и пигментообразовательную функции печени, а также истощенные запасы гликогена в гепатоцитах. Морфологическое исследование выявило картину перехода активного хронического гепатита в латентно текущий персистирующий гепатит с выраженными адаптивными и регенераторными процессами. Отчетливое снижение интенсивности и распространенности дистрофических и некротических процессов коррелировало с проявлениями адаптации и регенерации. В клинических исследованиях под наблюдением находились 75 детей в возрасте от 3 до 14 лет, больных вирусным гепатитом. В опытной группе, получавшей соевые продукты, и в контрольной сопоставляли клинико-биохимические показатели болезни до и после завершения приема соевых напитков. У больных с легкой и среднетяжелой формой гепатита А и В в процессе приема соевых напитков отмечалась постепенная обратная динамика клинических симптомов – исчезали слабость, тошнота, рвота, боли в животе. К концу 2-й недели приема соевого молока и соевых коктейлей для легкой формы печень пальпировалась практически в границах нормы и определялась лишь краевая иктеричность склер.

#### 20. Влияние дицетела на моторно-тонические нарушения желудочно-кишечного тракта у больных с дискинезиями двенадцатиперстной кишки

Голованова Е.С., Никитин В.В.

Пермская ГМА им. Е.А. Вагнера, Россия

**Цель:** выявить особенности влияния однократного и курсового приема дицетела на моторно-тонические нарушения верхних отделов желудочно-кишечного тракта (ВО ЖКТ) у больных с дискинезиями двенадцатиперстной кишки (ДПК).

**Материалы и методы.** У 30 больных с дискинезиями ДПК оценивались моторно-тонические и эвакуаторные нарушения ВО ЖКТ с использованием модифицированной нами полипозиционной рентгенологической методики и дополнительных приемов, особенности 7 сфинктеров ДПК, их длина и ширина, частота и длительность рефлюксов. Для выявления особенности действия дицетела применялись фармакологические пробы с однократным приемом его по 50 мг (1 таблетка) внутрь, а также оценивались результаты курсового лечения по 50 мг 3 раза в день в течение 2-3 месяцев (20 больных).

**Результаты.** Смешанные варианты дискинезий (гипермоторно-гипертонические, гипомоторно-гипертонические или гипермоторно-гипотонические) выявляются в 58% случаев в пищеводе, желудке, ДПК, а в 42% – изолированные гипертонически-гипермоторного типов в сочетании с разными рефлюксами: гастроэзофагеальным, бульбо- и дуоденогастральным, дуоденобульбарным и дуоденальным, еонодуоденальным (ГЭР, ДГР, БГР, ДБР, ДДР, ЕДР). Примерно у 2/3 обследованных повышение тонуса желудка сочетается со спазмом привратника, а в 33% случаев из них – с недостаточностью кардии и ГЭР. Зияние пилорического сфинктера наблюдается в 25% всех случаев. Спазм сфинктеров ДПК способствует появлению разнообразных сочетаний ДГР, БГР, ДБР, ДДР у 3/4 больных. Как однократный прием дицетела, так и курсовой его прием помимо выраженного клинического эффекта ( $p < 0,05$ ) у большинства (75%) больных устраняет или уменьшает выраженность гипертонуса и гиперкинеза всех сфинктеров и межсфинктерных частей ДПК, гипокинеза различных участков ВО ЖКТ, расположенных выше мест спазмов сфинктерного аппарата, а также купирует рефлюксы ( $p < 0,05-0,01$ ).

**Выводы.** Однократный и курсовой прием дицетела оказывает модулирующий эффект на дискинезии ВО ЖКТ.

#### 21. Возможности дицетела в коррекции вегетативной дисфункции у больных с дискинезиями двенадцатиперстной кишки

Голованова Е.С., Никитин В.В.

Пермская ГМА им. Е.А. Вагнера, Россия

**Цель:** выявить особенности влияния однократного и курсового приема дицетела на вегетативную дисфункцию у больных с дискинезиями двенадцатиперстной кишки (ДПК).

**Материалы и методы.** У 30 больных с дискинезиями ДПК оценивались показатели модифицированной нами кардиоинтервалографии (КИГ) в покое и после проведения функциональных проб, направленных на избирательную стимуляцию симпатического (С), парасимпатического (ПС) и гуморально-метаболического (ГМ) звеньев вегетативной регуляции как до, так и после однократного и курсового приема дицетела по 50 мг (1 таблетка) внутрь и по 50 мг 3 раза в день в течение 2-3 месяцев (20 больных) соответственно.

**Результаты.** У большинства пациентов (70%) преобладают парасимпатические влияния в исходном вегетативном тоне, а у остальных – эйтония. Вегетативная реактивность при преимущественной стимуляции ПС и С звеньев отчетливо снижается у 96% обследуемых больных и в 58% случаев – при преимущественной стимуляции ГМ звена, что свидетельствует о перенапряжении и истощении механизмов, компенсирующих деятельность С звена вегетативной нервной системы (ВНС), а также механизмов центрального энергообеспечения. Математический анализ кардиоциклограмм ортостатической пробы выявляет значительные сдвиги адапционно-компенсаторных возможностей, что подтверждает перенапряжение центрального контура ВНС (повышение абсолютных значений показателей амплитуды моды и индекса напряжения;  $p < 0,01-0,001$ ). Однократный и курсовой прием дицетела внутрь способствуют оптимизации показателей вегетативной реактивности и вегетативного обеспечения различных форм деятельности в функциональных пробах у 75% больных, а у 25% – их нормализации, что объясняется улучшением деятельности ПС и С звеньев ВНС. Наблюдается положительная динамика показателей, свидетельствующих об улучшении функционирования центрального контура нервной регуляции.

**Выводы.** Однократный и курсовой прием дицетела оказывает модулирующий эффект на дисфункцию звеньев ВНС.

**22. Фекальный кальпротектин – количественный биомаркер реакции «трансплантат против хозяина» (РТПХ) ЖКТ после аллогенной трансплантации гемопоэтических стволовых клеток крови**  
 Голощапов О.В.<sup>1</sup>, Суворова М.А.<sup>2</sup>, Вавилов В.Н.<sup>1</sup>, Клементьева Р.В.<sup>1</sup>, Зубаровская Л.С.<sup>1</sup>, Афанасьев Б.В.<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>СПбГМУ им. акад. И.П. Павлова, ИДГиТ им. Р.М. Горбачевой, <sup>2</sup>Научно-исследовательская лаборатория «Диагностика», Санкт-Петербург, Россия

**Цель исследования:** определить диагностическую ценность фекального кальпротектина как биомаркера РТПХ ЖКТ после аллогенной трансплантации гемопоэтических стволовых клеток крови (ТСКК).

Частота развития реакции трансплантата против хозяина (РТПХ) после аллогенной ТСКК достигает 50%.

Обследованы 32 пациента после аллогенной трансплантации гемопоэтических стволовых клеток крови. Всего проведено 77 исследований образцов стула для выявления уровня фекального кальпротектина (ФК). Уровень ФК был значительно выше в образцах стула у пациентов с острой и хронической РТПХ желудочно-кишечного тракта. Для определения ФК использован метод иммуноферментного анализа (ИФА).

У пациентов с РТПХ ЖКТ (n=17) средний уровень ФК на момент диагностики был 199,08 мкг/г (минимум 11,24 мкг/г, максимум 500 мкг/г). У пациентов без РТПХ ЖКТ (n=15) уровень ФК был отрицательный, не более 4 мкг/г. В 20 случаях, у пациентов с диареей, проведена колоноскопия и биопсия слизистой толстой кишки. Специфичность метода составила 97,8%, чувствительность – 94%. Корреляция ФК с данными колоноскопии  $r=0,0003$ , ФК с результатами биопсии –  $r=0,0001$ .

Таким образом, метод определения ФК оказался чувствительнее и специфичнее, чем колоноскопия. С помощью уровня ФК можно корректировать иммуносупрессию и улучшить качество терапии РТПХ ЖКТ. Мы полагаем, что ФК – новый перспективный количественный биомаркер острой и хронической РТПХ ЖКТ, который позволяет проводить скрининг у пациентов после ТГСКК до проведения инвазивных методов диагностики.

**23. Динамика показателей липидного обмена у детей с эндокринной патологией на фоне комплексного лечения**

Гончар Н.В.<sup>1</sup>, Удалова А.Н.<sup>2</sup>, Власова М.В.<sup>2</sup>  
<sup>1</sup>Военно-медицинская академия, <sup>2</sup>ДГБ № 1, Санкт-Петербург, Россия

**Цель исследования:** оценка влияния комплексной терапии на показатели липидного обмена у эндокринологических больных со стеатогепатозом.

**Материал и методы.** В эндокринологическом отделении стационара наблюдали 19 больных в возрасте (14,3±2,9) года (M±σ): мальчиков 7, девочек 12. Преобладали пациенты с сахарным диабетом I типа в стадии декомпенсации – 15 детей (78,9%). Приобретенный гипотиреоз диагностирован у 2 (10,5%). Ожирение II-III ст. тяжести имело место у 2 детей (10,5%). Стеатогепатоз устанавливали на основании клинических и ультразвуковых критериев. В динамике с интервалом 2 недели оценивали уровень холестерина, беталипипротейдов, триглицеридов сыворотки крови. Комплексная терапия наблюдаемых пациентов включала диету, гепатопротекторы липотропного действия, поливитамины.

**Результаты.** Гиперхолестеринемия была выявлена у 17 детей (89,5%), гипербеталипипротейдемия у 15 (78,9%), гипертриглицеридемия у 14 (73,7%). После завершения лечения повышение уровня холестерина отмечено у 2 больных (10,5%), беталипипротейдов – у 2 (10,5%), триглицеридов – у 4 (21%). Под влиянием терапии установлено снижение средних значений (M±m) холестерина с (6,8±0,5) ммоль/л до (5,0±0,2) ммоль/л ( $p<0,01$ ), беталипипротейдов с (74,3±8,0) оптич. ед. до (48,8±4,2) оптич. ед. ( $p<0,01$ ), триглицеридов с (2,6±0,4) ммоль/л до (1,8±0,2) ммоль/л ( $p>0,05$ ).

**Заключение.** Стеатогепатоз при эндокринной патологии у детей сопровождается гиперлипидемией. Компенсация сахарного диабета, эффективное лечение гипотиреоза, ожирения способствовали нормализации холестерина и беталипипротейдов. Отсутствие достоверного снижения триглицеридов было следствием длительной липидемии и недостаточной длительности курса липотропной терапии в стационаре. Повышение показателей липидного обмена у отдельных пациентов можно объяснить тяжестью эндокринной патологии и мобилизацией жира из депо.

**24. Создание напитков на основе вторичного молочного сырья с добавлением меда**

Горшкова С.Б., Забодалова Л.А., Водолазкин А.В.  
 Санкт-Петербургский государственный университет  
 низкотемпературных и пищевых технологий, Россия,  
 e-mail: karat80@list.ru

**Цель исследования:** разработка состава и рецептур напитков на основе вторичного молочного сырья с добавлением меда.

Работа проводилась в два этапа. На первом этапе была экспериментально подтверждена натуральность предложенных образцов меда (гречишный, акациевый, каштановый и мед донника) по диастазной активности, содержанию воды, пыльцевому анализу, кислотности и электропроводности. Из литературных источников известно, что темный гречишный мед наиболее полезен для человека и содержит больше белков и железа, чем белые сорта меда. По результатам исследований был сделан вывод о целесообразности использования гречишного меда при производстве напитков из молочной сыворотки.

На втором этапе исследований были разработаны рецептуры напитков на основе сухого вторичного молочного сырья, экспериментально подобран процент внесения меда в напиток, который составил 7%, поскольку такая концентрация меда подходит по плотности, содержанию сухих веществ в напитках, кислотности и органолептическим показателям.

Также были подобраны наполнители – восстановленный концентрат персикового сока и лимонная кислота в количествах 10% и 0,2% соответственно.

В результате исследований показателей качества в процессе хранения был установлен допустимый срок годности напитков, который составляет 14 суток при температуре (4±2)°С.

Рассчитана энергетическая ценность напитков – 41,2 ккал.

Разработана технологическая линия производства напитков, пригодная для эксплуатации в районах крайнего Севера, где наблюдается недостаток молочного сырья.

**25. Активность мембранных пищеварительных ферментов в кишечнике крыс при введении лактобацилл L65**

Громова Л.В.<sup>1</sup>, Боршев Ю.Ю.<sup>1</sup>, Ермоленко Е.И.<sup>2</sup>, Груздков А.А.<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>Институт физиологии им. И.П. Павлова РАН, <sup>2</sup>Институт экспериментальной медицины, Санкт-Петербург, Россия,  
 e-mail: lvgrom53@rambler.ru

**Цель:** исследование активности пищеварительных ферментов в слизистой оболочке и в химусе различных отделов кишечника у здоровых крыс после применения *Lactobacillus fermentum Z*.

**Материал и методы.** В работе использован штамм *L. fermentum Z* с выраженными антимикробными свойствами, выделенный из организма здорового человека (патент, изобр. № 2008133794 от 15.08.2008). У крыс Вистар (самцы) определяли активность ферментов (мкмоль/мин/см и мкмоль/мин/г) после введения внутривентрикулярно *L. fermentum Z* (8 Ig КОЕ/мл в объеме 0,5 мл/день) в течение 7 дней (гр. А1) и 14 дней (гр. А2); молока (0,5 мл/день) в течение 7 и 14 дней (группы К1 и К2 – контрольные).

**Результаты.** Через 7 и 14 дней опыта масса тела крыс возросла во всех группах, но в группе А2 в меньшей степени, чем в К2. Масса слизистой оболочки (мг/см) в группах А1 и А2 не изменилась по сравнению с К1 и К2. Активность мальтазы была ниже в группе А1, чем в К1 в слизистой оболочке подвздошной и толстой кишки; щелочной фосфатазы – в слизистой оболочке под-

вздошной кишки. В группе А2 активность мальтазы и щелочной фосфатазы в химусе тощей кишки были ниже, чем в группе К2. Активность аминопептидазы М была выше в группе А1, чем в К1 в химусе подвздошной кишки и ниже в группе А2, чем в К2 в слизистой оболочке подвздошной и толстой кишки, а также в химусе подвздошной кишки.

**Выводы.** Применение *L. fermentum* Z per os в течение 7 и 14 дней в основном снижает активность исследованных ферментов, участвующих в мембранном пищеварении, в нижних отделах кишечника (подвздошная и толстая кишка), а также одноименных ферментов, участвующих в полостном пищеварении (частично ассоциированном с бактериальной флорой), в верхних и нижних отделах кишечника.

Работа поддержана ОБН РАН-2010.

## 26. Взаимосвязь аутоиммунных реакций со структурными изменениями пищевода при ГЭРБ

Гудкова Р.Б., Потапова В.Б, Звенигородская Л.А.

ЦНИИ гастроэнтерологии, Москва, Россия

**Цель исследования:** сопоставить аутоиммунные реакции со структурными изменениями слизистой оболочки (СО) пищевода при гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (ГЭРБ).

**Материал и методы.** В крови 35 больных ГЭРБ определяли содержание аутологических антител к париетальным клеткам желудка (АТ к  $H^+/K^+$ -АТФазе париетальных клеток) (DRG, Diagnostics). СО пищевода исследована у 12 больных ГЭРБ. Биоптаты получены при диагностической эзофагоскопии и были фиксированы глутаральдегидом и осмием. Исследовались одномикронные срезы при 600-кратном увеличении.

**Результаты.** У 18 больных выявлена повышенная циркуляция АТ к  $H^+/K^+$ -АТФазе с индивидуальными колебаниями концентрации от 19 до 61 Ед./мл (в контроле – 10 Ед./мл). Максимальная концентрация определялась у больных ГЭРБ на фоне метаболического синдрома и атрофического гастрита. Увеличенная циркуляция АТ обусловлена или антигенной активностью, или под влиянием патогенных факторов. В СО пищевода отмечается дистрофический процесс, проявляющийся отделением эпителиального пласта от базальной мембраны. В поверхности эпителия выявлена различная степень ороговения и отслойка ороговетших частей. Процесс ороговения с образованием зерен или гомогенных масс кератогиалина наблюдается в эпителиоцитах глубоких отделов шиповатого слоя. Выявлены своеобразные формирующиеся сосочки, имеющие очень узкие инвагинации субэпителиального слоя, незначительно расширенные в апикальном отделе. Апикальные части сосочков обособляются и превращаются в структуры сферической формы, состоящие из эпителиоцитов с признаками дистрофии – вакуолизация и уплотнение цитоплазмы, пикноз ядер. В толще эпителия сферические образования накапливаются (до 10 в поле зрения), что свидетельствует о замедлении их миграции к поверхности СО.

**Выводы.** При ГЭРБ развивается аутоиммунный процесс. В СО пищевода дистрофический процесс в эпителии проявляется нарушением ороговения и ослаблением связи с собственной пластинкой. Замедлена миграция сформированных сосочков и усилен дистрофический процесс.

## Д

### 27. Содержание фактора некроза опухоли альфа у больных ревматоидным артритом с гепатомегалией

Данилова Т.Г., Пачкунова М.В.

Ярославская ГМА, Россия

**Цель:** изучить содержание фактора некроза опухоли альфа (TNF- $\alpha$ ) крови у больных ревматоидным артритом (РА) с гепатомегалией и динамику его после фармакотерапии.

**Материал и методы.** Обследованы 24 пациента с РА, у которых диагноз соответствовал критериям Американской коллегии ревматологов 1987 года. Средний возраст больных составлял (52,1 $\pm$ 2,4) года, длительность заболевания – (3,6 $\pm$ 0,80) года. У

всех пациентов имелись системные проявления заболевания. II и III степени активности РА были выявлены у пациентов в равной мере – по 50%. Все пациенты были серопозитивными по ревматоидному фактору. II рентгенологическая стадия определена в 66,6% случаев, III – 25%. Пациенты были разделены на 2 репрезентативные группы по 12 человек. У пациентов 1 группы по данным клинического и ультразвукового исследования была выявлена гепатомегалия, у пациентов 2 группы имелись системные проявления заболевания в виде лимфаденопатии, ревматоидных узелков, васкулита сосудов кожи, но без увеличения печени. Группу контроля составили 25 здоровых доноров. У всех пациентов определяли TNF- $\alpha$  крови методом твердофазного иммуноферментного анализа в динамике при поступлении и через 4 недели комбинированной терапии диклофенаком в дозе 150 мг/сут и преднизолоном 10 мг/сут.

**Результаты.** У больных РА по сравнению со здоровыми имело место увеличение содержания TNF- $\alpha$  крови в 3 раза. В 1-й группе по сравнению со 2-й определена тенденция к увеличению уровня TNF- $\alpha$  в 1,5 раза ( $p > 0,05$ ). После проведенной терапии на фоне клинико-лабораторного улучшения в 1-ой группе определена тенденция к снижению содержания TNF- $\alpha$  на 11,61% ( $p > 0,05$ ), во 2-й группе определено достоверное снижение уровня TNF- $\alpha$  на 34,8% ( $p < 0,05$ ). В 1-й группе по сравнению со 2-й после лечения зафиксировано достоверное увеличение TNF- $\alpha$  в 2 раза ( $p < 0,05$ ).

**Выводы.** Таким образом, у больных РА с гепатомегалией по сравнению с пациентами без нее имеет место тенденция к увеличению содержания ключевого провоспалительного фермента – TNF- $\alpha$ . Уровень TNF- $\alpha$  у пациентов с увеличением печени после лечения достоверно снижался в меньшей степени по сравнению с больными без гепатомегалии.

### 28. Казуистический случай калькулеза желчного пузыря

Довгий И.Г., Казакевич В.В., Казакевич Н.В.

Дальневосточный ГМУ, ГКБ № 11, Хабаровск, Россия

Больная 44 лет поступила 14.07.2008 с жалобами на боль приступообразного характера в правом подреберье.

Клинический диагноз: острый флегмонозный калькулезный холецистит.

**Status praesens:** Общее состояние удовлетворительное. Нормостеническое телосложение, удовлетворительного питания. Костно-суставной аппарат без деформаций. Субиктеричность склер, кожные покровы физиологичной окраски, периферические лимфоузлы не увеличены, пульс 78 в минуту, ритмичный, АД 120/80 мм рт. ст. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца громкие, границы сердца в норме. Среди сопутствующих заболеваний: МКБ, ремиссия.

**Status chirurgicus:** Язык обложен белым налетом, влажный. Живот правильной формы, не вздут. При пальпации отмечается болезненность в правом подреберье, положительный симптом Орнера справа, в других отделах живот мягкий.

Соматических противопоказаний к оперативному лечению нет.

**Заключение по УЗИ:** ЖКБ. Признаки гепатоза. Диффузные изменения паренхимы pancreas.

Анализ крови общий: Сдвиг формулы влево, ускорение СОЭ.

Биохимический анализ крови: Без патологических изменений.

Была проведена операция: лапароскопия, лапароскопическая холецистэктомия.

В ходе операции был обнаружен расширенный желчный проток 0,4 см. При вскрытии желчного пузыря был обнаружен коричневый камень 2 $\times$ 1,5 см, легко крошащийся, внутри камня было обнаружено яблочное семечко.

Предположительно попадание семечка в желчный пузырь возможно при повышенном интрадуоденальном давлении и расширенном желчном протоке. Формирование камня и флегмонозного воспаления объясняется последующим присоединением инфекции и изменением химизма желчи.

Обзор русскоязычной и зарубежной литературы показал, что подобных случаев формирования ЖКБ описано не было.



**29. Морфогистохимические изменения почек при экспериментальном желчном перитоните**

Долгов В.Н., Терещенко О.А., Боташев А.А.,  
Багдасарьян А.С., Петросян Э.А.  
Кубанский ГМУ, Краснодар, Россия,  
e-mail: superego\_ksmu@mail.ru

**Цель исследования:** изучить морфогистохимические изменения в почках у животных с экспериментальным желчным перитонитом. У животных с 24-часовым желчным перитонитом определялся отек капсулы Шумлянско-Боумена. В корковом и мозговом веществе почки определялось полнокровие сосудов, стазы, агрегация эритроцитов, в капиллярах выявлялись эритроцитарные и гиалиновые тромбы, а также различной степени выраженности кровоизлияния в тубулярную ткань. Эпителий извитых канальцев находился в состоянии белковой и гиалиново-капельной дистрофии с участками некроза и некробиоза. Встречались канальцы, в которых вследствие десквамации эпителия не определялся просвет. В паренхиме почки наблюдалась выраженная полиморфно-клеточная инфильтрация с преобладанием нейтрофильных гранулоцитов. При гистохимическом исследовании в отдельных капиллярах клубочков выявлялись гиалиновые тромбы, вакуольная дистрофия. В просвете канальцев определялись гиалиновые цилиндры, дающие положительную реакцию на «зрелый» фибрин. Стенки сосудов и почечных канальцев находились в состоянии фибриноидного пропитывания с отложением «зрелого» фибрина.

Таким образом, у животных с 24-часовым желчным перитонитом обнаружена картина, характеризующаяся альтеративными и сосудисто-экссудативными проявлениями в виде отека межтубулярной ткани почки, лейкоцитарной инфильтрацией стромы, очаговыми дистрофическими и некробиотическими изменениями, расширением и полнокровием сосудов, различной степени выраженности кровоизлияниями, стазами, агрегацией эритроцитов, эритроцитарными и гиалиновыми тромбами в просветах капилляров, что свидетельствовало о наличии гемокоагуляционных расстройств, имеющих гиперкоагуляционную направленность.

**30. Морфометрические изменения параметров структур почек при лечении экспериментального желчного перитонита**

Долгов В.Н., Терещенко О.А., Боташев А.А.,  
Багдасарьян А.С., Петросян Э.А.  
Кубанский ГМУ, Краснодар, Россия,  
e-mail: superego\_ksmu@mail.ru

**Цель исследования:** изучить морфометрические изменения параметров структур почки при лечении животных с экспериментальным желчным перитонитом.

Морфометрическое исследование животных с 24-часовым желчным перитонитом (ЖП) выявило достоверное увеличение среднего размера (СР) и объемной доли (ОД) «зрелого» фибрина, что является проявлением эндотелиальной дисфункции почки. На 1-е сутки лечения в группе сравнения, где использовали санацию брюшной полости и инфузии физраствора, наблюдался дальнейший рост СР и ОД «зрелого» фибрина относительно показателей животных с 24-часовым ЖП, в то время как в опытной группе, где применяли инфузии натрия гипохлорита, рост (НГХ) параметров был незначим. Полученные результаты свидетельствуют о прогрессировании гемокоагуляционных расстройств на микроциркуляторном уровне почек в группе сравнения и продолжающейся экспрессии эндотелиальных клеток адгезивных молекул, запускающих процесс свертывания крови и блокаду растворения фибрина. В опытной же группе изменения параметров СР и ОД «зрелого» фибрина были резко замедлены, что может быть обусловлено прерыванием преобразования фибриногена в нерастворимый фибрин НГХ за счет вступления его в реакцию гидроксилации с растворимым фибрин-мономером. В последующие сроки в исследуемых группах отмечалось достоверное снижение морфометрических параметров «зрелого» фибрина относительно показателей животных с 24-часовым ЖП, которое было более значимо в опытной группе, хотя они остава-

лись достоверно высокими относительно этих параметров у контрольных животных. Полученные результаты согласуются с данными гистохимических исследований, которые свидетельствовали о более раннем купировании гемокоагуляционных расстройств под влиянием НГХ.

**31. Альтернативные методы эрадикации *Helicobacter pylori***

Дубцова Е.А., Касьяненко В.И., Комисаренко И.А.,  
Белуцова Н.Л.  
ЦНИИ гастроэнтерологии, Москва, Россия

В экспериментальном исследовании *in vitro* было выявлено, что прополис обладает действием, ингибирующим рост *Helicobacter pylori* (Hр).

**Цель исследования:** определение эффективности антихеликобактерного действия водного экстракта прополиса в клинике.

**Материалы и методы.** Были обследованы 89 больных в возрасте от 16 до 70 лет, страдающих язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки, ассоциированной с Hр, и хроническим хеликобактерным гастритом. Наличие Hр определялось результатами морфологического и цитологического исследований, быстрого уреазного теста, определением антител к Hр и ПЦР в кале. Контроль эрадикации осуществляли через месяц после окончания лечения. Основную группу составили 44 больных, которые в качестве антихеликобактерной терапии получали 30%-й водный экстракт прополиса по 100 мл дважды в день на протяжении 2 недель. Группа сравнения состояла из 45 больных, получавших стандартную антихеликобактерную терапию: кларитромицин 1000 мг/сут и амоксициллин 2000 мг/сут в два приема в течение 7 дней. Группы были сопоставимы по полу и возрасту. В качестве кислотоснижающего препарата все больные получали омепразол 40 мг в сутки в два приема.

**Полученные результаты.** Уровень эрадикации при лечении 30% водным экстрактом прополиса составил 63,6%, в группе сравнения – 91,1%. При лечении прополисом эрадикация наступала в случаях низкой и средней степени обсемененности Hр слизистой оболочки желудка (СОЖ) и сопровождалась снижением титра антител к Hр с 1:160 – 1:320 до 1:40 – 1:80. В остальных случаях (36,4%) отмечалось снижение уровня обсемененности Hр СОЖ с высокого до среднего и низкого, снижения титра антител не наблюдалось.

**Выводы.** При непереносимости больными антибактериальных препаратов или отказе от их приема, в лечении заболеваний, ассоциированных с *Helicobacter pylori*, может быть использован 30%-й водный экстракт прополиса. При этом уровень эрадикации составил 63,6% и зависит от степени обсеменения Hр СОЖ.

**32. Эндоскопическая оптическая когерентная томография в диагностике неоплазий желудка**

Дуванский В.А., Князев М.В., Осин В.Л.  
ГНЦ лазерной медицины ФМБА России, Курс клинической  
эндоскопии РУДН, Поликлиника № 2 МЭР РФ, Москва,  
Россия

**Цель исследования:** оценить эффективность эндоскопической оптической когерентной томографии (ЭОКТ) в диагностике неоплазий желудка.

**Материал и методы.** Эндоскопическая оптическая когерентная томография проведена 45 пациентам при обследовании верхних отделов желудочно-кишечного тракта. При проведении ЭОКТ применяли видеоэндоскоп фирмы «Olympus» Exera GIF 2T160 и оптический когерентный томограф, разработанный в ИПФ РАН (Нижегород). Оптические образы (томограммы) оценивали по нескольким параметрам: яркость томографической палитры на изображении; контраст; характеристики границы; структурность изображения; однородность изображения; слоистость – конкретный вариант структурности; скорость угасания полезного томографического сигнала.

**Результаты.** Визуальные образы, полученные при ОКТ, для нормальной слизистой желудка характеризуются структурным и неоднородным изображением, скорость угасания томографическо-

го сигнала медленная; участки дисплазии слизистой бесструктурны, с сохраненной оптической неоднородностью, скорость угасания томографического сигнала умеренная. ОКТ изображены при раке бесструктурны, однородны, скорость угасания томографического сигнала от умеренной до высокой. Характерными признаками атрофии слизистой оболочки желудка были истончение слизистого слоя, гомогенность строения и визуализация не менее 2 ее слоев. Результаты исследования свидетельствуют, что нормальная и патологически измененная слизистая оболочка желудка на томограммах визуализируется по-разному.

**Выводы.** Полученные результаты свидетельствуют об информативности ОКТ при эндоскопической диагностике неоплазий желудка.

### 33. Иммуногистохимическое исследование вирусных белков в ткани печени при хроническом гепатите В и С

Дуданова О.П., Правдолюбова И.А.  
Петрозаводский государственный университет, Россия

**Целью настоящей работы** явился сравнительный анализ результатов иммуногистохимического исследования вирусных протеинов (ВП) в печени у больных хроническим гепатитом В (ХГВ) и С (ХГС).

**Материалы и методы исследования.** Обследован 21 пациент. Из обследованных 10 были с ХГВ, 11 – с ХГС. В печени определялись NS3 протеин вируса гепатита С (ВГС), ядерный протеин (НВсог) вируса гепатита В (ВГВ) иммуногистохимическим методом («Novocastra» УК). При 40-кратном увеличении в 10 полях зрения подсчитывалось среднее число ВП в гепатоците, количество инфицированных и неинфицированных гепатоцитов (ИГ и НИГ) в состоянии крупнокапельной и мелкокапельной жировой дистрофии (ККЖД, МКЖД), гидропической дистрофии (ГД), с признаками мелкоклеточной и крупноклеточной дисплазии (МКД, ККД).

**Результаты.** При ХГВ количество частиц НВсог протеина в клетке составило (8,25±6,24). Число ИГ в состоянии ГД в 1,8 раза превышало число НИГ в состоянии ГД, и число ИГ с признаками ККД в 4 раза превышало число НИГ с такими признаками. При ХГС число частиц NS3 белка в клетке составляло (11,6±9,2). Уровень ИГ в состоянии ККЖД в 3,7 раза превышал уровень НИГ в таком же состоянии. В отличие от ХГВ число гепатоцитов в состоянии ГД при ХГС не зависело от инфицированности клеток вирусом. Так же, как при ХГВ, при ХГС число ИГ с признаками ККД в 3,3 раза превышало число НИГ с такими признаками.

**Выводы.** По результатам иммуногистохимического исследования при ХГВ инфицированные печеночные клетки чаще, чем неинфицированные, находились в состоянии ГД, а при ХГС – ККЖД. При обеих формах гепатита инфицированные клетки в 3-4 раза чаще имели признаки ККД, чем неинфицированные. Данные факты могут свидетельствовать о непосредственном цитопатическом действии вирусов гепатита В и С на печеночные клетки.

### 34. Неэрозивная рефлюксная болезнь: качество жизни пациента как интегральный критерий эффективности терапии

Душеба Е.Е., Ливзан М.А., Калинина Е.В.  
Омская ГМА (курс гастроэнтерологии последипломного образования), Россия

**Цель исследования:** в когортном проспективном рандомизированном исследовании оценить качество жизни пациентов с неэрозивной рефлюксной болезнью (НЭРБ) в динамике под влиянием различных режимов антисекреторной терапии.

**Материалы и методы исследования:** исследуемую когорту составили 40 страдающих НЭРБ больных в возрасте от 21 года до 58 лет (средний возраст (32±4) года), 27 мужчин и 13 женщин. Проведено общеклиническое обследование пациентов, ЭФГДС, суточная рН-метрия, заполнение опросников качества жизни (визуально-аналоговая шкала (ВАШ), GSRS и SF-36) до и через 4 недели от начала антисекреторной терапии. При соответствии

критериев включения / исключения пациенты были с помощью простой рандомизации методом конвертов разделены на две группы. Больные основной группы получали омепразол 40 мг/сут (20 мг 2 раза в день), а группы сравнения – омепразол 40 мг/сут однократно (утром за 30 минут до завтрака).

**Результаты.** До начала антисекреторной терапии показатели выраженности клинических симптомов, результатов заполнения опросников качества жизни и суточной рН-метрии между группами не отличались. При оценке показателей через 4 недели пациенты основной группы имели более высокие результаты по опросникам качества жизни, а также статистически достоверное снижение эпизодов ночных кислотных прорывов.

**Заключение.** Полученные данные свидетельствуют о более высокой эффективности в купировании симптомов НЭРБ и снижении уровня кислотной продукции при антисекреторной терапии омепразолом 20 мг 2 раза в день в сравнении с однократным приемом той же суточной дозы препарата, при этом показатели качества жизни коррелировали с клиническими данными и показателями суточной рН-метрии.

## Е

### 35. Влияние эрадикационной терапии на активность кишечных ферментов при язвенной болезни

Еремина Е.Ю., Литгошкина М.И., Зверева С.И.,  
Козлова Л.С., Морозов Н.Т., Строкова О.А.  
Мордовский государственный университет, Саранск, Россия

Язвенная болезнь (ЯБ) относится к наиболее распространенным заболеваниям и является важнейшей медико-социальной проблемой. С одной стороны, хорошо изучены критерии диагностики, клиническая картина, но, вместе с тем, остается много вопросов по причинам ее возникновения, определению основных методов лечения. Влияние стандартных схем эрадикационной терапии на функциональное состояние пищеварительного аппарата изучено недостаточно.

**Цель исследования:** изучение влияния современных схем противоязвенной терапии на активность ферментов кишечного мембранного гидролиза у больных язвенной болезнью.

**Материал и методы.** Проведено исследование активности кишечных ферментов: мальтазы, щелочной фосфатазы (ЩФ), аланинаминопептидазы (ААП) и дипептидаз в гомогенате слизистой оболочки двенадцатиперстной кишки у 169 больных ЯБ с длительностью заболевания от 2 до 25 лет в период обострения и в фазе клинико-эндоскопической ремиссии. В лечении больных 1-й группы использовались: ранитидин 300 мг в сутки, метронидазол 800 мг в сутки; во 2-й – ранитидин 300 мг в сутки, метронидазол 800 мг в сутки, де-нол 480 мг в сутки; в 3-й – ранитидин 300 мг в сутки, амоксициллин 1500 мг в сутки, метронидазол 800 мг в сутки; в 4-й – ранитидин 300 мг в сутки, амоксициллин 1500 мг в сутки, метронидазол 800 мг в сутки, де-нол 480 мг в сутки.

**Результаты.** У больных ЯБ в фазе обострения активность кишечных ферментов снижена: мальтазы на 91,6%, ЩФ на 94,8%, ААП на 89,5%, дипептидаз на 73,6%. После проведенной терапии в 1-й, 2-й и 4-й группах активность мальтазы, ЩФ и дипептидаз повышалась (p<0,05), но не достигала контрольных цифр. Активность ААП во всех группах больных после лечения еще больше снижалась.

### 36. Особенности ионного состава ротоглоточного секрета у детей с целиакией

Ерзутова М.В., Успенская И.Д., Назарова М.Е.,  
Глушкова О.А., Коркотавили Л.В.  
ННИИ детской гастроэнтерологии Росмедтехнологий,  
Нижний Новгород, Россия

Макроэлементы натрий, калий и хлор играют важную роль в создании осмотического давления, регуляции водно-солевого обмена, поддержании постоянства внутренней среды организма. Согласно концепции гемато-саливарного барьера, саливарные тесты отражают процессы гомеостаза, что позволяет использовать их в диагностических и прогностических целях.

**Цель исследования:** определить клиническую значимость ионного состава секрета ротовой полости у детей с целиакией.

**Материалы и методы.** Обследованы 45 детей в возрасте от 3 до 17 лет с целиакией в периоде неполной клинико-лабораторной ремиссии. Показатели калия, натрия и хлора ротоглоточного секрета определяли методом пламенной фотометрии.

**Результаты.** Установлено, что содержание натрия и хлоридов в слюне больных и здоровых детей достоверно отличалось ( $p < 0,001$ ) и имело разнонаправленный характер: повышение натрия и снижение хлора. Содержание ионов калия в слюне не имело достоверных отличий от контрольных значений. Не выявлено достоверных различий изучаемых показателей в зависимости от возраста, пола пациентов, давности течения заболевания. Снижение концентрации ионов хлора в секрете ротовой полости имело место у всех обследованных больных целиакией. Отмечено, что у детей, характеризующихся в процессе катamnестического наблюдения сохранением атрофических изменений со стороны слизистой оболочки тонкой кишки, уровень хлоридов в слюне ниже по сравнению с пациентами, имеющими положительную динамику восстановления структуры слизистой оболочки тонкой кишки ( $p < 0,05$ ).

**Выводы.** Уровень хлоридов в слюне может быть использован в качестве параметра динамики течения целиакии.

### 37. Сравнительная эффективность пре- и пробиотической терапии у больных лимфомами после цитостатической терапии

Ефремова Н.В., Солдатов Г.С., Поспелова Т.И.

ЦКБ СО РАН, Новосибирск, Россия,

e-mail: natefremova@gmail.com

**Цель исследования:** изучить влияние реабилитационной терапии на клиническое, микробиологическое, морфологическое состояние толстой кишки и качество жизни (КЖ) больных лимфомами в отдаленный период клинико-гематологической ремиссии (КГР).

**Материал и методы.** Обследованы 106 больных лимфомами в отдаленный период КГР – через  $(66,5 \pm 9,3)$  мес. Средний возраст обследованных составил  $(40,5 \pm 13,9)$  года. У всех пациентов регистрировался дисбактериоз кишечника II–III стадии. 49 пациентов получали экофлор, 30 больных – биовестин-лакто, 27 человек – дюфалак. Курс терапии составил 21 день. Проводилась оценка индекса клинической активности поражения кишечника. Дисбактериоз кишечника оценивался в соответствии с Российским отраслевым стандартом (от 09.06.2003), а КЖ – по опроснику EORTC QLQ CORE 30.

**Результаты.** Клинические симптомы поражения кишечника до лечения в группе пациентов, получавших экофлор, отмечены в 85,72% случаев, после лечения – 71,43%, количество лактобактерий увеличилось с  $(4,42 \pm 0,60)$  млн/г до  $(6,27 \pm 0,47)$  млн/г ( $p = 0,02$ ), кишечной палочки – с  $(137,45 \pm 21,55)$  млн/г до  $(223,76 \pm 34,44)$  млн/г ( $p = 0,04$ ). Уменьшилось количество кишечной палочки со сниженными ферментативными свойствами с 15,22% до 4,35% ( $p = 0,08$ ), потенциально патогенной микрофлоры на 4,35%, энтерококков на 36%. У пациентов, принимавших биовестин-лакто, несколько улучшились клинические симптомы поражения кишечника, повысилось содержание бифидофлоры с  $(0,59 \pm 0,33)$  до  $(1,40 \pm 0,54)$  млрд/г ( $p = 0,02$ ). Содержание кишечной палочки со сниженными ферментативными свойствами уменьшилось с 13,33% до 6,67% ( $p = 0,27$ ), потенциально патогенной микрофлоры – на 13,33%.

До приема дюфалака симптомы поражения кишечника выявлены у 85,19% пациентов, после – у 81,48%, количество бифидобактерий увеличилось с  $(1,60 \pm 0,72)$  млрд/г до  $(2,94 \pm 0,86)$  млрд/г ( $p = 0,04$ ), уменьшилось количество потенциально патогенной микрофлоры на 3,71%. Прием экофлора, биовестина-лакто, дюфалака достоверно уменьшал степень тяжести дисбактериоза ( $p = 0,0002$  и  $p = 0,005$ ,  $p = 0,05$ ). Значимое уменьшение активности воспаления в слизистой оболочке толстой кишки отмечено только у пациентов, получавших экофлор ( $p = 0,02$ ). Улучшились показатели КЖ больных.

**Вывод.** Использование реабилитационной терапии у больных лимфомами способствует снижению проявления клинических симптомов, улучшению показателей микробиоценоза и КЖ.

## 3

### 38. Изучение приверженности к обследованию и лечению больных, состоящих на диспансерном учете с язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки

Захарова Н.А.<sup>1</sup>, Сарсенбаева А.С.<sup>2</sup>, Дерябин В.М.<sup>1</sup>,

Владимирова Н.В.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>ЦМСЧ № 15 ФМБА России, Снежинск, <sup>2</sup>УГМАДО,

Челябинск, Россия, e-mail: nevnatalya@mail.ru

Современная медикаментозная терапия ЯБ может обеспечить безрецидивное течение данного заболевания и избавить больных от осложнений. Успех терапии зависит не только от назначения оптимальной комбинации лекарственных препаратов, но, в значительной степени, от ее реализации с участием больного.

**Цель исследования:** изучить приверженность к обследованию и лечению больных, состоящих на диспансерном учете с ЯБ.

**Материалы и методы.** Проведено анкетирование 838 диспансерных больных во время очередного медицинского осмотра.

**Результаты.** Анализ 838 анкет показал следующее: неинформированность пациентов о причине своего заболевания – 27%; негативное отношение к получению информации о причинах, диагностике, лечении, профилактике ЯБ – 17%; отказ от обследования части пациентов – 16% (среди них: нежелание ходить в поликлинику – 17%; нежелание проходить ФГС – 42%; отсутствие времени для обследования в связи с занятостью – 24%); отказ от приема медикаментозных препаратов, в том числе АБ, рекомендуемых согласно консенсусу Маастрихт 3 – 19% (26 чел.). Причиной создавшейся ситуации может быть недостаточный уровень медицинских знаний пациентов.

**Вывод.** Выявлено снижение у больных приверженности к обследованию и лечению, что можно объяснить недостаточной осведомленностью пациентов о своем заболевании. В целях повышения приверженности пациентов к лечению нами разработано методическое пособие «Диагностика и профилактика язвенной болезни и язвенных кровотечений. Школа для пациента». Организация школы для больного по профилактике обострений ЯБ является важным шагом, повышающим комплаенс больных. Совместная работа врача и пациента может сделать действительно реальной возможность безрецидивного течения болезни.

### 39. Анализ отдаленных результатов скрининговой диагностики Нр-инфекции и эрадикационной терапии у больных, состоящих на диспансерном учете с язвенной болезнью (ЯБ)

Захарова Н.А.<sup>1</sup>, Сарсенбаева А.С.<sup>2</sup>, Калашникова В.А.<sup>3</sup>, Дерябин В.М.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>ЦМСЧ № 15 ФМБА России, Снежинск, <sup>2</sup>УГМАДО,

Челябинск, <sup>3</sup>НИИ медицинской приматологии, Сочи,

Россия, e-mail: nevnatalya@mail.ru

**Цель исследования:** оценить отдаленные результаты скрининговой диагностики Нр-инфекции и эрадикационной терапии у больных, состоящих на диспансерном учете с ЯБЖ и ЯБДПК.

**Материал и методы.** Проведено скрининговое обследование 838 человек – работников НИИ, состоящих на диспансерном учете с ЯБ. Для диагностики обострения Нр-ассоциированной ЯБ применяли дыхательный Хелик-тест, метод Саг А – серопозитивности, ФГС. Пациентам с выявленным обострением Нр-ассоциированной ЯБ с клиническими симптомами заболевания и латентным течением проводилась антихеликобактерная терапия, согласно Маастрихт 3. Оценка результатов лечения проводилась ежегодно с 2006 по 2009 гг. по следующим показателям: число случаев нетрудоспособности на 100 работающих; число дней нетрудоспособности. **Результаты.** С 2006 по 2009 гг. заболеваемость ЯБ в НИИ снизилась по сравнению с исходной на 40,8%. Динамика числа случаев нетрудоспособности на 100 работающих: 2006 г. – 1,03; 2007 г. – 0,98; 2008 г. – 0,9; 2009 г. – 0,61. С 2006 по 2009 гг. число дней нетрудоспособности по поводу обострения ЯБ на предприятии снизилось по сравнению с исходным на 44,8%. Динамика числа дней нетрудоспособности: 2006 г. – 2668; 2007 г. – 2466; 2008 г. – 2118; 2009 г. – 1474.

**Вывод.** Оптимизация диспансерной помощи больным с ЯБ привела к достоверному уменьшению числа рецидивов в течение 4 лет наблюдения и улучшению экономических показателей производства.

**40. Сравнительная характеристика лабораторных методов исследования в диагностике инфицирования *Helicobacter pylori* среди пациентов с гастритами**  
Захарова Ю.А., Ведерников В.Е., Шилкина Т.В.  
Медсанчасть № 140 ФМБА России, Пермская ГМА им. акад. Е.А. Вагнера, Россия

**Цель исследования:** оценка лабораторных методов исследования *H. pylori*-инфицирования (НР) в группе пациентов с острым и хроническим гастритом.

**Материал и методы.** Изучены 84 биологических пробы (желудочный биоптат, кровь, кал) у 28 пациентов с гастритами на предмет обнаружения НР. В работе использованы морфологический (цитология биоптата), биохимический (уреазный тест), бактериологический (выделение чистой культуры), ИФА (на наличие CagA антигена), хроматографический (определение антигена в кале) методы.

**Результаты.** В изучаемой группе пациентов цитологический метод дал (21,4±7,8)% положительных находок, уреазный тест срабатал в (23,3±7,7)% случаев, копротест – в (14,3±6,6)%. Микробиологическим методом *Helicobacter pylori* выделен у (7,1±4,8)% человек, иммуноферментный анализ выявил антитела к CagA-антигену у (17,9±7,2)%. По совокупности 2 и более перечисленных тестов НР-инфицирование было установлено у (17,9±7,2)% пациентов, что не имело достоверных различий ( $p>0,05$ ) с результатами бактериологии и подтверждало невысокий уровень НР-инфицирования. Существенное расхождение полученных результатов с результатами цитологического исследования биоптата и теста на выработку уреазы, по нашему мнению, можно объяснить высокой степенью колонизации желудка условно патогенными штаммами микроорганизмов, выявленных в (82,1±7,2)% биоптатов, в том числе активно разлагающих мочевины в (32,1±8,8)% случаев.

**Выводы.** При оценке роли НР в развитии острого и хронического гастрита, целесообразно использовать широкий комплекс различных методов (гистологических, цитологических, иммунологических, молекулярно-биологических и др.), направленных на обнаружение возбудителя.

**41. Фармакодинамика дибикора при НАЖБП**  
Звенигородская Л.А., Нилова Т.В.  
ЦНИИ гастроэнтерологии, Москва, Россия

**Цель исследования:** изучить влияние дибикора на содержание метаболитов NO в сыворотке крови больных НАЖБП и СД 2 типа до и после фармакотерапии.

**Материал и методы.** Обследованы 40 больных НАЖБП и СД 2 типа. Средний возраст больных составил (56,35±8,75) года. Индекс массы тела увеличен в среднем на 35%. Верификацию диагноза больным проводили по данным клинических, биохимических, инструментальных и морфологических методов исследования. При проведении УЗИ выявлялись жировой гепатоз или диффузное поражение печени. При анализе биохимических показателей отмечено достоверное повышение активности аминотрансфераз в 2 раза и ГГТП в 2-3 раза в 90% случаев. Проведено плацебо-контролируемое исследование препарата «Дибикор» 0,5 г 2 раза в день в течение 3 месяцев.

**Результаты исследования.** Уровень метаболитов оксида азота повышался параллельно активности аминотрансфераз и ГГТП, его содержание было увеличено в 6,8 раза и составляло (220,7±14,3) мкмоль/л по сравнению с группой контроля – (32,2±0,5) мкмоль/л,  $p=0,001$ . В результате фармакотерапии дибикором содержание метаболитов снизилось на 44% или на 97 мкмоль/л и составило (123,9±8,1) мкмоль/л,  $p=0,001$ ,  $t=6,168$ . В результате фармакотерапии дибикором наблюдалось достоверное снижение активности печеночных ферментов: АЛТ – с (51,5±8,9) до (33,0±5,9),  $p=0,001$ ; АСТ – с (39,13±6,53) до

(26,81±2,99),  $p=0,01$ . На фоне применения дибикора достоверно снижались вес больных с (91,3±3,5) до (87,4±3,1),  $p=0,001$ .

**Выводы.** Показана эффективность дибикора (действующее вещество таурин) как метаболического средства, влияющего на углеводный и жировой обмен. Наличие в молекуле SH– групп обуславливает высокую детоксицирующую активность соединения, придает антиоксидантные свойства и регулирует активность ферментов. Дибикор оказывает противовоспалительное, мембраностабилизирующее действие.

## И

**42. Выявление неопластической трансформации при заболеваниях толстой кишки**

Иванов И.В., Ветра Я.Я., Быкова Е.Я., Иванова Л.В., Рога С.Я.

Рижский университет им. Страдина, Рижский центр репродукции, Рижская 1-я больница, Латвия

**Цель исследования:** определение возможности применения хелатных соединений – комплексонов для выявления дефективных ядерных кальций-связывающих белковых комплексов (КБК) в сыворотке крови пациентов в процессе диагностики колоректального рака при острой кишечной непроходимости.

**Материал и методы.** Спектрографическим методом проводили определение КБК в сыворотке крови у 86 человек: 49 больных с острой кишечной непроходимостью до операции и 37 здоровых доноров (контрольная группа).

**Результаты.** На спектрограммах у 52 из 86 пациентов в процессе исследований было показано отсутствие кальций-связывающих белковых комплексов (КБК) в сыворотке крови: у 37 – сыворотка здоровых доноров и у 15 из 49 пациентов до операции с острой кишечной непроходимостью. У этих 15 пациентов в последующем в процессе операции были установлены диагнозы: у 8 пациентов спаечная болезнь, у 7 пациентов сигмоидит и дивертикулит. Диагнозы в процессе операции были подтверждены морфологически. Отсутствие кальций-связывающих белковых комплексов (КБК) в сыворотке крови упомянутых 52 пациентов было выявлено на спектрограммах, кривые спектрограмм были ровными, полого снижающимися в диапазоне волн 350-500 нм, в них отсутствовало падение при длинах волн 415-425 нм, то есть в этих анализах оптическая плотность не менялась в процессе реакции.

При анализе спектрограмм у других 32 (из 34) пациентов с острой кишечной непроходимостью до операции обнаружили падение кривой спектрограммы при длинах волн 415-425 нм, то есть в 94,1% случаев. У 32 пациентов на основании проведенных исследований до операции был установлен диагноз «колоректальный рак». Диагноз был подтвержден морфологически в процессе операции. Таким образом, у онкологических больных на спектрограммах появилось падение кривой спектрограммы в зоне волн 415-425 нм, что свидетельствовало об изменении оптической плотности анализируемых составов из-за появления больших агрегатных комплексов.

**Выводы.** 1. Применение хелатных соединений – комплексонов в процессе анализа сыворотки крови позволяет выявить дефектные ядерные кальций-связывающие белковые комплексы (КБК) в сыворотке крови. 2. Появление дефектных ядерных кальций-связывающих белковых комплексов (КБК) в сыворотке крови является признаком неопластической трансформации патологического процесса.

**43. Профилактика острых эрозий и язв желудка и двенадцатиперстной кишки у оперированных больных**

Иванов М.А., Юрченко А.Г., Сабодаш В.Б.  
Санкт-Петербургская ГМА, Россия

**Цель исследования:** выбор профилактических мероприятий по предупреждению изменений слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки (СОЖД) у оперированных больных.

**Материалы и методы.** В основу работы легли наблюдения над 51 больным. Больные были оперированы по поводу неопластиче-

ских поражений органов брюшной полости и забрюшинного пространства, аорто-подвздошных окклюзивных и аневризматических изменений, а также панкреонекроза. Среди методов обследования использовались gastroscopia с биопсией для гистологического и бактериологического изучения состояния слизистой; флюориметрическая методика изучения состояния дыхательной системы. Выраженность послеоперационного пареза кишечника оценивали по динамике длины окружности живота, наличию рентгенологических признаков изменения уровня купола диафрагмы.

**Результаты.** Изменения со стороны СОЖД выявлены у 100% обследованных пациентов, при этом у 21 больного отмечены признаки воспалительного процесса на уровне слизистой оболочки, а у 30 человек обнаружены острые язвы и эрозии СОЖД, при этом в пяти наблюдениях зарегистрированы признаки желудочно-кишечного кровотечения.

Антисекреторная терапия (омепразол 40 мг 2 раза в день) в сочетании с пробиотиками способствовала положительной динамике со стороны СОЖД ( $p=0,009$ ). Снижение дозы омепразола вдвое не предупредило развитие кровотечений из острых язв желудка и двенадцатиперстной кишки.

Выраженность паретических изменений кишечника влияла на частоту развития осложнений поражения СОЖД, но даже незначительные нарушения моторно-эвакуаторной функции кишечника в послеоперационном периоде сопровождалась вероятностью потенциально опасных эрозий и язв.

**Выводы.** Выполнение оперативных вмешательств у абсолютного большинства пациентов должно сопровождаться профилактикой изменений СОЖД. В качестве способа профилактики эффективно использование омепразола.

#### 44. Особенности течения циррозов печени у пациентов, проживающих в мегаполисе

Ильченко Л.Ю.<sup>1</sup>, Федоров И.Г.<sup>1,2</sup>, Кузнецова О.О.<sup>1</sup>, Мерзликина Н.Н.<sup>1,2</sup>, Сторожаков Г.И.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>РГМУ им. Н.И. Пирогова, <sup>2</sup>ТКБ № 12, Москва, Россия

**Цель исследования:** анализ клинических проявлений, течения и прогноза цирроза печени (ЦП) у пациентов, проживающих в мегаполисе.

**Материал и методы.** В гастроэнтерологическом отделении многопрофильного стационара обследованы 208 больных ЦП.

**Результаты.** Отмечено преобладание мужчин старше 45 лет. В 50% случаев появление отечно-асцитического синдрома и желтухи имелось за 1-2 месяца до первой госпитализации. В этиологической структуре ЦП ведущее место принадлежало хронической алкогольной интоксикации (ХАИ). У пациентов с алкогольно-вирусным ЦП установлено наличие HCV-инфекции; у четверти из них – фаза репликации. Острый токсический гепатит, обусловленный суррогатами алкоголя, составил 12%; ЦП аутоиммунного генеза установлен у 8,2% больных. Выраженность печеночно-клеточной недостаточности соответствовала ЦП класса В-С по Child-Pugh и характеризовалась развитием полиорганной недостаточности и системной воспалительной реакции (СВР). Инфекционные осложнения (ИО) выявлялись в 49% случаев и нередко вызывались условно патогенными микроорганизмами, резистентными к применяемым антибиотикам (АБ). Прогноз по MELD и W. Maddrey показал снижение предполагаемой выживаемости у трети пациентов (до 3-6 мес). Летальность от осложнений ЦП составила 8,2% (2008 г.) против 12,4% (2007 г.).

**Выводы.** Прогрессирующее течение ЦП обусловлено несвоевременным обращением пациентов с наличием ХАИ за медицинской помощью, а также развитием осложнений (кровотечение из ВРВП, печеночная энцефалопатия и др.), сопровождающихся присоединением СВР и ИО. Для решения этих проблем необходимо применение высокотехнологичных методов диагностики и современной терапии, включая АБ резерва, что значительно увеличивает стоимость лечения пациентов с ЦП.

#### 45. Оценка эффективности препарата «Дюфалак» («Лактулоза») у пациентов с нарушением микрофлоры кишечника

Ищенко Н.В., Малюков Д.А., Мордасова В.И.

Воронежская ГМА им. Н.Н. Бурденко, Воронежская ОКБ № 1, Россия

**Цель работы:** оценить эффективность препарата «Дюфалак» («Лактулоза») как пребиотика у пациентов с антибиотик-ассоциированной диареей (ААД).

**Материалы и методы.** Под наблюдением находились 30 пациентов с клиникой ААД, проявлявшейся болевым абдоминальным синдромом, тяжестью и дискомфортом в брюшной полости, снижением аппетита, тошнотой, рвотой, отрыжкой, вздутием, урчанием в животе, небольшой диареей 3-6 раз в сутки. Для оценки эффективности использовался общий анализ крови, общий анализ мочи, копрограмма, микробиологический анализ кала, биохимический анализ крови, ректороманоскопия, колоноскопия, фиброгастро-скопия, исследование биоптата толстой кишки, УЗИ органов брюшной полости. При бактериологическом исследовании кала до начала терапии было выявлено снижение количества бифидобактерий у 93%, лактобактерий – у 84%, бактериодов – у 68% пациентов. Также у 60% пациентов отмечено повышение содержания условно патогенной флоры, у 35% – появление гемолитической микрофлоры, у 28% – наличие грибов рода *Candida*. Кроме того, у всех пациентов наблюдались изменения в качественном и количественном составе *E. coli*. Всем пациентам был назначен дюфалак в дозе 5 мл 3 раза в день в течение 4 недель.

**Результаты.** На фоне проведенного лечения у 86% пациентов уменьшился болевой абдоминальный синдром, у всех пациентов купировалось чувство тяжести и дискомфорта в животе, отрыжка, рвота, вздутие живота, улучшилась консистенция стула, улучшился аппетит. При контрольном бактериологическом исследовании кала выявлено увеличение количества облигатной анаэробной микрофлоры – бифидобактерий у 100%, лактобактерий – у 96%, бактериодов – у 82% пациентов, кроме того, отмечено уменьшение количества условно патогенной и патогенной микрофлоры.

**Выводы.** Дюфалак эффективен для купирования ААД.

## К

#### 46. Комплексный подход в диагностике хронического дуоденита – залог успешной терапии

Калинина Е.Ю.<sup>1</sup>, Аничков Н.М.<sup>1</sup>, Новикова В.П.<sup>2</sup>, Осмаловская Е.А.<sup>2</sup>, Цех О.М.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Санкт-Петербургская ГМА им. И.И. Мечникова, <sup>2</sup>Санкт-Петербургская ГПМА, Россия, e-mail: drkalinina@mail.ru

**Цель исследования:** изучение морфологических особенностей поражения слизистой оболочки двенадцатиперстной кишки (ДПК) при разных этиологических формах дуоденита: хеликобактерной, лямблиозной и при синдроме избыточного бактериального роста.

**Материалы и методы.** Обследованы 114 детей, страдающих хроническим дуоденитом. Возраст больных от 6 до 18 лет. Все пациенты получили стандартное гастроэнтерологическое обследование, включающее фиброгастро-дуоденоскопию с биопсией слизистой оболочки (СО) дистального отдела ДПК с гистологическим, бактериологическим и серологическим исследованием. У 34 (30%) детей был верифицирован *Helicobacter pylori*, у 42 (37%) – лямблиоз, у 38 (33%) – синдром избыточного бактериального роста.

**Результаты.** При морфологическом исследовании во всех наблюдениях установлен хронический дуоденит (ХД) с лимфоплазмозитарной инфильтрацией и фиброзом собственной пластинки различной степени выраженности, с той или иной степенью атрофических изменений и признаков обострения. В результате сравнения наличия и степени выраженности морфологических проявлений хронического воспаления при разных по этиологии ХД специфических особенностей выявлено не было. Только в одном случае у больного с синдромом избыточного бактериального

роста выявлено выраженное фиброзирование собственной пластинки с гиалинозом по типу «коллагеновой спру», и у одного больного с рецидивирующим лямблиозом выявлены в бокаловидных клетках внутрицитоплазматические включения.

**Выводы.** При отсутствии специфичности хронического воспаления при разных этиологических формах дуоденита перед началом проведения терапии необходим комплексный подход в диагностике заболевания с обязательным выявлением этиологического фактора.

#### 47. Биохимический и молекулярно-генетический анализ ДНК (онкогенов) и РНК опухолей и слизистой оболочки желудка человека в связи с биосинтезом пепсиногена-пепсина

Калиновский В.П.<sup>1</sup>, Лимарева Ю.А.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>НИИ онкологии им. проф. Н.Н. Петрова, Санкт-Петербург,

<sup>2</sup>Санкт-Петербургская ГМА им. И.И. Мечникова, Россия

Современный прогресс теоретической онкологии и прикладной молекулярной биологии уже привел к идентификации и изолированию первичных факторов канцерогенеза – онкогенов – как у животных, так и человека. В работе дан анализ диагностической и прогностической значимости экспрессии тканеспецифических биомаркеров (ДНК – онкогенов), РНК и пепсиногена-пепсина в опухолях и слизистой оболочке при различной патологии желудка. Показано, что наиболее достоверным маркером, характеризующим состояние слизистой оболочки желудка человека, является уровень пепсиногена-пепсина в желудочном соке и сыворотке крови. Установлены количественные и качественные изменения синтеза пепсиногена I (ПГ I) в опухолях и в слизистой оболочке при хроническом атрофическом гастрите и полипозе желудка. Качественные изменения выразались в снижении специфической протеолитической активности ПГ I, количественные – в уменьшении содержания ПГ I.

В следующей серии опытов была изучена экспрессия ПГ I в бесклеточной белок-синтезирующей системе. Установлено, что при раке желудка (РЖ) опухолевая информационная РНК пепсиногена значительно слабее стимулировала синтез ПГ I, чем мРНК неизменной ткани слизистой желудка. Продукт синтеза обладал меньшей протеолитической активностью по сравнению с таковой в норме. Наряду с этим дан анализ экспрессии протоонкогенов C-MYC, <sup>1</sup>N-MYC, FOS, H-RAS, K-RAS и RAF в опухолях и слизистой оболочке желудка, взятой по краю резекции органа у 27 больных раком желудка с целью изучения степени радикальности хирургического лечения больных раком желудка и у 3 больных хронической язвой желудка (в качестве контроля). Молекулярно-генетическим методом установлено, что усиление экспрессии протоонкогенов наблюдается в 18 из 23 опухолей желудка человека. У 8 из 27 больных раком желудка выявлено усиление экспрессии протоонкогенов в морфологически неизменной слизистой, взятой по краю резекции органа, и ни у одного больного с хронической язвой желудка.

За 3 года наблюдения скончались 5 из 27 больных, перенесших радикальную операцию по поводу рака желудка. У 2 из 5 скончавшихся больных раком желудка в слизистой оболочке культуры была выявлена неизменная экспрессия протоонкогенов.

Таким образом, биохимический тест на ПГ I может быть использован для выявления лиц повышенного риска по раку желудка, а молекулярно-генетический анализ экспрессии протоонкогенов – в оценке прогноза и эффективности хирургического лечения больных раком желудка.

#### 48. Динамика провоспалительных цитокинов при хронических вирусных гепатитах В и С у детей на фоне комплексной терапии

Каплина Н.А., Жукова Е.А., Романова С.В., Толкачева Н.И., Грошовкина М.В.

Нижегородский НИИ детской гастроэнтерологии, Россия

**Цель исследования:** изучение динамики цитокинов ИЛ-1β, ИЛ-6 и ФНО-α в сыворотке крови у детей с хроническими вирусными гепатитами В и С (ХГВ и ХГС) на фоне применения комплексной терапии с включением интрона А, циклоферона и вобэнзима.

**Материалы и методы.** Под наблюдением находились 22 ребенка (5 с ХГВ и 17 с ХГС) в возрасте от 5 до 16 лет с репликацией вирусов в крови, что подтверждено наличием их ДНК или РНК методом ПЦР. Интрон А назначали по 3 млн ед. 1 раз в сутки подкожно 3 раза в неделю, циклоферон – из расчета 10 мг/кг массы тела больного внутримышечно, вобэнзим – 1 таблетка на 6 кг массы тела в сутки перорально. Исследование ИЛ-1β, ИЛ-6 и ФНО-α в сыворотке крови проводили методом ИФА («Протейновый контур», Санкт-Петербург) до и через 12 месяцев от начала терапии.

**Результаты.** У наблюдаемых больных ХГВ и ХГС исходный уровень ИЛ-1β, ИЛ-6, ФНО-α составил (334,0±87,7) пг/мл, (88,8±12,7) пг/мл и (135,0±41,5) пг/мл, что значительно превышало показатели здоровых детей – (32,7±5,5) пг/мл, (15,9±1,0) пг/мл и (44,2±2,0) пг/мл (p=0,0001, p=0,0001, p=0,037) и указывало на активацию провоспалительных цитокинов. На фоне лечения с включением интрона А, циклоферона и вобэнзима наблюдалась позитивная тенденция к снижению концентрации ИЛ-1β, ИЛ-6 и ФНО-α соответственно у 73%, 77% и 45% пациентов с достоверным уменьшением через 12 месяцев первых двух показателей до (44,2±6,9) пг/мл и (15,4±1,3) пг/мл (p=0,031, p=0,0001). Следует отметить, что уровень провоспалительных цитокинов через год терапии не отличался от таковых значений здоровых детей (p=0,20, p=0,76, p=0,80).

**Выводы.** Проводимая комбинированная терапия с применением интрона А, циклоферона и вобэнзима оказывает выраженное противовоспалительное действие за счет восстановления содержания ИЛ-1β, ИЛ-6 и ФНО-α, что может благоприятно влиять на течение и исход хронических вирусных гепатитов В и С у детей.

#### 49. Сравнительная оценка эрадикационных схем тройной терапии у больных язвенной болезнью

Каримов М.М., Саатов З.З., Якубов А.А.

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр терапии и медицинской реабилитации, Ташкент, Узбекистан

**Цель работы:** изучение эффективности антихеликобактерной терапии у больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки (ЯБДПК) при применении кларитромицина и метронидазола в составе эрадикационных схем.

**Материалы и методы.** Под наблюдением находились 40 пациентов с ЯБДПК (возраст от 20 до 54 лет), получавших лечение по двум схемам. Первая группа (n=20) получала в течение 7 дней рабепразол (Р) 20 мг дважды в день, амоксициллин (А) 1000 мг дважды в день, кларитромицин (К) 500 мг дважды в день. Вторая группа (n=20) получала в течение 7 дней Р 20 мг дважды в день, А 1000 мг дважды в день, метронидазол (М) 500 мг дважды в день.

В комплекс обследования кроме общепринятых клинических исследований входили ЭФГДС, определение pH желудочного сока с использованием ацидогастрометра «АГМ-03» и определение *H. pylori*. Наличие и степень эрадикации *H. pylori* определяли неинвазивным дыхательным Хелик-тестом (АМА, С.-Петербург) и инвазивным определением местной уреазной активности в биоптате (CLO-тест) до и после эрадикационного лечения.

**Результаты.** В результате изучения эффективности эрадикационной терапии на 6-й неделе лечения у пациентов первой группы на фоне антихеликобактерной терапии при определении Хелик-тестом процент эрадикации составил 88%; при использовании CLO-теста – 83%, составив в среднем 85%. Во второй группе пациентов данный показатель составил лишь 60%: Хелик-тест – 62%, CLO-тест – 58%.

**Выводы.** Таким образом, выявлено, что при применении комбинации А+К эффективность эрадикационной терапии выше по сравнению с комбинацией А+М и составляет соответственно 85% и 60%.

### 50. Эрадикация оппортунистической микробиоты у больных с дисбиотическими изменениями тонкой и толстой кишки

Каримов М.М., Собирова Г.Н., Дусанова Н.М.  
Республиканский специализированный научно-практический центр терапии и медицинской реабилитации, Ташкент, Узбекистан

**Цель исследований:** изучение эффективности рифаксимины при коррекции дисбиотических явлений в тонкой и толстой кишке у больных СРК.

**Материал и методы.** Обследованы 32 пациента в возрасте от 30 до 50 лет (средний возраст  $(36,2 \pm 12,8)$  года), которым был поставлен диагноз СРК в соответствии с Римскими критериями III и ассоциированного с дисбактериозом. Для диагностики синдрома избыточного бактериального роста (СИБР) использовался дыхательный неинвазивный водородный тест с лактулозой. Для устранения микробной контаминации тонкой кишки использовался препарат «Рифаксимин» в дозе 200 мг по 2 таблетки 2 раза в день в течение 7 дней.

**Результаты.** Основными жалобами пациентов с СРК до лечения были: наличие болевого синдрома, который имелся у всех больных, флатуленция у 15 (46,8%), диарея у 8 (25%), запоры у 11 (34,4%), стеаторея, урчание в животе и слабость. Оценка показателей визуальной-аналоговой шкалы определила отсутствие абдоминальных болей у 27 (84,4%), у 4 (12,5%) пациентов болевой синдром сохранялся, однако выраженность его уменьшилась. Флатуленция сохранялась лишь у 1 (3,2%) пациента, диарея – у 4 (12,5%), стеаторея – у 5 (15,6%) пациентов. Использование водородного дыхательного теста определило, что 18 пациентов были позитивны в тесте на выдыхаемый водород до начала лечения. Пиковая и общая экскреция водорода значительно снизилась у пациентов, прошедших лечение рифаксимином. Результаты теста на выдыхаемый водород после приема лактулозы нормализовались у 16 пациентов.

**Выводы.** Таким образом, эффективность рифаксимины позволяет использовать его как при коррекции СИБРа, так и для санации толстой кишки при дисбактериозе у больных с СРК.

### 51. Эффективность применения препарата «Элькар» (L-карнитин) в комплексном лечении тяжелых форм ОРЗ у детей раннего возраста с функциональными нарушениями кишечника

Карцева Т.В., Рябиченко Т.И., Аношина А.В., Леонова Н.В., Тимофеева Е.П.  
Новосибирский ГМУ, Россия

**Цель исследования:** оценить клиническую эффективность применения лекарственного препарата «Элькар» (L-карнитин) в комплексном лечении тяжелых форм острых респираторных заболеваний у детей раннего возраста с функциональными нарушениями кишечника.

**Пациенты и методы.** С информированного согласия родителей обследовано и пролечено 32 ребенка в возрасте от 3 месяцев до 3 лет (18 девочек и 14 мальчиков) по поводу ОРЗ тяжелой степени. У 31,2% детей имел место дисбиоз кишечника 2-3 степени. Основную группу составили 16 детей, получавших в комплексном лечении 10% раствор инъекционной формы препарата «Элькар» (L-карнитин) в дозе 100 мг/кг в сутки 2 раза в день в течение 5 дней. В группе сравнения дети получали только основное лечение.

**Результаты.** Лечебный эффект оценивался при сопоставлении длительности клинических проявлений и изменений параклинических показателей. У детей, получавших препарат «Элькар», имела место более быстрая нормализация параклинических показателей, чем в группе сравнения, и достоверно сокращалась продолжительность клинических проявлений, отмечалось исчезновение или уменьшение дисбиотических проявлений, нормализация копрограммы. Инъекции хорошо переносились, не вызывали болезненности, местной реакции и аллергии. Инъекционная форма дала более быстрый клинический эффект, что сократило время приема препарата.

**Заключение.** Применение препарата «Элькар» (L-карнитин) в комплексной терапии тяжелых форм ОРЗ у детей является целесообразным и эффективным, особенно при наличии функциональных нарушений кишечника. Короткий курс инъекционной формы экономически выгоден как для пациента, так и для лечебного учреждения.

### 52. Особенности иммунного статуса у детей с патологией толстой кишки

Карцева Т.В., Рябиченко Т.И., Косьянова Т.Г., Трунов А.Н.  
Новосибирский ГМУ, ИЦ КЭМ СО РАМН, Новосибирск, Россия

**Цель исследования:** изучить состояние иммунного статуса у детей с хроническим колитом, сопровождающимся синдромом дисбактериоза кишечника.

**Пациенты и методы:** дети от 3 до 15 лет с диагнозом «хронический колит» (ХК); общеклиническое обследование, кал на микрофлору, иммунологические исследования.

**Результаты.** При комплексном иммунологическом обследовании детей с дисбиозом ТК выявлено достоверное увеличение процентного содержания зрелых Т-лимфоцитов (CD3) и супрессорно-цитотоксических субпопуляций зрелых Т-клеток (CD-8). Определены высокие «средние» концентрации основного провоспалительного интерлейкина ИЛ-1 $\beta$  в сыворотке. Полученные данные свидетельствуют о значимости воспалительных реакций в патогенетических механизмах развития дисбиотического процесса. У детей с кишечным дисбиозом выявлено достоверное повышение уровней концентрации ИЛ-4. Кишечный дисбиоз у детей сопровождается активацией гуморального звена иммунной системы в ответ на персистирующую антигенную стимуляцию организма, что выражается в определении высоких концентраций Ig A и уровнях ЦИК. Перечисленные выше изменения более выражены в возрасте 8-16 лет. При индивидуальной оценке полученных данных в процентном содержании СДЗ, СД4, СД8 и СД22, положительных лимфоцитов, ИЛ-1 $\beta$ , ИЛ-4, IgA, ЦИК выявлена гетерогенность обследованных групп, данный факт свидетельствует о том, что на момент обследования пациенты находились в разных стадиях иммунного ответа.

**Заключение.** У детей с хроническим колитом отмечаются значительные сдвиги в иммунологическом статусе, и это утяжеляет течение основного процесса.

### 53. Взаимосвязь состояния психического здоровья и патологии желудочно-кишечного тракта у детей

Карцева Т.В., Рябиченко Т.И., Скосырева Г.А., Косьянова Т.Г., Казанина О.Н.  
Новосибирский ГМУ, ИЦ КЭМ СО РАМН, Новосибирск, Россия

**Цель исследования:** изучить состояние психического здоровья у детей с синдромом дисбактериоза толстой кишки (ТК).

**Пациенты и методы:** 150 детей в возрасте от 3 до 6 лет с нарушениями функции кишечника; общеклиническое обследование, кал на дисбактериоз, оценка психического здоровья с помощью опросника Goodman «Сильные стороны и трудности» (ССТ).

**Результаты.** При обследовании выявлен дисбактериоз различной степени. У детей с хронической патологией ТК (длительность заболевания более 1 года) установлены выраженные отклонения по всем показателям психического здоровья за исключением просодического поведения. Наблюдались признаки гиперактивности с нарушениями внимания ( $p < 0,001$ ). Родителей беспокоили отклонения в поведении ( $p < 0,01$ ), эмоциональные расстройства детей, а также проблемы со сверстниками ( $p < 0,05$ ). Нарушение функциональной активности пищеварительного тракта, кишечные расстройства у детей сопряжены с выраженными нарушениями показателей психического здоровья, установленными по данным опросника ССТ, психические проблемы носят неспецифический характер, проявляются эмоциональными расстройствами, проблемами с поведением и нарушениями концентрации внимания.

**Заключение.** Отклонения психического здоровья усугубляют течение заболевания пищеварительной системы и, очевидно, фор-

мируют «порочный круг». Этот факт должен учитываться при планировании терапевтических мероприятий по реабилитации пациентов с патологией ТК.

#### 54. Фетальный гемоглобин у больных хроническим гепатитом и циррозом печени

Касьянова Т.Р., Левитан Б.Н., Кривенцев Ю.А.  
Астраханская ГМА, Россия

**Цель:** изучить изменения уровня фетального гемоглобина (HbF) при хронических гепатитах (ХГ) и циррозах печени (ЦП).

**Материалы и методы.** Концентрацию HbF в сыворотке крови исследовали у 55 больных ХГ и 146 – ЦП (106 мужчин и 95 женщин в возрасте от 30 до 66 лет). Контрольную группу составили 20 практически здоровых доноров. Для количественного анализа HbF разработан и запатентован способ ракетного электрофореза в агаровом геле. Использовались чистые препараты HbF и моноспецифические антисыворотки к HbF, полученные самостоятельно и прошедшие строгий контроль чистоты и специфичности.

**Результаты.** Анализ средних значений HbF у больных ХГ, ЦП и сравнение их с результатами в контрольной группе позволил выявить следующие изменения: повышение концентрации HbF более 1,5% от общего гемоглобина (Hb) в крови взрослого человека, что является нормой, имелось у 48 больных ХГ и 140 – ЦП. При анализе HbF в процентном отношении от Hb у больных заболеваниями печени с большой степенью достоверности ( $p < 0,001$ ) были установлены различия как с контрольной группой ( $1,53 \pm 0,06$ ), так и между группами ХГ ( $2,50 \pm 0,08$ ) и ЦП ( $3,07 \pm 0,07$ ). Концентрации общего Hb была наиболее низкой при ЦП – в среднем 119 г/л. Значительное повышение HbF, то есть на 3% и выше, выявлено у больных с высокой степенью активности, наличием признаков портальной гипертензии, длительным стажем заболевания. Уровень HbF был достоверно увеличен у пациентов с отчетно-асцитическим синдромом ( $p = 0,01$ ) и гиперспленизмом ( $p = 0,01$ ).

**Заключение.** Повышение уровня HbF при ХГ и ЦП объясняется метаболическими нарушениями, связанными с эндотоксемией, а также внутрилегочными анастомозами и вазодилатациями, которые могут приводить к развитию гипоксических состояний. Рост уровня HbF у таких больных связан с тем, что, имея большее сродство к кислороду, чем Hb взрослого, он лучше адаптирован к стабилизации тканевого газообмена в условиях хронической гипоксии.

#### 55. Ожирение и частота приема слабительных средств в колопроктологии

Каушанский В.Б.<sup>1</sup>, Шемеровский К.А.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Краевой онкологический диспансер, Краснодар, e-mail: kvb61@nm.ru; <sup>2</sup>НИИ экспериментальной медицины СЗО РАМН, Санкт-Петербург, e-mail: constshem@yandex.ru; Россия

**Цель исследования:** изучить зависимость риска ожирения от частоты приема слабительных средств у лиц, проходящих скрининг колоректальной патологии.

**Материал и методы.** Обследованы 200 пациентов колопроктологического профиля с помощью специально разработанного анкетирования по «Тесту риска патологии толстой кишки», разработанному в Институте экспериментальной медицины СЗО РАМН. Учитывали основные факторы риска колоректальной патологии: характер и режим питания, режим опорожнения кишечника (частоту и акрофазу), семейную предрасположенность к патологии толстой кишки, частоту приема слабительных средств (СС), индекс массы тела (ИМТ). Анализировали 12 основных показателей по 48-балльной системе.

**Результаты.** По уровню риска патологии толстой кишки получено нормальное распределение обследованных лиц: с минимальным риском (до 10 баллов) – 15%, с умеренным риском (до 24 баллов) – 70%, с высоким риском (до 48 баллов) колоректальной патологии (КРП) – 15%. В группе лиц с минимальным риском КРП было 33% пациентов, принимающих СС, а в группе субъектов с высоким риском КРП – 81%.

В группе лиц с минимальным риском КРП было 20% лиц, принимавших СС очень редко (несколько раз в год) и 13% лиц, принимавших СС редко (несколько раз в месяц).

Среди субъектов с высоким риском КРП было 26% лиц, принимавших СС часто (несколько раз в неделю) и 6% лиц, принимавших СС очень часто (ежедневно).

Ожирение было у 27% лиц при низком риске КРП, а при высоком – у 45% лиц.

**Выводы.** 1. В группе лиц с высоким уровнем риска КРП ожирение встречается в 1,7 раза чаще, а употребление слабительных средств – в 2,4 чаще, чем среди лиц с низким уровнем этого риска. 2. Ожирение и высокая частота приема СС существенно повышают уровень риска колоректальной патологии.

#### 56. Лечение телмисартаном больных артериальной гипертензией и хроническим холециститом

Комиссаренко И.А., Михеева О.М., Мечетина Т.А.  
ЦНИИ гастроэнтерологии, Москва, Россия

**Цель исследования:** оценка эффективности и переносимости препарата «Телмисартан» у больных с артериальной гипертензией и хроническим холециститом (с билиарным сладжем).

**Материалы и методы.** В исследование были включены 30 больных (20 женщин и 10 мужчин), страдающих артериальной гипертензией и хроническим холециститом (с билиарным сладжем) с нормальной, повышенной и пониженной функцией желчного пузыря (по 10 больных в каждой группе). Средний возраст больных составил ( $57,5 \pm 13,1$ ) года. До начала лечения и через 3 месяца после всем больным проводилось обследование (жалобы, анамнез, физикальное обследование, ЭКГ, суточное мониторирование артериального давления, УЗИ органов брюшной полости с определением сократительной функции желчного пузыря).

**Результаты исследования.** На фоне лечения телмисартаном среднесуточное САД снизилось со ( $137,8 \pm 13,4$ ) мм рт. ст. до ( $122,0 \pm 11,6$ ) мм рт. ст., ДАД снизилось с ( $86,5 \pm 12,0$ ) мм рт. ст. до ( $70,6 \pm 10,1$ ) мм рт. ст., количество больных, имевших индекс времени (ИВ) менее 30%, уменьшилось в 2 раза. На фоне лечения снизился уровень общего холестерина с ( $6,1 \pm 0,7$ ) ммоль/л до ( $5,5 \pm 0,6$ ) ммоль/л. Оценивая сократительную функцию желчного пузыря на фоне терапии телмисартаном, следует отметить, что в группе больных со сниженной функцией наблюдалась тенденция к повышению (с 44% до 46%), у больных с повышенной сократительной функцией желчного пузыря имело место достоверное снижение до нормальных значений (с 83 до 70%), у больных с нормальной сократительной функцией влияние отсутствовало.

**Заключение.** Назначая телмисартан больным с сочетанной патологией (артериальная гипертензия и хронический холецистит с повышенной сократительной функцией желчного пузыря), можно ожидать наряду с хорошим гипотензивным эффектом и положительное влияние на тонус желчного пузыря.

#### 57. Влияние сочетанной патологии органов пищеварения на активность воспалительного процесса у пациентов с язвенным колитом

Коновалова Н.О.

Санкт-Петербургская ГМА им. И.И. Мечникова, Россия

**Цель работы:** определить влияние сочетанной патологии органов пищеварения на активность воспалительного процесса у больных язвенным колитом.

**Материалы и методы.** Под наблюдением находились 46 пациентов в возрасте от 20 до 76 лет (мужчин 22, женщин 24) с диагнозом «язвенный колит» (ЯК). В 1 группу ( $n = 26$ ) включены больные ЯК с сочетанной патологией (СП) желудочно-кишечного тракта. Группу 2 ( $n = 20$ ) составили пациенты с ЯК без сопутствующей патологии верхних отделов органов пищеварения. Всем пациентам выполнена фиброколоноскопия (ФКС). Активность ЯК оценивалась по критериям Рахмилевича (эндоскопический индекс активности (EI) по Rachmilewitz).

**Результаты.** Детальное изучение клинических проявлений ВЗК показало, что больные язвенным колитом предъявляли жалобы, обусловленные желудочной диспепсией.



Боли в эпигастральной области наблюдались у 19 (73,07%) больных, изжога – у 17 (65,38%), отрыжка – у 15 (57,69%), тошнота – у 21 (80,76%), ощущение горечи во рту – у 6 (23,07%), что свидетельствовало о наличии синдрома желудочной диспепсии.

У 10 (38,46%) больных диагностирован хронический гастродуоденит (ХГД), у 6 (23,07%) – гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ), у 5 (19,23%) – хронический калькулезный холецистит, у 5 (19,23%) больных – хронический панкреатит (ХП).

При анализе данных выявлено, что у больных с ХГД среднее значение (ЕІ) составило 8,60; у больных с ГЭРБ – 8,16; у больных с хроническим калькулезным холециститом – 8,80; у больных с ХП – 7,60 балла.

В обследуемых группах средние значения индекса эндоскопической активности были более 2 баллов, что соответствовало активности заболевания. При этом у больных 1-й группы средние значения ЕІ были достоверно выше значений у больных 2-й группы (ЕІ 1-й группы 8,29 и ЕІ 2-й группы 6,25 балла).

**Выводы.** Полученные результаты свидетельствуют о том, что активность воспалительного процесса в слизистой оболочке толстой кишки у больных язвенным колитом зависит от сочетанной патологии органов пищеварения, что требует включения комплексной симптоматической терапии больных для достижения стойкой ремиссии.

#### 58. Вопросы коррекции абдоминального ожирения, сочетанного с жировым гепатозом

Корильчук Н.И.

Тернопольский ГМУ им. Горбачевского, Украина,

e-mail: neltar@mail.ru

**Цель исследования:** оценить влияние лечебных программ с использованием модификации стиля жизни в сочетании с лекарственным препаратом «Метформин» и гепатопротектором «Энерлив» на коррекцию абдоминального типа ожирения, сочетанного с жировым гепатозом.

**Материалы и методы:** 38 больных; биохимический анализ крови; гормоны лептин и инсулин. Проводилась коррекция питания, ЛФК – 1 группа, коррекция питания, ЛФК в сочетании с метформином – 2 группа, коррекция питания, ЛФК с энерливом – 3 группа.

**Результаты.** Назначенная терапия за двухмесячный период во всех группах вызывала улучшение общего самочувствия, снижались ИМТ, ОТ/ОБ, снижались показатели калиперометрии, в группах отмечено положительное влияние на лабораторные результаты (билирубин, АСТ, АЛТ, липидограмма). У пациентов 1 группы отмечено снижение общего холестерина с  $(6,98 \pm 0,24)$  ммоль/л до  $(6,32 \pm 0,12)$  ммоль/л, гормона лептина с  $(28,54 \pm 2,13)$  нг/мл до  $(21,12 \pm 2,04)$  нг/мл. Более значительные изменения отмечены во 2 и 3 группе. Так, уровень холестерина снизился на 18,6% во 2 группе и на 21,4% в 3 группе. Лептин снизился на 26,8% во 2 группе и на 32,2% в 3 группе. Отмечено положительное влияние лечения и на инсулин крови обследованных пациентов, он снизился на 6,2% в 1 группе, на 9,4% во 2 группе и на 14,4% в 3 группе. Отмечено снижение коэффициента атерогенности у всех больных.

**Выводы.** Основа лечения абдоминального ожирения, сочетанного с жировым гепатозом, должна быть направлена на коррекцию стиля жизни (коррекция питания, ЛФК) в комбинации с препаратами «Метформин» и «Энерлив», применение которых за короткий период уменьшает проявления жирового, углеводного и физического дисбаланса.

#### 59. Уровень гомоцистеина и показатели липидного обмена у детей с гастродуоденальной патологией

Коркоташвили Л.В., Языкова А.Б., Колесов С.А.,

Спиридонова А.В., Варначева Л.Н., Кикеева Е.А.

Нижегородский НИИ детской гастроэнтерологии, Россия

**Цель исследования:** изучить зависимость уровня гомоцистеина от показателей липидного обмена у детей с гастродуоденальной патологией.

**Материалы и методы.** У 156 детей с заболеваниями желудочно-кишечного тракта методом ИФА исследован уровень гомоцистеина. Показатели липидного обмена изучались общеприняты-

ми методами. Первую опытную группу составили дети с уровнем гомоцистеина 6–10 ммоль/л, вторую – дети с уровнем гомоцистеина более 10 ммоль/л. Контрольную группу составили 35 практически здоровых детей.

Статистическую обработку осуществляли общепринятыми методами, сравнение групп проводили непараметрическими методами (метод Колмогорова-Смирнова) вследствие отсутствия во всех исследуемых группах нормального (гауссова) распределения.

**Результаты.** При сравнении первой опытной группы с контрольной обнаружены достоверные отличия по таким биохимическим показателям, как уровень гомоцистеина, холестерина,  $\alpha$ -холестерина,  $\beta$ -липопротеидов и триглицеридов. При сравнении второй опытной группы с контрольной найдены достоверные отличия по тем же биохимическим показателям. При сравнении первой и второй опытных групп найдены различия по уровням гомоцистеина, холестерина,  $\alpha$ -холестерина,  $\beta$ -липопротеидов и триглицеридов. Нами не обнаружено значимых корреляционных взаимосвязей между уровнем гомоцистеина и другими параметрами.

**Заключение.** Отсутствие взаимосвязи между уровнем гомоцистеина и особенностями липидного спектра свидетельствует о различном патогенезе выявленных нарушений и указывает на независимость двух этих факторов.

#### 60. Нутриционная поддержка в структуре лечения больных с синдромом короткой кишки

Костюченко Л.Н., Кузьмина Т.Н., Лычкова А.Э.,

Ручкина И.Н.

ЦНИИ гастроэнтерологии, Москва, Россия,

e-mail: aprilbird@rambler.ru

**Цель исследования:** повышение эффективности лечения больных с обширными резекциями кишечника.

**Материал и методы.** Наблюдали 170 больных с последствиями резекций кишечника: 39 перенесли операцию по поводу тромбоза сосудов брыжейки тонкой кишки, 24 – по поводу язвенного колита, 15 – по поводу болезни Крона, 4 – после резекций по поводу полипов кишечника, 92 – по поводу кишечной непроходимости различного генеза. По уровню резекции: 42 – после сочетанных тонко-толстокишечных резекций, 26 – гемиколэктомии (16 – левосторонних, 10 – правосторонних), у 87 – изолированных резекции тонкой кишки. По срокам с момента операции: до 1 года, от 1 года до 5 лет и свыше 5 лет.

Методы исследования: 1) общий белок плазмы, ее электролиты, мочевины, креатинин, острофазные белки; 2) копрограмма и короткокопечечные жирные кислоты копрофильтрата; 3) биотест на всасывание; 4) инструментальные методы (УЗИ пищеварительного канала, ЭГДС, рентгеноконтрастные, колоноскопия, электроэнтерография); 5) клиническая оценка состояния кишечника по шкале ЦНИИГ.

**Результаты.** В зависимости от объема перенесенной операции и на основании данных о состоянии остаточной функциональной активности кишечника выделены 2 группы: больные после обширных резекций (длина кишечной культы до 2 м, в том числе больные с суперкороткой кишкой вплоть до 15–35 см) и больные после больших резекций (с остатком кишки более 2 м). У этих больных в схему лечения вводили корректоры микробиоты, а для стимуляции анаболических процессов использовали натуральные компоненты (продукты пчеловодства). В аналогичные контрольные группы входили по 54 человека, получавших традиционную терапию.

**Выводы.** Предложенная схема коррекции гомеостаза более эффективна.

#### 61. Клинико-лабораторные маркеры развития гепаторенального синдрома в неотложной хирургической гастроэнтерологии

Костюченко М.В., Исаев А.И., Добрякова Э.А., Юанов А.А.

МГМСУ, Москва, Россия, e-mail: kmv@m9x1.ru

**Цель исследования:** определить наиболее характерные ранние показатели гепаторенального синдрома у больных, экстренно оперированных на органах желудочно-кишечного тракта.

**Материал и методы.** Проведен анализ клинических и лабораторных параметров у 243 пациентов с развившимся в послеоперационном периоде гепаторенальным синдромом. Алгоритм обследования включал изучение групп синдромов: синдром эндогенной интоксикации, коагулопатию, печеночный компонент (печеночно-клеточную недостаточность и синдром холестаза), почечный компонент, синдром кишечной недостаточности, синдром белково-энергетической недостаточности, иммунопатию. Тяжесть состояния определяли по шкале APACHE II, тяжесть органной недостаточности – по шкалам SOFA и MODS. Статистическая обработка проводилась с помощью программ MS Excel, BioStat 2008.

**Результаты и их обсуждение.** Выявлено, что наиболее значимыми клинико-лабораторными критериями скрытой фазы (до выраженных клинических проявлений) гепаторенального синдрома оказались: ЛЛПИ (лейкоцитарный индекс интоксикации, не менее 3), нейтрофильный индекс ниже 1, молекулы средней массы (МСМ не менее 0,400), креатинин не менее 120, мочевины более 8,0, рост ферментов цитолиза, коагулопатия, синдром кишечной недостаточности 1-2 стадии, снижение минутного объема мочи. Отмечено, что при наличии одновременно более шести маркеров из этой группы клинически выраженный гепаторенальный синдром у больных развивался в течение последующих 2-3 суток.

**Выводы.** Прогнозирование течения послеоперационного периода и развития гепаторенального синдрома с помощью клинико-лабораторных маркеров скрытой фазы гепаторенального синдрома позволяет своевременно выполнять профилактические и лечебные мероприятия в более ранние сроки.

#### 62. Квантовая терапия в комплексном лечении ахалазии кардии

Кригер П.А., Фролов А.В., Мазурин В.С., Гукасян Э.А., Аллавердян А.С.  
МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского, Москва, Россия

Среди хирургических заболеваний пищевода ахалазия кардии является самым распространенным доброкачественным заболеванием и наблюдается примерно в 20% случаев.

В отделении торакальной хирургии МОНИКИ в течение 10 лет по поводу АК лечились 250 больных, средний возраст пациентов составил 48 лет. По применяемым методам лечения пациенты разделились на 3 группы: 1) консервативная (медикаментозная) терапия; 2) комплексный метод лечения, включающий в себя инструментальное, медикаментозное лечение и физиотерапию (в том числе квантовую терапию); 3) оперативное вмешательство.

Лечение АК начинали с применения комплексного метода лечения. Квантовая терапия в применении нами способе лечения занимает равноправное место с остальными его составляющими, в том числе инструментальным расширением кардии. Применение квантовой терапии было общим и местным и направлено на воздействие на различные уровни патогенеза заболевания. Общее воздействие в виде ультрафиолетового облучения крови (УФО) и воздействия низкоинтенсивным лазерным излучением гелий-неонового (He-Ne) лазера на рефлексогенные точки, обусловлено иммунокорректирующим действием, способствующим уменьшению степени воспалительных осложнений АК и профилактике гнойно-воспалительных осложнений у оперированных больных. Рефлексогенное воздействие низкоинтенсивного лазерного излучения He-Ne лазера позволяло уменьшить степень выраженности спазма кардиального жома, что способствовало облегчению проведения кардиодилатации и улучшению ее результатов за счет уменьшения воспалительной реакции, возникающей при кардиодилатации или бужировании, и выраженности формирующегося в последующем рубца.

Комплексным методом было пролечено 156 пациентов, что составило 238 случаев лечения (так как нередко курсы лечения были повторными). 47 пациентов выписаны с клиническим выздоровлением (30,1%), 83 – с улучшением (53,2%), в результате лечения 26 больных существенного эффекта достигнуто не было (16,7%).

Таким образом, квантовую терапию, совместно с инструментальным расширением кардии (пневматическая кардиодилатация и кардиобуживание) и медикаментозной терапией, как малоинвазивный метод лечения, в используемой нами схеме ком-

плексного лечения АК следует применять первым этапом, что дает положительный результат у 83,3% пациентов и позволяет избежать выполнения оперативного вмешательства.

#### 63. Дифференциальная диагностика спонтанного разрыва пищевода (СРП)

Кригер П.А., Мазурин В.С., Прищепо М.И., Калакутская Н.Л.  
МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского, Москва, Россия

**Цель исследования:** улучшить результаты ранней диагностики СРП.

**Материалы и методы.** Проведен анализ результатов ранней диагностики СРП у 13 больных. Все больные переведены в нашу клинику не в первые сутки от начала заболевания. Не смотря на наличие в анамнезе ряда патогномичных симптомов, таких как интенсивная боль в эпигастрии и/или за грудиной, связанные с многократной рвотой на фоне переедания и/или алкогольного опьянения, наличие гидро- и пневмогидроторакса, пневмомедиастиныма и/или подкожной эмфиземы, при первичной госпитализации СРП был выявлен в течение первых суток только у двух больных. В остальных случаях диагноз СРП был установлен на 3-23-и сутки от момента разрыва. 5 больным в момент обращения за медицинской помощью был установлен диагноз перфоративная язва желудка или двенадцатиперстной кишки и проводилась в 2 случаях лапароскопия, в 3 – лапаротомия, после которых правильный диагноз был установлен лишь у 1 пациента. Еще 5 больных лечились в терапевтических отделениях с диагнозами: острый инфаркт миокарда; ТЭЛА; пневмония, осложненная эмпиемой плевры; острый гастрит. Диагноз СРП в итоге устанавливался в отдаленные сроки при лапаротомии (1), дренировании плевральной полости (3), эзофаграфии (5), ЭГДС (4), что затягивало оказание специализированной помощи и ухудшало состояние больных и прогноз течения заболевания.

**Результаты.** В результате поздней диагностики больные поступали в специализированное учреждение в тяжелом и очень тяжелом состоянии, с явлениями гнойного медиастинита и эмпиемы плевры, полиорганной недостаточностью.

**Выводы.** СРП не является редким заболеванием. Диагноз СРП редко устанавливается в отделениях общего профиля в первые сутки. При наличии симптома острой грудной или брюшной боли, возникшей на фоне рвоты, в дифференциальный ряд необходимо вносить СРП.

#### 64. Результаты применения активной хирургической тактики лечения спонтанного разрыва пищевода

Кригер П.А., Мазурин В.С., Прищепо М.И., Фролов А.В.  
МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского, Москва, Россия

**Цель исследования:** оценить результаты хирургического лечения спонтанного разрыва пищевода.

**Материалы и методы.** За 2008-2010 годы в отделении торакальной хирургии лечились 9 пациентов со СРП. Мужчин было 8, женщин – 1, возраст больных колебался от 35 до 52 лет. Все больные переведены в нашу клинику не в первые сутки от начала заболевания в тяжелом и очень тяжелом состоянии с наличием заднего гнойного медиастинита и эмпиемы плевры (у 4 – двусторонней). При первичной госпитализации СРП был выявлен в течение первых суток только у двух больных, а в остальных случаях – на 3-23-и сутки от момента разрыва. 6 больным при поступлении в МОНИКИ произведено ушивание разрыва пищевода, который чаще всего располагался на левой задне-боковой стенке наддиафрагмального сегмента. Операция производилась у 1 больного из торакотомного доступа, у 4 – из лапаротомного, у 1 – из 2 доступов (лапаротомия и торакотомия). Всем больным выполнялась диафрагмотомия, высокая мобилизация нижнегрудного отдела пищевода и дна желудка, разрыв пищевода ушивали в продольном направлении, производили фундопликацию по Ниссену, укрывая зону пищеводных швов стенкой желудка.

**Результаты.** Несостоятельности швов пищевода не было. Все больные, которым произведено ушивание пищевода, выписаны из стационара. У 3 сформировалась остаточная полость эмпиемы

плевры – эти пациенты выписаны с дренажем. Сроки пребывания в стационаре составили от 2 до 5 мес. Срок пребывания в отделении реанимации составил от 2 дней до 3 мес.

**Выводы.** Диагноз СРП редко устанавливается в общехирургических отделениях в 1-е сутки. После адекватной подготовки выполнение ушивания пищевода возможно вне зависимости от его давности. Операция Ниссена является надежным способом профилактики несостоятельности швов при СРП.

#### 65. Диагностика и лечение ахалазии кардии в амбулаторных условиях

Кригер П.А., Фролов А.В., Мазурин В.С.,  
Аллахвердян А.С., Прищепо М.И.

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

Среди хирургических заболеваний пищевода ахалазия кардии является самым распространенным доброкачественным заболеванием (наблюдается примерно в 20% случаев) и приходится преимущественно на работоспособный возраст.

Клиническая картина АК, особенно на ранних стадиях, не всегда однозначно указывает на патологию пищевода. Нередко возникновение боли за грудиной, что на начальном этапе развития заболевания бывает единственной жалобой, расценивается как проявление стенокардии. Врач-терапевт, впервые обследующий пациента, может утвердиться в ложном диагнозе, тем более что клинические проявления купируются приемом нитратов и имеют связь со стрессовой ситуацией.

Запоздалая диагностика, а также неадекватное и несвоевременное начало лечения ахалазии кардии ведут к прогрессированию болезни и появлению осложнений. Наш опыт позволил выявить корреляцию частоты развития и выраженности осложнений АК с длительностью анамнеза заболевания, что позволяет утверждать, что основным моментом профилактики развития осложнений ахалазии кардии является своевременное выявление, а соответственно, и лечение заболевания. В связи с этим очень важна роль амбулаторных учреждений, куда пациенты обращаются в первую очередь.

В диагностике и лечении заболевания важная роль принадлежит работе кабинета гастроэнтеролога: правильный сбор анамнеза, определение диагностического алгоритма, своевременное направление на стационарное лечение, наблюдение и осуществление реабилитации пациентов после инструментального (кардиобуживание и кардиодилатация) и оперативного лечения. К наиболее информативным методам обследования при данной патологии относятся рентгенологическое исследование пищевода и желудка, а также эндоскопическое исследование пищевода и, при возможности, желудка с одномоментным проведением биопсии из места патологического сужения, позволяющие провести дифференциальную диагностику со всеми заболеваниями, характеризующимися схожим симптомокомплексом.

Таким образом, на примере ахалазии кардии мы видим, что при правильной организации амбулаторной помощи населению происходит улучшение и оптимизация лечения данной патологии.

#### 66. Вирусы простого герпеса и хронический гастрит у пациентов разного возраста

Крулевский В.А., Новикова В.П., Петровский А.Н.  
Санкт-Петербургская ГМА им. И.И. Мечникова,  
Санкт-Петербургская ГПМА, Россия

**Цель исследования:** изучить взаимосвязь инфицирования вирусом простого герпеса 1 и 2 типов и хронического гастрита у пациентов разного возраста.

**Материал и методы.** Нами изучен материал от 103 детей от 8 до 17 лет и от 49 взрослых пациентов в возрасте от 19 до 70 лет с морфологически верифицированным хроническим гастритом. В парафиновых срезах, окрашенных гематоксилином и эозином, изменения слизистой оболочки тела и антрального отдела желудка оценивались по стандартной визуально-аналоговой шкале полуквантитативным методом. Проводилось также иммуногистохимическое исследование биоптатов слизистой оболочки желудка. Антигены вирусов простого герпеса выявляли на парафиновых срезах

биоптатов. В качестве первых антител использовали поликлональные антитела к вирусам простого герпеса 1 и 2 типов (производства ДАКО). Использовали авидин-биотиновую систему детекции. На первом этапе на депарафинированные срезы наносили немецкие первичные антитела, далее следовали биотинилированные вторичные антитела, и затем инкубировали с авидин-биотиновым комплексом с пероксидазой хрена. Продукт реакции выявлялся по наличию светло- и темно-коричневых гранул в структурах слизистой оболочки желудка при микроскопическом исследовании в обычном оптическом микроскопе.

**Результаты.** Антигены вирусов простого герпеса 1 и 2 типов в слизистой оболочке желудка обнаружены у 34,9% взрослых пациентов и у 26,5% детей. Наличие в слизистой оболочке тела и антрального отдела желудка антигенов вируса простого герпеса никак не влияло на степень активности гастрита ( $p > 0,05$ ) как у детей, так и у взрослых ( $p > 0,05$ ).

**Заключение.** Роль вирусов простого герпеса 1 и 2 типов в генезе хронического гастрита у пациентов разного возраста не доказана.

#### 67. Комплексная терапия целиакии, оценка ее эффективности. Методы профилактики и диспансеризации

Крумс Л.М., Парфенов А.И., Сабельникова Е.А.,  
Гудкова Р.Б., Воробьева Н.Н.

ЦНИИ гастроэнтерологии, Москва, Россия

**Цель работы:** изучить особенности лечения больных целиакией в зависимости от тяжести синдрома нарушенного всасывания (СНВ), наличия хронической диареи, обосновать показания к диспансеризации.

**Материал и методы.** Обследованы 207 больных целиакией, из них 173 женщины. Диагноз подтвержден серологически и морфологически. Контрольную группу составили 15 волонтеров. В дуоденальном содержимом определялись ферменты поджелудочной железы. Проводились посевы кала и содержимого тонкой кишки.

**Результаты.** Основным методом лечения больных целиакией является строгое, пожизненное соблюдение аглутеновой диеты (АГД). В зависимости от степени СНВ проводится медикаментозная терапия. Медикаментозное лечение направлено на: а) коррекцию метаболических нарушений, б) устранение диареи и в) восстановление эубиоза кишечника. При отсутствии диарейного синдрома, симптомов СНВ, лечение ограничивается назначением АГД. Больным с диарейным синдромом применяются ферментные препараты, длительно. С целью восстановления эубиоза кишечника проводятся последовательные курсы антибактериальных препаратов, про- и пребиотиков. Используются адсорбенты, вяжущие препараты, средства, замедляющие кишечную перистальтику. При СНВ I степени одновременно с АГД назначается комплекс витаминов. При СНВ II степени проводится коррекция водно-электролитных нарушений и лечение ЖДА. При тяжелой белковой недостаточности, сопровождающей СНВ III степени, применяются препараты, содержащие цельный белок, а также смеси аминокислот, проводится нутритивная поддержка. Больным с СНВ III степени и торпидным течением заболевания назначаются глюкокортикостероиды. Профилактика обострений заболевания состоит в строгом соблюдении АГД.

**Заключение.** Целями диспансерного наблюдения являются: контроль соблюдения АГД, своевременное выявление онкологических и аутоиммунных заболеваний, лечение сопутствующих заболеваний.

#### 68. Параметры эритроцитов как новый неинвазивный способ диагностики степени фиброза печени

Кручинина М.В., Курилович С.А., Громов А.А.,  
Генералов В.М.<sup>1</sup>, Шакиров М.М.<sup>2</sup>

НИИ терапии СО РАМН, Новосибирск,<sup>1</sup> ГНЦ вирусологии и биотехнологии «Вектор» Роспотребнадзора, п. Кольцово,<sup>2</sup> Институт органической химии СО РАН, Новосибирск, Россия

**Цель:** исследовать параметры эритроцитов (Эр) у пациентов с разной степенью фиброза печени для определения возможности

использования этих параметров как нового неинвазивного метода диагностики.

**Материалы и методы.** Обследованы 19 мужчин 35-60 лет с диффузной патологией печени (5 – с фиброзом I-II степени, 14 – с III-IV, подтвержденным биопсией) и 33 практически здоровых. Структуру мембран, уровень макроэргических соединений Эр исследовали методом  $^{13}\text{C}$ ,  $^{31}\text{P}$  ЯМР-спектроскопии, электрические, вязкоупругие свойства – диэлектрофорезом в частотном диапазоне  $0,05 \cdot 10^6$ – $1 \cdot 10^6$  Гц.

**Результаты.** При III-IV степени фиброза печени отмечена большая, чем при фиброзе I-II, интенсивность пиков  $^{13}\text{C}$  ЯМР-спектров Эр, отражающих резонансы неароматических аминокислот (цистеина, глицина, глутаминовой кислоты, метионина), насыщенных жирных кислот, холестерина, и меньшая площадь пиков спектра, содержащего резонансы ароматических и неароматических аминокислот, ненасыщенных жирных кислот ( $p < 0,0001$ – $0,05$ ). В фосфорном спектре при III-IV степени фиброза преобладали площади резонансов глюкозо-6-фосфатов, АМФ, ИМФ, пирофосфатов, 2,3-ДФГ, а интенсивности пиков АТФ ( $\alpha$ ,  $\beta$  и  $\gamma$ ), УТФ ( $\alpha$  и  $\gamma$ ), Нв- и Mg-АТФ,  $\beta$ - и  $\alpha$ -АДФ были ниже, чем при фиброзе I-II ( $p < 0,01$ – $0,05$ ). По мере нарастания степени фиброза увеличивались величины жесткости, вязкости, среднего диаметра, индексов агрегации, деструкции, электропроводности мембран Эр, а амплитуда деформации Эр, емкость, поверхностный заряд мембран снижались ( $p < 0,001$ – $0,05$ ). Получены дискриминирующие значения параметров Эр для разных степеней фиброза печени.

**Выводы.** Выявленные различия структурно-функциональных характеристик эритроцитов при разных степенях фиброза печени позволяют надеяться на возможность разработки нового способа неинвазивной диагностики.

## Л

### 69. Частота запоров у взрослого населения Москвы

Лазебник Л.Б., Прилепская С.И., Парфенов А.И., Барышников Е.Н., Косачева Т.А.  
ЦНИИ гастроэнтерологии, Москва, Россия

**Цель исследования:** оценить распространенность симптомов запора во взрослой городской популяции и их взаимосвязь с различными факторами.

**Материалы и методы.** Данные были получены в рамках многоцелевого исследования МУЗа (Мягкое Устранение Запора) после обследования 1189 лиц старше 18 лет (около 100 человек обоего пола в каждой возрастной группе 18-24, 25-34, 35-44, 45-54, 55-64, 65 и более лет). Проведено анкетирование с помощью специально созданного опросника, включавшего вопросы о запоре согласно Римским критериям III.

**Результаты.** Частота запора (наличие 2 и более симптомов) у женщин оказалась достоверно выше ( $p < 0,001$ ): 29,8% и 14,3% соответственно. Среди всех опрошенных персистенцию симптомов более 3 мес отметили 16,4%. Частота запора была достоверно ( $p < 0,001$ ) выше среди лиц с ИМТ  $> 25 \text{ кг/м}^2$ , чем среди лиц с нормальной массой тела (29,0% против 14,8%). Потребление овощей и фруктов, злаков чаще, чем через день, хлеба из муки грубого помола или с отрубями, потребление жидкости более 1 л/день, физическая активность чаще 1 раза в неделю, количество родов не более 1 ассоциировалось с достоверно более низкой частотой запора: 19,9% против 34,7%; 19,4% против 37,8%; 18,6% против 28,1%; 20,7% против 37,2%; 16,5% против 26,5%; 26,2% против 36,5% соответственно. Число приемов пищи в течение дня не влияло на частоту запора.

**Заключение.** Частота всех симптомов запора выше у женщин. Потребление фруктов и овощей, злаков, хлеба из муки грубого помола или с отрубями, физическая активность – факторы, уменьшающие частоту симптомов запора. Общая распространенность хронического запора (присутствие 2 и более симптомов в течение более 3 мес) среди городского населения составляет 16,4%.

### 70. Распространенность рака, полипов и дивертикулеза толстой кишки у страдающего запорами взрослого населения Москвы

Лазебник Л.Б., Прилепская С.И., Парфенов А.И., Барышников Е.Н., Косачева Т.А.  
ЦНИИ гастроэнтерологии, Москва, Россия

**Цель исследования:** оценить распространенность дивертикулеза (ДТК), полипов (КРП) и рака толстой кишки (КРР) среди взрослого городского населения, имеющего симптомы хронического запора и/или симптомы тревоги.

**Материалы и методы.** Опрошены 1189 случайно выбранных взрослых (около 100 человек обоего пола в каждой возрастной группе 18-24, 25-34, 35-44, 45-54, 55-64, 65 и более лет) в рамках исследования МУЗА (Мягкое Устранение Запора). Лицам, имеющим симптомы запора и/или симптомы тревоги, предлагалось выполнить колоноскопию (КС). Согласились пройти обследование 222 человека.

**Результаты.** Хотя бы 1 симптом тревоги выявлен у 11,3%. Наиболее часто встречался симптом «кровь в кале» – 4,9%, наследственная отягощенность у 3,5%, боль в животе – 3,3%. Встречаемость хотя бы 1 симптома («кровь в кале», похудание) была достоверно выше среди лиц старше 55 лет. Распространенность заболеваний среди всех прошедших КС составила для ДТК 16,2%, КРП – 10,8%, КРР – 4,5%. Распространенность КРР среди лиц старше 55 лет с примесью крови в кале и наследственной отягощенностью была достоверно выше, чем среди всех обследованных: 25,0% и 21,1% соответственно. Наибольшей прогностической ценностью в отношении выявления КРР была комбинация: кровь в кале + наследственная отягощенность – 50%, наименьшей – боль в животе – 4,8%.

**Заключение.** У лиц старше 55 лет с наследственной отягощенностью по КРР и/или имеющих кровь в кале высокий риск заболевания КРР. Сочетание симптомов: примесь крови в кале + наследственная отягощенность имеет наибольшую прогностическую ценность в отношении выявления КРР.

### 71. Фактор некроза опухолей и его растворимые рецепторы типа II и этиология хронического гепатита и цирроза печени

Левитан Г.Б., Астахин А.В., Левитан Б.Н., Ларина Н.Н.  
Астраханская ГМА, Россия

**Цель:** изучить содержание фактора некроза опухолей (ФНО) и его растворимых рецепторов типа II (sTNF-RII) в сыворотке крови при хронических гепатитах (ХГ) и циррозах печени (ЦП) вирусной, алкогольной и смешанной этиологии.

**Материал и методы.** Обследованы 50 больных ХГ, 47 – ЦП и 30 здоровых доноров. Исследование концентрации ФНО проведено методом иммуноферментного анализа (ИФА) с использованием тест-набора ProCог TNF- $\alpha$  («Протеиновый контур», С.-Петербург), sTNF-RII – с помощью тест-набора BioSource sTNF-RII-EASIA («BioSource», Бельгия).

**Результаты.** Концентрация ФНО в группе больных ХГ в среднем составила  $(84,1 \pm 10,9)$  пкг/мл, ЦП –  $(138,1 \pm 20,0)$  пкг/мл, что было достоверно выше, чем у доноров –  $(23,5 \pm 6,0)$  пкг/мл. Содержание sTNF-RII при ХГ и ЦП, в свою очередь, было достоверно выше нормы (соответственно  $(7,3 \pm 0,3)$  пкг/мл и  $(13,2 \pm 2,2)$  пкг/мл против  $(3,5 \pm 0,5)$  пкг/мл). Достоверное повышение средних значений концентрации sTNF-RII, являющихся естественным ингибитором ФНО, наблюдалось при всех этиологических вариантах ХГ и ЦП, но наиболее значительный рост показателей был выявлен у больных с вирусной этиологией заболевания. Причем при ЦП концентрация рецепторов в различных этиологических группах значительно превышала соответствующие параметры при ХГ. Нарастание уровня sTNF-RII при вирусных ХГ и ЦП не зависело от характера воздействия на гепатоциты различных (HBV и HCV) видов гепатотропных вирусов.

**Заключение.** Установлено, что при ХГ и ЦП наряду с повышением концентрации ФНО нарастает содержание sTNF-RII в сыворотке крови, что может способствовать появлению у больных преимущественно ЦП заблокированных, малоактивных форм цитокина.

- 72. Клинико-морфологические изменения слизистой оболочки тела желудка у больных разных рас с язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки, ассоциированной с хеликобактерной инфекцией**  
 Леонтьева Н.И., Абдулжапарова М.А., Щербаков И.Т., Грачева Н.М., Щербакова Э.Г.  
 МНИИЭМ им. Г.Н. Габричевского, Проблемная лаборатория медицинской цитологии РМАПО, РГМУ (каф. гастроэнтерологии постдипломного образования), Москва, Россия

**Цель исследования:** изучить изменения слизистой оболочки тела желудка (СОТЖ) у европейских добровольцев, а также у европейцев и японцев, больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки (ЯБДПК), ассоциированной с хеликобактерной инфекцией (ХИ).

**Материал и методы.** Гистологическим, морфометрическим, бактериоскопическим методами изучены 72 биоптата СОТЖ у 6 европейских добровольцев (К), у 12 европейцев (I) и 6 японцев (II), больных ЯБДПК, ассоциированной с ХИ.

**Результаты.** В норме в СОТЖ не обнаружена ХИ и патологические изменения. В I группе при обострении ЯБДПК в СОТЖ в 91,7% верифицирован хронический фундальный гастрит В (ХФГВ) выраженной (25%) и умеренной (50%) активности. При этом 48% показателей отличались от К. Во II группе в СОТЖ в 100% случаев диагностирован ХФГВ с выраженной (20%) и умеренной активностью процесса (40%). Морфометрически в СОТЖ также 48% показателей отличались от К. Сопоставление объективных данных СОТЖ у пациентов I и II групп выявили различия 52% показателей. У больных II группы в СОТЖ уменьшалась глубина ямочек и возрастала высота эпителия главных желез; в поверхностном эпителии снижалась инфильтрация лимфоцитами и возрастало число эозинофилов и нейтрофилов; инфильтрация гранулоцитами ямочного и железистого эпителия была высокой; в главных железах желудка было больше главных клеток; в строме СОТЖ снижалось число лимфоцитов и плазмочитов.

**Заключение.** У японцев, больных ЯБДПК, изменения в СОТЖ менее значимы, чем у европейцев, что свидетельствует о большей выраженности воспаления у последних, и это, очевидно, связано с образом жизни и питанием.

- 73. Дисбактериоз кишечника у больных с хроническими заболеваниями желудочно-кишечного тракта, ассоциированными с пилорическим хеликобактером**  
 Леонтьева Н.И., Грачева Н.М., Щербаков И.Т., Щербакова Э.Г., Соловьева А.И.  
 МНИИЭМ им. Г.Н. Габричевского; 1-я ИКБ, Москва, Россия

**Цель исследования:** оценить влияние дисбактериоза кишечника (ДК) на развитие и течение хронических заболеваний желудочно-кишечного тракта (ХЗЖКТ), ассоциированных с пилорическим хеликобактером (НР).

**Материал и методы.** Наблюдались 48 больных в возрасте 20-40 лет (мужчин 23, женщин 25) с ХЗЖКТ, ассоциированными с НР (хронический гастрит – ХГ, хронический гастродуоденит – ХГД, язвенная болезнь желудка – ЯБЖ и язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки – ЯБДПК). Комплексное обследование включало: клиническое наблюдение за больными; эндоскопию желудка и двенадцатиперстной кишки (ДПК) с биопсией слизистой оболочки (СО) и уреазным тестом; микробиологическое исследование содержимого ДПК (согласно стандарту по дисбактериозу кишечника, 2002); гистобактериоскопию биоптатов СО желудка и СО ДПК.

**Результаты.** У 25 пациентов диагностирована ЯБДПК, у 2 – ЯБЖ, у 21 – ХГ и ХГД. Уреазный тест у всех больных был положительным. Обсемененность СО антрального отдела и тела желудка НР в 85% случаев была высокой (+++ и ++). В ходе обследования гомогенатов ДПК при отсутствии НР в 85% был выявлен выраженный ДК кишечника (II-III ст.) с преобладанием

кокково-грибковых ассоциаций (82% и 72% соответственно). В гастробиоптатах СОДПК выявляли дегрануляцию клеток Панета (72,7%), гиперплазию подслизистых желез (27,2%), желудочную метаплазию кишечных ворсинок (18%) и эозинофилию стромы (18,5%). В клеточном инфильтрате СОДПК преобладали лимфоциты, что при отсутствии НР и в сочетании с ДК свидетельствует о выраженности воспаления и, очевидно, его влиянии на СО.  
**Заключение.** Лечебные мероприятия при ХЗЖКТ, ассоциированных с НР, необходимо проводить с учетом выраженности ДК в СОДПК и морфологических изменений в ней, используя лакто-содержащие пробиотики.

- 74. Полиморфизм IL 17 как фактор прогноза течения неспецифического язвенного колита**  
 Ливзан М.А., Макейкина М.А., Пярова Л.Н.  
 Омская ГМА, Россия

**Цель:** оценить влияние полиморфизма IL17-197 и 7488 на течение неспецифического язвенного колита (НЯК).

**Материалы и методы.** Общеклиническим, молекулярно-генетическим (аллель-специфичная ПЦР), эндоскопическим, гистологическим методами обследованы 22 пациента. Из обследованных 12 женщин, 10 мужчин в возрасте от 18 до 59 лет, длительность заболевания не менее 3 лет.

**Результаты.** Среди обследованных пациентов у 17 человек отмечается восприимчивость к препаратам 5АСК, из них у 10 пациентов легкое течение заболевания, у 6 среднетяжелое, у 1 тяжелое. Именуемая место в 5 случаях неэффективность препаратов 5АСК в качестве базисной терапии для поддержания ремиссии обуславливает формирование потребности в цитостатической терапии. У всех больных имело место тяжелое течение заболевания.

У 6 пациентов из 22, включенных в исследование, проведено генотипирование IL17-197 и 7488. Более молодой возраст (до 36 лет) дебюта заболевания отмечен в 4 случаях при носительстве мутантной гетерозиготы АГ IL17-197. Было установлено, что мутантная гетерозигота АГ IL17-197 встречается у 4 из 6 пациентов, при этом у 2 из этого числа отмечается легкое течение заболевания, у 2 оставшихся – среднее и тяжелое течение, тогда как в 3 случаях из 4 при наличии данной мутантной гетерозиготы отмечается хроническое рецидивирующее течение. В 1 случае из 6 отмечены неэффективность препаратов 5АСК, формирование стероидозависимости, потребности в цитостатической терапии при данном полиморфизме гена IL17. У 3 пациентов при данном генотипе отмечается хорошая восприимчивость к базисной терапии препаратами 5АСК.

У 2 пациентов из 6 при генотипировании выявлена нормальная гомозигота АА IL17-197. Мутантной гомозиготы ГГ не выявлено ни у одного из обследуемых пациентов.

**Заключение.** Представляется целесообразным дальнейшее изучение влияния полиморфизма IL17-197 и 7488 на течение НЯК.

- 75. Качество жизни больных ГЭРБ под влиянием антисекреторной терапии**  
 Ливзан М.А., Юргель В.В., Костенко М.Б., Душеба Е.Е.  
 Омская ГМА (курс гастроэнтерологии последипломного образования), Россия

**Цель:** в когортном проспективном исследовании изучить связанное со здоровьем качество жизни больных гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью (ГЭРБ) под влиянием антисекреторной терапии.

**Материалы и методы.** Критерии включения в исследование: пациенты, страдающие неэрозивной формой ГЭРБ, в возрасте от 20 до 50 лет включительно, информированное согласие на участие в исследовании. Критерии исключения из исследования: беременность, лактация, осложненное течение заболевания (в том числе и наличие внепищеводных проявлений), прием лекарственных препаратов, которые могут влиять на течение заболевания. Соответственно критериям исследуемая когорта была сформирована из 80 больных НЭРБ. Средний возраст составил (38±5) лет. Обследование включало: клиническое наблюдение в динамике, проведение ЭФГДС, тестирование по опросникам качества жизни

ни SF-36 на момент включения в исследование и далее через 4 недели и GRSR на момент включения в исследование и далее еженедельно. Пациенты были методом рандомизации разделены на 2 группы – основную группу (40 пациентов) и группу сравнения (40 пациентов). Больным основной группы с первого дня терапии был назначен ингибитор протонной помпы (ИПП) рабепразол 10 мг в сутки; больные группы сравнения получали омепразол 20 мг/сут. На фоне терапии допускался прием антацидного препарата в режиме «по требованию».

**Результаты.** При включении в исследование кратность приема антацидного препарата больными обеих групп составляла 2,4. Через сутки от начала терапии антацид в режиме «по требованию» принимали 3 пациента основной группы и 16 группы сравнения, через 3 дня – 14 больных только группы сравнения, что свидетельствует о более быстром и более выраженном кислото-супрессивном эффекте рабепразола в сравнении с омепразолом. При тестировании опросником GRSR через 7 дней от начала терапии отмечался статистически достоверно более высокий уровень качества жизни больных основной группы в сравнении с пациентами группы сравнения. Выявленные тенденции подтверждались и при анализе результатов опроса SF36: у больных группы сравнения уровень качества жизни был статистически достоверно ниже по шкалам физического ролевого функционирования и ролевого эмоционального функционирования.

**Заключение.** Назначение рабепразола позволяет в короткие сроки повысить качество жизни, связанное со здоровьем, у больных ГЭРБ в сравнении с терапией омепразолом.

#### 76. Хеликобактериоз и хронический атрофический гастрит

Лимарева Ю.А.

Санкт-Петербургская ГМА им. И.И. Мечникова, Россия

**Цель исследования:** разработка методов ранней диагностики рака желудка, непосредственно связанная с выявлением предраковых заболеваний и предраковых изменений.

Для достижения поставленной цели предполагалось решить следующие задачи:

– изучить распространенность атрофических изменений слизистой оболочки в теле и антральном отделе желудка в зависимости от инфицированности *Helicobacter pylori* и характера заболевания;

– установить взаимосвязь между эндоскопическими и гистологическими изменениями слизистой оболочки у больных с язвенной болезнью желудка, полипом желудка, раком желудка и хроническим атрофическим гастритом.

**Материалы и методы.** Проведено комплексное обследование 40 пациентов, находившихся на стационарном лечении в отделении гастроэнтерологии больницы им. Петра Великого СПбГМА им. И.И. Мечникова. Из них 14 пациентов были с язвенной болезнью желудка (35%); 7 – с полипом желудка (17,50%); 9 – с раком желудка (22,50%); 10 – с хроническим атрофическим гастритом (25%). Возраст больных варьировал от 20 до 86 лет. Средний возраст больных составил 64,1 года, преобладала возрастная группа старше 70 лет.

Эндоскопическое исследование проводилось аппаратом фирмы «Olympus» (Япония). У больных хроническим гастритом и язвенной болезнью выполнена биопсия из антрального отдела желудка и передней и задней стенок в средней трети тела желудка, у больных раком желудка – из слизистой оболочки желудка вне опухоли и ткани опухоли. Проведены также быстрый уреазный тест на *Helicobacter pylori*, морфологическое исследование биоптата, определение степени обсеменения слизистой оболочки пилорическим хеликобактером.

**Результаты исследований и обсуждение.** Все больные язвенной болезнью с локализацией язвы в желудке оказались НР-позитивными. Из них у 2 (14,29%) пациентов НР+, у 2 (14,29%) – НР++, у 10 (71,43%) – НР+++. Атрофические изменения в теле желудка были выявлены у 10 (71,43%) пациентов, у 4 (28,57%) атрофические изменения не выявлялись. При оценке морфологических изменений у больных с язвенной болезнью желудка у 6 пациентов (42,86%) кишечной метаплазии не отмечалось, у 2

(14,28%) она была слабо выражена, у 6 (42,86%) была очаговая. Лимфоцитарная инфильтрация наблюдалась у 13 пациентов (92,86%), у 1 (7,14%) отсутствовала. Также все больные с полипом желудка оказались НР-позитивными. Из них у 2 пациентов (28,57%) НР+, у 2 (28,57%) – НР++, у 3 (42,86%) – НР+++. При морфологическом исследовании у больных с полипом желудка у 1 пациента (14,28%) не было кишечной метаплазии, у 3 (42,86%) – слабо выражена, у 3 (42,86%) определялась очаговая метаплазия. Атрофические изменения были у 7 пациентов (100%). Лимфоцитарная инфильтрация наблюдалась у 6 пациентов (85,71%). У 1 (14,29%) инфильтрация отсутствовала. Среди больных раком желудка у 3 пациентов (33,3%) был НР++, у 2 (22,2%) – НР+++, у 4 (44,4%) НР не выявлен. Гистологически у 9 пациентов (100%) выявлялась атрофия. При морфологическом исследовании у 3 пациентов (33,3%) выявлялась слабо выраженная метаплазия, у 6 (66,67%) – очаговая метаплазия, у всех – лимфоцитарная инфильтрация. Среди больных хроническим атрофическим гастритом НР-позитивных было 9 (90%), НР-негативных – 1 (10%). Гистологически у 10 пациентов (100%) выявлялась атрофия слизистой. При морфологическом исследовании у 1 (10%) метаплазия не определялась, у 4 (40%) определялась слабо выраженная метаплазия, у 5 (50%) – очаговая. Лимфоцитарная инфильтрация у 5 (50%) присутствовала и у 5 (50%) отсутствовала.

**Выводы.** Наличие, распространенность и степень выраженности атрофических изменений слизистой оболочки желудка зависят от характера заболевания и инфицирования *Helicobacter pylori*. Эндоскопический и гистологический методы исследования могут быть использованы в оценке прогноза и эффективности лечения больных, страдающих опухолевыми и неопухолевыми заболеваниями желудка при инвазии *H. pylori*.

#### 77. Особенности эндоскопической картины у больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки с перфорацией язвы в анамнезе

Любская Л.А., Колесникова И.Ю.

Тверская ГМА, Россия

**Цель:** сопоставить особенности эндоскопической картины у больных с различным течением язвенной болезни двенадцатиперстной кишки (ЯБДК).

**Материалы и методы.** Обследованы 84 больных с ЯБДК в стадии эндоскопически верифицированного рецидива заболевания. В 1-ю группу вошли 43 пациента (мужчин 34, женщин 9; средний возраст (35±2) года) с неосложненным течением ЯБДК, а во 2-ю – 41 больной (мужчин 37; женщин 4; средний возраст (35,5±2,3) года) с перфорацией язвы в анамнезе. Всем пациентам выполнено клиническое обследование и ЭГДС.

**Результаты.** Средний размер язвенного дефекта составил у больных с ЯБДК с осложненным течением (6,9±0,9) мм, а при неосложненном течении – (5,8±0,3) мм (p<0,05). При осложненном течении заболевания чаще отмечались множественные язвенные дефекты слизистой оболочки (у 15% больных), тогда как при неосложненном течении – одиночные язвенные поражения, а множественные только у 8% пациентов; p<0,05. Эндоскопические признаки недостаточности кардии или ГПОД были выявлены у 34% больных 1-й группы и 23% – 2-й (p<0,05). Катаральный эзофагит у больных с перфорацией язвы в анамнезе диагностировался в 50% случаев, в то время как при неосложненном течении ЯБДК – в 23% (p<0,05), частота выявления эрозивного эзофагита составила 20% и 7% соответственно (p<0,05). Неизменная слизистая пищевода достоверно чаще встречалась у пациентов 1-й группы (70%), чем у 2-й (30%; p<0,05). При эндоскопическом исследовании у больных обеих групп в 100% случаев был диагностирован антральный гастрит и дуоденит. Поверхностный гастрит и дуоденит у больных с ЯБДК с осложнением в анамнезе составил 48% и 75%, а при неосложненном течении – 74% (p<0,05) и 90% (p<0,05) соответственно. Признаки очаговой атрофии слизистой оболочки у больных с осложненным и неосложненным течением составили 1,2% и 2,4% (p<0,05) соответственно. Признаков диффузной атрофии слизистой оболочки желудка выявлено не было. Эрозивный гастродуоденит встречался чаще в группе пациентов с осложненным течением ЯБДК, чем при не-

осложненном течении (77% и 36% соответственно;  $p < 0,05$ ). При этом эрозивный гастрит у больных 1-й и 2-й группы соответственно составил 52% и 26%, эрозивный дуоденит – 25% и 10% ( $p < 0,05$ ). У всех обследованных пациентов с ЯБДК изменения слизистой постбульбарных отделов и зияния привратника не отмечалось. Частота выявления дуоденогастрального рефлюкса в 1-й группе составила 38%, а во 2-й – 26% ( $p < 0,05$ ).

**Выводы.** У пациентов с неосложненным течением ЯБДК при эндоскопическом исследовании множественные язвенные дефекты и эрозивное поражение слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки выявляются реже, а ДГР и недостаточность кардии чаще, чем у больных ЯБДК с перфорацией язвы в анамнезе.

#### 78. Морфофункциональная характеристика тонкой кишки при хроническом панкреатите с сопутствующим метаболическим синдромом

Ляпина М.В., Митрюков В.В., Быданов В.А.,  
Вахрушев Я.М.  
Ижевская ГМА, Россия

**Цель работы:** изучение особенностей изменений морфологического и функционального состояния тонкой кишки при хроническом панкреатите (ХП) с сопутствующим метаболическим синдромом (МС).

**Материалы и методы.** Обследованы 45 больных. Средний возраст составил (50,6±1,6) года. Функциональное состояние тонкой кишки изучали с помощью тестов комплексной диагностики. Было проведено гистологическое исследование препаратов постбульбарного отдела двенадцатиперстной кишки методом световой микроскопии.

**Результаты.** У 63% больных ХП с сопутствующим МС выявлено снижение мембранного пищеварения в кишечнике по нагрузочному тесту с сахарозой, у 76% больных – снижение полостного пищеварения по тесту с крахмалом. У 58% больных установлено снижение всасывания в кишечнике по пробе с Д-ксилозой. В ходе гистологического исследования были выявлены дегенеративные изменения эпителия ворсин, их десквамация (80%), дистрофические изменения дуоденальных желез (около 40%) и лишь в пятой части материала было обнаружено воспаление слабой степени активности (инфильтрация ворсин и подслизистого слоя сегментоядерными лейкоцитами), соответствующее поверхностному дуодениту.

**Заключение.** У большинства больных ХП с сопутствующим МС наблюдается нарушение процессов переваривания и всасывания на фоне дегенеративных и дистрофических изменений слизистой оболочки тонкой кишки.

## М

#### 79. Прогностические факторы формирования стероидозависимости / стероидорезистентности при воспалительных заболеваниях кишечника

Макейкина М.А.<sup>1</sup>, Ливзан М.А.<sup>1</sup>, Калинина Е.В.<sup>2</sup>  
<sup>1</sup>Омская ГМА, <sup>2</sup>МСЧ УВД по Омской области, Россия

**Цель исследования:** для оптимизации курации пациентов с неспецифическим язвенным колитом изучить клинические прогностические факторы течения заболевания, ассоциированные с потребностью иммуносупрессивной (цитостатической) терапии.

**Материалы и методы исследования.** Исследуемую когорту составили 45 страдающих НЯК не менее 5 лет больных в возрасте от 28 до 62 лет (средний возраст (43±5) лет), 19 мужчин и 26 женщин. Проведено общеклиническое обследование пациентов, копрологическое исследование (в том числе и для исключения гелиминтозов и кишечной инфекции), фиброколоноскопия с биопсийным исследованием слизистой оболочки толстой кишки.

**Результаты исследования.** В когортном сравнительном исследовании «случай-контроль» выявлены клинические прогностические факторы потребности иммуносупрессивной (цитостатической) терапии для лечения больных неспецифическим язвенным колитом: дебют заболевания в возрасте до 25 лет (OR = 1,5); непрерывно-рецидивирующий характер течения заболевания

(OR = 2,7); активность заболевания в течение первого года 4 балла и выше по международной шкале Мейо (OR = 4,1).

**Заключение.** Полученные нами данные свидетельствуют об информативности клинических признаков, позволяющих прогнозировать формирование стероидозависимости / стероидорезистентности с планированием цитостатической / антицитокиновой терапии.

#### 80. Роль нейроиммунного и эндокринологического обеспечения течения язвенной болезни при различных личностных особенностях пациентов

Макиенко В.В., Соловьева О.И., Немировский В.С.  
СПбМАПО, Санкт-Петербург, Россия

**Цель исследования:** изучить роль нейроэндокринологических особенностей при отдельных доминирующих психологических тенденциях в структуре личности больных язвенной болезнью.

**Материалы.** Обследованы более 100 больных ЯБ в стадии ремиссии и обострения с различной локализацией патологического процесса.

**Методы.** Изучали динамику клинического течения болезни при многообразии личностных характеристик больных, имеющих различные величины экскреции биогенных аминов.

**Полученные результаты.** Доминирование «шизоидных особенностей личности» сочетается с наибольшим содержанием в крови ацетилхолина – (184,9±27,4) нмоль/л и (891,3±89,0) нмоль/л при сравнительно низких показателях катехоламиновой экскреции: ДОФА – (316,9±49,2) нмоль/сут, дофамин – (1918,1±331,9) нмоль/сут, норадреналин (174,9±31,9) нмоль/сут, адреналин – (28,4±6,0) нмоль/сут, тогда как при «психастенических личностных особенностях» наблюдались самые низкие показатели АХ – (27,4±1,4) нмоль/л, НОКС – (92±17) мг/л и наиболее высокие величины экскреции катехоламинов: дофамина – (2602±436) нмоль/сут, норадреналина – (223,4±34,9) нмоль/сут, адреналина – (48,6±7,6) нмоль/сут. Самые низкие величины выделения катехоламинов наблюдались при доминировании «склонности к ипохондрии».

**Выводы.** 1. Установленные связи позволяют предполагать различный характер мобилизации отдельных звеньев патогенеза заболевания. 2. Наличие у больных определенных личностных черт позволяет говорить и о личностно обусловленном своеобразии течения болезни, и о необходимости индивидуализированного решения вопросов терапии – через познание личности.

#### 81. К молекулярным механизмам патогенеза кальцифицирующего панкреатита

Мартусевич А.К., Симонова Ж.Г.  
Кировская ГМА, Россия

Высокая частота хронической патологии поджелудочной железы, а также чрезвычайная ситуация по алкоголизму у населения РФ обуславливают значимость раскрытия патогенеза хронического алкогольного панкреатита, наиболее распространенным вариантом которого является кальцифицирующий.

**Цель исследования:** критический анализ сведений о молекулярных механизмах патогенеза указанного заболевания.

Amaud J.P. с соавт. (1981) в панкреатическом соке пациентов с хроническим алкогольным поражением поджелудочной железы впервые обнаружил новый гликопротеин, в дальнейшем получивший название «литостатин» (ЛС). Первично была установлена связь сниженного его уровня с формированием панкреатических агрегатов и, следовательно, кальцификацией органа. Продолжение изысканий в данном направлении позволило получить достаточно противоречивые сведения об ингибирующем эффекте ЛС в отношении кристаллизации солей кальция, причем необходимая для этого концентрация вещества *in vitro* у разных авторов варьирует в пределах 2 порядков (1,2 до 500 мкмоль/л). Для физиологического метаболита ЛС – N-терминального пептида, одно время рассматривавшегося в качестве «кандидатного» агента-ингибитора, также не получено убедительных доказательств.

В настоящее время существуют 2 основных гипотезы, трактующие механизм ингибирующего действия ЛС: связывания  $Ca^{2+}$  и адсорбции, однако основные механизмы действия соединения

пока не раскрыты. С позиций концепции кристаллопатологии, ЛС и/или его метаболиты могут рассматриваться как модуляторы кристаллостаза (КС) панкреатического сока, причем их эффект может быть опосредован через другие КС-регулирующие системы (в том числе через баланс «Ca<sup>2+</sup> + PO<sub>4</sub><sup>3-</sup> ↔ гидроксипапит»). Кроме того, могут быть обнаружены патологические формы ЛС, что подтвердит необычные сведения о способности соединения активировать формирование мелких конкрементов, то есть может иметь место баланс «ЛС<sub>ингиб</sub>/ЛС<sub>актив</sub>», определяющий агрегатное состояние панкреатического сока. Это может стать основой для таргетной терапии заболевания.

## 82. Гипотеза о патогенетическом единстве патологии желудочно-кишечного тракта, ассоциированной с литогенезом

Мартусевич А.К., Симонова Ж.Г., Русских А.П.  
Кировская ГМА, Вятская государственная сельскохозяйственная академия, Киров, Россия

В настоящее время принято связывать с нарушением процессов кристаллизации только ограниченное количество заболеваний, в основе которых лежит патологическое камнеобразование в организме человека и животных. Важно подчеркнуть, что данные состояния трактуются исключительно как орган-специфические нарушения («болезни одного органа»), тогда как патогенетические связи этих процессов и особенности метаболизма на уровне функциональной системы практически не учитываются.

**Цель исследования:** попытка систематизации представлений о патологии организма, связанной с нарушением кристаллогенных свойств биожидкостей желудочно-кишечного тракта (ЖКТ).

Несмотря на очевидность причисления к классу заболеваний, ассоциированных со значимым изменением кристаллогенных свойств жидких биосред – моче- и желчнокаменной болезни, к настоящему времени имеются сведения об участии процессов кристаллообразования в патогенезе хронического панкреатита, сиалолитиаза, хронической кишечной непроходимости и т.д. При этом для большинства указанных нозологий значимость нарушений кристаллостаза до конца не изучена, а то и вовсе неизвестна. Важно, что в литературе описаны отдельные наблюдения сочетания нескольких подобных состояний, в частности, наличие у одного пациента уро- и холелитиаза одновременно. Вышеприведенные данные дают основание для применения системного подхода к их пониманию и интерпретации, а также диктуют необходимость рассмотрения этих нарушений на организменном уровне. В связи с этим представляется логичным введение новой наднозологической формы – кристаллопатологии ЖКТ, под которой предлагаем понимать результативное нарушение обмена кристаллизующихся веществ в системе пищеварения, проявившееся в значимом изменении кристаллогенных свойств биожидкостей в одном или нескольких органах.

## 83. Эубикор в комплексе лечения больных хроническим гепатитом и циррозом печени

Миллер Д.А., Колесная Т.М.  
Тверская ГМА, Россия

Хронический гепатит (ХГ) и цирроз печени (ЦП) возникают и протекают на фоне выраженного иммунодефицита, что связывают с существенным расстройством кишечного микробиоценоза. В настоящее время одним из перспективных корректоров дисбиоза и иммунной системы признаны пребиотики, в частности эубикор, имеющий сложный состав, приводящий к увеличению количества бифидо-, лакто- и колибактерий.

**Цель работы:** оценить иммуномодулирующую эффективность эубикора у больных ХГ и ЦП.

**Материалы и методы.** Обследованы 37 человек, средний возраст которых составил (46±6) лет. Диагноз ХГ и ЦП устанавливался на основании анамнеза, УЗИ органов брюшной полости, серологического исследования крови на вирусы гепатита, уровня трансаминаз. Степень дисбиоза оценивали по диаметру лизиса казеина (Червинец В.М. и соавт., 2004). Выраженность фиброза печени оценивали по дискриминантной счетной шкале (Минушкин О.Н. и соавт., 2005). Все больные разделены на 2 группы наблюдения.

Первая группа составила 18 человек, которым наряду со стандартной терапией был назначен эубикор по 2 порошка при I степени дисбиоза, по 3 порошка при II и по 4 порошка при III степени дисбиоза кишечника, во время еды 3 раза в день в течение одного месяца, при этом слабый фиброз печени и I степень дисбиоза были у 6 пациентов, у 5 больных имел место выраженный фиброз и II степень дисбиоза, сочетание III степени дисбиоза и фиброза печени в стадии цирроза было выявлено у 7 пациентов. Вторая группа, получавшая только стандартную терапию, составила 19 больных, из которых слабый фиброз печени и I степень дисбиоза кишечника определялись у 9 пациентов, выраженный фиброз и II степень дисбиоза – у 6 человек, ЦП и III степень дисбиоза – у 4 больных.

**Результаты исследования.** Установлено, что в группе больных ХГ, дополнительно получавших в комплексе лечения эубикор, на 3–4 дня раньше купировались основные проявления заболеваний. Исследование кала на дисбиоз отмечало у 90% пациентов I степень дисбиоза. У пациентов с ЦП в этой группе больных у 87% больных отмечалась I-II стадия дисбактериоза. В группе пациентов с ХГ, не получавших в комплексе терапии эубикор, клинические проявления болезни ликвидировались через 5–7 дней, исследование кала на дисбиоз показало, что у 51% больных выявлялась I степень дисбиоза. Во второй группе у пациентов с ЦП основные проявления заболеваний купировались через 10–11 дней, I-II степень дисбактериоза имели 46% больных.

**Заключение.** Включение пребиотика «Эубикор» в комплексную терапию у больных ХГ и ЦП с учетом степени выраженности дисбиоза кишечника привело к регрессии основных клинических проявлений заболеваний, уменьшению степени выраженности дисбиоза кишечника в более короткие сроки по сравнению с группой пациентов, не получавших этот препарат.

## 84. Эубикор в комплексном лечении эрозивно-язвенных повреждений гастродуоденальной зоны с учетом выраженности дисбиоза кишечника

Миллер Д.А., Колесная Т.М.  
Тверская ГМА, Россия

В этиопатогенезе хронического гастрита (ХГ) и язвенной болезни (ЯБ) основное значение придается *Helicobacter pylori*, которые приводят к возникновению инфекционного воспаления в слизистой оболочке (СО) и ее ремоделированию в виде эрозий и язв. Это возможно только при нарушении иммунного статуса, который в большей степени определяется состоянием нормальной микрофлоры кишечника. Одним из наиболее перспективных корректоров иммунной системы в настоящее время признаны пребиотики, в частности, «Эубикор».

**Цель работы:** клиническая и репаративная оценка препарата «Эубикор» в комплексном лечении пациентов с эрозиями и язвами желудка и двенадцатиперстной кишки в зависимости от выраженности степени дисбиоза кишечника.

**Материалы и методы.** Обследованы 36 мужчин и 26 женщин, возраст которых составил от 26 до 60 лет. 43 больным диагностирован ХГ с эрозиями, 6 – ЯБ желудка, 13 пациентам – ЯБ двенадцатиперстной кишки. Диагноз устанавливался по клинике, гастродуоденоскопии. Степень дисбиоза – по диаметру лизиса казеина (Червинец В.М. и соавт., 2004). Больные были разделены на две группы наблюдения: в 1-ю входили 34 пациента с ХГ с эрозиями. У больных этой группы с I степенью дисбиоза было выявлено 15 человек, со II степенью – 12, с III степенью – 7 пациентов. Из 7 пациентов с ЯБ желудка и ЯБ двенадцатиперстной кишки I степень дисбиоза определялась у 3 человек, II степень – у 3, III степень – у 1 пациента. Второй группе пациентов в зависимости от выраженности нарушений микробиоценоза дополнительно в комплекс стандартной терапии включали эубикор: при I степени по 1 порошку, при II степени – по 2, при III степени – по 3 порошка 3 раза в день во время еды в течение 1 месяца. Вторую группу составили 9 больных ХГ с эрозиями, из которых I степень дисбактериоза определялась у 3 пациентов, II степень – у 4, III степень – у 2 пациентов, и 12 пациентов с ЯБ желудка и ЯБ двенадцатиперстной кишки, из которых I степень дисбактериоза имели 4 пациента, II степень – 5, III степень – 3 человека. Этой группе пациентов назначалось только стандартное лечение.



**Результаты исследования.** Установлено, что в группе больных, дополнительно получавших препарат «Эубикор», по сравнению с группой пациентов, которым была назначена только стандартная терапия, на 3-4 дня раньше купировались клинические симптомы болезни, а восстановление структуры СО желудка и двенадцатиперстной кишки наблюдалось уже в первую неделю независимо от активности воспалительного процесса. В группе пациентов, получавших стандартное лечение, эрозивно-язвенные изменения СО исчезали через 10-14 дней, клинические признаки обострения болезни – через 5-8 дней. У всех больных, дополнительно получавших месячный курс эубикора, отмечена нормализация кишечной микрофлоры, а при стандартном лечении явления дисбактериоза уменьшились на 47,6%. У остальных пациентов его проявления сохранялись на прежнем уровне.

**Заключение.** Включение пребиотика «Эубикор» в комплексную терапию ХГ с эрозиями и ЯБ с учетом выраженности степени дисбактериоза приводит к более быстрому исчезновению диспепсического и абдоминального болевого синдромов, восстановлению структуры СО желудка и двенадцатиперстной кишки.

### 85. Прогнозирование недостаточности антисекреторной терапии при лечении язвенной болезни двенадцатиперстной кишки

Миронова В.В.

Тверская ГМА, Россия

**Цель работы:** установить частоту недостаточной эффективности стандартных доз антисекреторной терапии дженериками омепразола у больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки (ЯБДК) и оценить возможности прогнозирования недостаточного эффекта.

**Материалы и методы.** Обследованы 132 больных ЯБДК (100 мужчин и 32 женщины; средний возраст  $(34,8 \pm 2,6)$  года). Все пациенты получали 40 мг омепразола в сутки. Проводилось клиническое обследование, ЭГДС, суточная интрагастральная рН-метрия на 4-е сутки антисекреторной терапии. Терапия считалась достаточной, если время с  $\text{pH} > 3,0$  было не менее 75% суток. 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 –  $\text{ОШ}=2,39$ ; доверительный интервал –  $\text{ДИ}=1,0-5,73$ ). В группе НАТ достоверно превалировали курящие пациенты – 57%, а в группе ДАТ таковых было только 44% ( $\text{ОШ}=1,86$ ;  $\text{ДИ}=0,85-4,06$ ). Такие же различия получены в употреблении алкоголя – в группе НАТ регулярную алкоголизацию отмечали 67% больных, тогда как в группе ДАТ – только 45% ( $\text{ОШ}=2,27$ ;  $\text{ДИ}=1,02-5,05$ ). Изжога при НАТ была представлена лишь несколько чаще, чем при ДАТ, соответственно у 53% и 48% пациентов ( $\text{ОШ}=1,35$ ;  $\text{ДИ}=0,53-3,47$ ). В группе НАТ чаще, чем при ДАТ, встречались эрозивный эзофагит и гастродуоденит ( $\text{ОШ}=1,69$ ;  $\text{ДИ}=0,6-4,74$ ).

**Выводы.** У трети больных ЯБДК назначение стандартных доз дженериков омепразола не приводит к достаточному уровню кислотосупрессии. Наибольшее значение при прогнозировании недостаточного эффекта антисекреторной терапии имеют: молодой возраст для мужчин, курение, употребление алкоголя и выявление при ЭГДС эрозивного эзофагита и/или гастродуоденита.

### 86. Функционирование пищеварительной системы при бронхиальной болезни

Мирошкина А.В.<sup>1</sup>, Шемеровский К.А.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Санкт-Петербургский ГМУ им. И.П. Павлова,

<sup>2</sup>НИИ экспериментальной медицины Северо-Западного отделения РАМН, Санкт-Петербург, Россия

**Целью** данной работы было изучение закономерностей циркадианного ритма эвакуаторной функции кишечника у пациентов с бронхиальной болезнью.

**Материалы и методы.** С помощью метода хроноэнтерографии и анкетирования обследованы 27 пациентов (24 женщины, 3 мужчин). По критерию регулярности эвакуаторной функции кишечника (ЭФК) пациенты составили две группы. У лиц I группы

циркадианный ритм кишечника был регулярным (7 дней в неделю со стулом). У пациентов II группы ЭФК была нерегулярной с частотой 1-6 раз в неделю. Выделяли три степени тяжести брадиэнтерии (замедления энтерального ритма): I степень – при частоте ЭФК 5-6 раз в неделю, II степень – 3-4 раза в неделю, III степень – 1-2 раза в неделю.

**Результаты.** У лиц I группы акрофаза (момент максимальной вероятности проявления функции) циркадианного ритма ЭФК была утренней. У 10 больных II группы акрофаза была вечерней. Из 7 пациентов с брадиэнтерией I степени у 4 выявлена физиологичная утренняя акрофаза, а у 3 – нефизиологичная вечерняя акрофаза. При брадиэнтерии II степени доминировала (6 из 8) вечерняя акрофаза ритма кишечника. При брадиэнтерии III степени диагностирована только вечерняя акрофаза ЭФК. Следовательно, регулярность ЭФК связана с физиологичной утренней акрофазой этого циркадианного ритма, а нерегулярность ЭФК связана преимущественно с нефизиологичной – вечерней акрофазой ЭФК.

Среди лиц I группы было 3 человека с нормальным весом тела, а 8 пациентов – с избыточным весом и с ожирением. Среди лиц II группы тоже было 3 человека с нормальным весом тела, а 12 человек – с избыточным весом и с ожирением. Нерегулярность ЭФК почти в 1,5 раза повышала риск ожирения.

**Выводы.** 1. Функционирование пищеварительной системы у пациентов с бронхиальной астмой проявляется закономерной зависимостью регулярности ритма ЭФК от положения акрофазы этого ритма. 2. Нерегулярность ЭФК у этих пациентов является фактором риска возникновения ожирения.

### 87. Распространенность заболеваний поджелудочной железы в Удмуртской Республике

Михайлова О.Д., Вахрушев Я.М.

Ижевская ГМА, Россия

**Цель исследования:** изучение распространенности заболеваний поджелудочной железы по данным общей и первичной заболеваемости в Удмуртской Республике за период с 2005 по 2009 гг.

**Материал и методы.** Проанализированы сведения официальной статистики за период 2005-2009 гг., в том числе сборников «Основные показатели состояния здоровья населения Удмуртской Республики», подготовленных Республиканским медицинским информационно-аналитическим центром МЗ УР. Использованы методы трендового моделирования, статистический и корреляционный методы исследования.

**Результаты.** При анализе как общей, так и первичной заболеваемости по болезням поджелудочной железы выявлены высокие темпы роста: общая заболеваемость увеличилась с 460,5 чел. на 100 000 населения в 2005 году до 677,7 чел. на 100 000 населения в 2009 году. Ежегодный прирост общей заболеваемости составлял от 7,2% до 15,6%. Первичная заболеваемость по болезням поджелудочной железы выросла с 44,6 чел. на 100 000 населения в 2005 году до 74,6 чел. на 100 000 населения в 2009 году. Одновременно отмечен рост заболеваемости ожирением за анализируемые годы: общей – на 42,2%, первичной – на 38,4%. При проведении корреляционного анализа выявлена умеренная прямая связь между общей ( $r=0,65$ ) и первичной ( $r=0,31$ ) заболеваемостью по болезням поджелудочной железы и ожирением. По результатам проведенного трендового моделирования в ближайшем будущем ожидается дальнейший рост как общей, так и первичной заболеваемости по болезням поджелудочной железы и по ожирению.

**Выводы.** Проведенный анализ показал тенденцию к росту патологии поджелудочной железы и ожирения в Удмуртской Республике.

### 88. Закономерности изменения регионарной гемодинамики у больных отечной формой острого панкреатита с исходом в выздоровление

Молчанова О.В.

ЦКБ № 6 ОАО «РЖД», Москва, Россия

**Цель исследования:** изучить нарушение и определить закономерности изменения регионарной гемодинамики (РГ) у больных отечной формой острого панкреатита (ОП) в процессе и лечения.

**Материал и методы.** Для определения изменений доплерографических показателей (в ЧС, ОПА, ГДА, СА, ВБА и СВ, ВВВ) в процессе наблюдения и лечения мы отобрали группу больных ( $n=25$ ) отечной формой ОП с диффузным поражением всех отделов поджелудочной железы (ПЖ), поступивших в 1-е сутки от начала заболевания. Эти пациенты своевременно получили адекватную консервативную терапию, что предопределило купирование патологического процесса с исходом в выздоровление. Исследования проводились на УЗ-приборах «Aloka SSD 4000», «Philips En Visor». Для проведения КУЗИ нами были определены 1-2-е сутки от начала заболевания (соответствуют фазе отека), 5-6-е сутки (формирование панкреонекроза и развитие эндотоксикоза), 10-11-е и 20-21-е.

**Результаты.** Наиболее изменяемым и чувствительным показателем РГ является объемная скорость (Vvol) кровотока. В 1-е сутки увеличиваются диаметры (d) и Vvol в артериях (на 40-90% от нормы) и уменьшаются d вен и Vvol в них (на 35-40%). На 2-е сутки вышеперечисленные нарушения усугубляются (Vvol в артериях увеличивается на 75-450%, в венах снижается на 50-60% от нормы). На 5-6-е сутки d артерий принимают нормальные размеры и Vvol в них снижается, не достигая нормальных показателей (увеличение на 25-80%); d вен и Vvol в них остаются еще сниженными (на 20-30%). На 10-11-е сутки нормализуется Vvol в артериях; увеличивается Vvol в венах, достигая нормы, а в некоторых случаях компенсаторно превышая нормальные показатели (на 20-30%). К 20-21-м суткам все показатели РГ приходят к норме. В большинстве случаев (69%) доплерографические показатели опережали изменение лабораторных данных на 1-2 суток.

**Вывод.** Динамическое КУЗИ больных ОП позволяет контролировать нормализацию РГ в ходе лечения, что отражает функциональное состояние ПЖ и эффективность проводимой терапии.

## Н

### 89. К вопросу о биокорректорах питания

Некрасова В.Б.

Санкт-Петербургская ГЛТА им. С.М. Кирова, Россия,

e-mail: fitolonmed@yandex.ru

**Цель работы:** оценка роли БАД, витаминов, про- и пребиотиков как биокорректоров питания. БАД не являются лекарствами, восполняют дефицит в питании макро- и микроэлементов, витаминов, способствуют нормализации обменных процессов в организме. Натуральные БАД отечественной экологической ниши применяют в качестве адаптогенов для профилактики заболеваний и в комплексных схемах лечения в качестве вспомогательных средств. Вызывают доверие БАД, апробированные в сертифицированных научно-медицинских центрах РФ.

Необходимо вернуться к Природе и не обманывать организм синтетическими веществами, «идентичными натуральным». Нельзя отождествлять витамины натуральные и синтетические, природные концентраты и «сбалансированные хиреактивы». Отдаленные последствия от применения синтетических составов практически не изучены. Использование пре- и пробиотиков вписывается в общую проблему биокоррекции питания. Дисбиоз кишечника не является клиническим диагнозом, но нельзя игнорировать клинко-микробиологический синдром, характеризующийся количественными, качественными и топографическими изменениями нормальной микрофлоры, что является одной из причин возникновения и развития многих заболеваний ЖКТ, других внутренних органов, анемии, лейкопении и других. Необходимо применять пре- и пробиотики.

Пробиотики – это живые микроорганизмы, которые вызывают улучшение здоровья организма хозяина. Пребиотики – компоненты пищевых продуктов, способствующие поддержанию наиболее благоприятной собственной микрофлоры ЖКТ. К ним относят моносахариды и спирты, полисахариды, олигосахариды (лактозула и др.). К пребиотикам следует отнести и другие продукты, которые способствуют росту нормальной микрофлоры и подавляют патогенную: экстрактивные вещества древесной зелени хвойных пород, водорослевые экстракты. Клинически доказано, что такие пребиотики улучшают состояние ЖКТ даже без

дополнительного приема пробиотиков, но в составе симбиотиков особенно эффективны. Таким пребиотиком является сироп «Фитолон» на основе медного комплекса хлорофилла из хвои. Сочетанное применение сиропа «Фитолон» и пробиотика «Наринформ» или других пробиотиков способствует нормализации кишечной микрофлоры, в комплексной терапии кишечных инфекций достигается максимально быстрое исчезновение негативных клинических проявлений (снижение аппетита, боли в животе, жидкий стул, его учащение).

### 90. Роль дисбиоза кишечника и инфекции слизистых в поддержании активности ревматоидного артрита (РА)

Немировский В.С., Соловьева О.И., Макиенко В.В.

СПбМАПО, Санкт-Петербург, Россия

**Цель исследования:** показать роль нарушения нормального микробиоценоза в поддержании активности РА.

**Материалы и методы.** Обследованы 32 больных РА, получающих базисную терапию метотрексатом. Проведен посев слизистых носовой перегородки, горла и кишечника. У больных оценивали клинический анализ крови, уровень СРБ и ревматоидный фактор (РФ) до и после терапии. Оценивали количество болезненных и припухших суставов. Больным с инфекцией слизистых и нарушением микробиоценоза проведена терапия фитопрепаратом «Кан-янг» (андрографис 100 мг и элеутерококк 15 мг) по 6 таблеток в сутки и последующим приемом пробиотика «Ламинолакт» по 6 драже в сутки.

**Полученные результаты.** У всех больных с активным РА обнаружено наличие патогенных стафилококков или стрептококков на слизистых и дисбиоз кишечника различной степени тяжести. После проведенной терапии у пациентов достоверно уменьшилось число воспаленных и болезненных суставов, уменьшились жалобы со стороны желудка и кишечника, нормализовался стул, улучшилась переносимость продуктов, уменьшилось СОЭ, СРБ, нормализовалась флора слизистых. РФ уменьшился достоверно. Осложнений проводимой терапии не было.

**Выводы.** 1. У больных РА имеется нарушение иммунитета слизистых, что сопровождается обсеменением слизистых патогенными микробами и дисбиозом кишечника. 2. Терапия инфицированных слизистых и дисбиоза кишечника способствует уменьшению активности РА. 3. Комплексная терапия РА наряду с НПВП и базисными препаратами должна включать терапию пробиотиками.

### 91. Организация направления «антивозрастная медицина» с позиции диетолога-эндокринолога

Немсцверидзе Э.Я., Ененкова Е.А., Петросов С.Н.,

Зеленкова Н.А.

СМ-Клиника, Москва, Россия

**Цель исследования:** улучшение качества жизни пациентов с помощью разработки и внедрения индивидуальных программ обследования и внедрения плана коррекции пищевого поведения согласно эндокринологическому статусу.

Современные подходы к медицинской помощи населению подразумевают не только лечение выявленных в результате всестороннего обследования заболеваний, но и аспект профилактической медицины. Отдельным направлением профилактики развития возрастных изменений и хронических заболеваний является Anti-age медицина, важнейшей составляющей частью программ которой является коррекция пищевого поведения. При работе с пациентом на диагностическом этапе врач антивозрастной медицины составляет индивидуальный план обследования: общеклинические анализы, гормональный статус, генетический паспорт, психологический портрет. В зависимости от полученных результатов привлекаются врачи-специалисты для углубленного изучения выявленной патологии.

Важнейшей составляющей антивозрастной терапии, с точки зрения эндокринолога, является профилактика нарушений в гормональном профиле пациента. При комплексном обследовании определяется исходный уровень половых гормонов, функция щито-

видной железы, гормоны остеопороза, уровень инсулина, лептина. При наличии пограничных значений в половом и тиреоидном статусе коррекция гормонального статуса назначается на первичном этапе, являясь основополагающей. Профилактика остеопороза занимает одно из ведущих направлений, особенно при выявлении генетической предрасположенности. С учетом выявленных сопутствующих нарушений, генетической непереносимости, скрытой пищевой аллергии, формируется индивидуальная диета из рекомендованных и приоритетных продуктов, подбирается уровень физической нагрузки, индивидуальная медикаментозная терапия.

**92. Дженерик пантопразола «Санпраз» в профилактике индуцированных нестероидными противовоспалительными препаратами гастропатий**  
Непко А.Т.  
Кубанский ГМУ, Краснодар, Россия, e-mail: ruson@mail.ru

**Цель исследования:** оценить эффективность санпраза в дозе 40 мг один раз в день в профилактике поврежденной желудка и двенадцатиперстной кишки у страдающих артроподобными заболеваниями пациентов, длительно принимающих нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП).

**Материалы и методы.** В исследовании изучены результаты лечения у 19 пациентов ортопедического отделения (11 мужчин и 8 женщин в возрасте от 25 до 75 лет), которые на протяжении длительного времени (не менее 2 месяцев) принимали НПВП.

Для профилактики повреждения слизистой желудка и двенадцатиперстной кишки части больных (основная группа, n=12) в течение 3 месяцев назначали санпраз 40 мг/сут; другим (контрольная группа, n=7) такой профилактики не проводилось и пациенты продолжали получать только НПВП. Эффективность терапии оценивали по результатам ЭФГДС.

**Результаты.** В основной группе гастродуоденальные язвы образовались в 2 случаях, тогда как в контрольной – в 5 случаях.

**Вывод.** Наш, пока еще не очень большой опыт, не претендуя на широкие обобщения, тем не менее, демонстрирует способность санпраза обеспечить хорошо переносимую профилактику индуцированных НПВП гастропатий, что не идет в разрез с уже имеющимися литературными данными.

**93. Дженерик пантопразола «Санпраз»: опыт применения в терапии гастроэзофагеальной рефлюксной болезни**  
Непко А.Т.  
Кубанский ГМУ, Краснодар, Россия, e-mail: ruson@mail.ru

**Цель исследования:** изучить переносимость и эффективность воздействия препарата «Санпраз» в дозе 40 мг один раз в день на симптоматику эрозивной и неэрозивной гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (ГЭРБ), подтвержденной эндоскопически.

**Материалы и методы.** 12 человек с эрозивной ГЭРБ и 16 – с неэрозивной получали санпраз 40 мг утром 45 дней. По истечении этого срока оценивалась эффективность лечения по динамике симптомов ГЭРБ (изжога, боли за грудиной и/или отрыжка воздухом или кислым), результатам лабораторно-инструментальных исследований (общий и б/х анализы крови, общий анализ мочи, ЭКГ, ЭФГДС).

Критерии включения в исследование: возраст, наличие симптомов ГЭРБ, эндоскопические изменения слизистой оболочки пищевода. Критерии исключения: сомнительная способность к сотрудничеству с исследователями, органические и функциональные заболевания пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки, онкологические заболевания, беременность, любые заболевания, влияющие на течение ГЭРБ. Безопасность лечения оценивали на основании возможного выявления побочных эффектов и динамики лабораторных анализов (кровь, моча).

**Результаты.** К 45-му дню клинические симптомы ГЭРБ были купированы у всех больных. Эндоскопическая ремиссия достигнута в 24 случаях (85%): в 14 случаях неэрозивной и 10 – эрозивной ГЭРБ. В 4 случаях (15%) сохранялись изменения в пищеводе (по 2 случая в каждой из подгрупп). Побочных реакций не отмечалось.

**Вывод.** Санпраз эффективен и безопасен в лечении ГЭРБ.

**94. Жировой гепатоз у детей с хроническим гастродуоденитом (ХГД) и сопутствующим ожирением**

Новикова В.П., Гуркина Е.Ю., Лазаренко М.А., Вигурская М.Ю.  
Санкт-Петербургская ГПМА, КДЦ № 2 для детей  
Городская поликлиника № 23, Санкт-Петербург, Россия

**Цель исследования:** провести оценку частоты жирового гепатоза у детей с ХГД и сопутствующим ожирением.

**Материалы и методы.** Ультразвуковое исследование печени и биохимический анализ крови (уровень сывороточного белка и его фракций, липидный спектр крови, уровни глюкозы натощак, амилазы, щелочной фосфатазы, билирубина, кальция, фосфора и железа) проведены у 160 детей в возрасте от 7 до 17 лет с ХГД, верифицированным морфологически. У 40 детей диагностировано ожирение 1–2 степени, 120 обследованных имели нормальный индекс массы тела соответственно полу и возрасту.

**Результаты.** Эхографические признаки жирового гепатоза (диффузная гиперэхогенность ткани печени в сравнении с почечной паренхимой, сниженная визуализация печеночных сосудов и диафрагмы, гепатомегалия) выявлены у 15 пациентов (9,3%), при этом частота жирового гепатоза у детей с сопутствующим ожирением составила 15%, что достоверно чаще, чем у детей с нормальным индексом массы тела (7,5%, p<0,05). При этом уровень глюкозы натощак и АЛТ у всех обследованных был в пределах нормы. Анализ белковых фракций крови показал, что достоверных различий в группах детей с разным индексом массы тела нет. В то же время у детей с ожирением отмечен более высокий уровень общего холестерина крови – (4,72±0,36) ммоль/л и (3,87±0,07) ммоль/л соответственно (p<0,05), бета-холестерина – (2,72±0,09) ммоль/л и (2,3±0,1) ммоль/л, (p<0,01), коэффициента атерогенности – (2,51±0,12) и (2,18±0,11), p<0,01 и щелочной фосфатазы – (361,23±175,32) Ед./мл и (191,8±106,28) Ед./мл, p<0,01).

**Заключение.** У детей с хроническим гастродуоденитом при сопутствующем ожирении требуется обязательное ультразвуковое обследование печени и лабораторное обследование для выявления стеатоза. Уровень АЛТ не может быть использован в качестве основного критерия жирового гепатоза у детей.

**О**

**95. Мезаденит как причина острого абдоминального болевого синдрома у детей**

Ольхова Е.Б.<sup>1</sup>, Зайцева О.В.<sup>2</sup>, Шумейко Н.К.<sup>2</sup>,  
Фомичев М.Ю.<sup>3</sup>, Вилесов А.В.<sup>3</sup>  
<sup>1</sup>МГМСУ (каф. лучевой диагностики), <sup>2</sup>МГМСУ (каф. педиатрии), <sup>3</sup>ДГКБ Святого Владимира, Москва, Россия

С 2002 по 2010 год были эхографически обследованы 12565 детей в возрасте от 6 мес до 15 лет с острым абдоминальным болевым синдромом. Эхопризнаки острого аппендицита выявлены у 1303 детей, инвагинации кишечника – у 474. У 1054 детей (из них 811 – дошкольного возраста с проявлениями респираторной (616) и кишечной (167) инфекции) были выявлены эхопризнаки мезаденита: увеличение размеров, понижение эхогенности, округление формы лимфоузлов и усиление интраорганного сосудистого рисунка. Воспалительно измененные лимфоузлы располагались в 86% случаев исключительно в правой подвздошной области, в 4% – исключительно парамбиликально, в 10% случаев процесс имел смешанную локализацию. При большом количестве воспалительно трансформированных мезантеральных лимфоузлов, а также при увеличении их более 20 мм в диаметре проводилось дообследование с целью исключения онкогематологических заболеваний, гельминтозов, туберкулеза, системных заболеваний. В 67 случаях воспалительно измененные мезентериальные лимфоузлы сочетались с воспалительной трансформацией аппендикса; 56 из этих детей были оперированы с интраоперационным подтверждением мезаденита.

Таким образом, практически в половине случаев мезаденит является морфологическим субстратом абдоминального болевого синдрома при респираторной вирусной инфекции: применение

УЗИ позволяет визуализировать воспалительно измененные мезентериальные лимфоузлы и определить дальнейшую тактику ведения таких пациентов.

**96. К вопросу об эффективности пробиотика «Энтерол» в комплексной терапии целиакии у взрослых**  
Орешко Л.С., Балагаева М.С., Прокофьева Н.А.  
СПбГМА им. И.И. Мечникова, Россия

**Цель исследования:** оценить клиническую эффективность и иммуномодулирующее действие препарата «Энтерол», содержащего лечебные дрожжи *Saccharomyces boulardii*.

Пациенты были распределены на две группы: 1-я группа исследования ( $n = 13$ ) дополнительно получала препарат «Энтерол» по 1 капсуле 2 раза в день в течение 10 дней, 2-я группа сравнения ( $n = 10$ ) соблюдала только аглутеновую диету. До и после курса терапии выполнены: опрос на предмет выявления жалоб, объективное исследование, копрограмма, иммунологическое исследование крови (уровни сывороточных Ig классов А, М, G и ЦИК, фагоцитарный индекс и фагоцитарное число, НСТ-тест, РТМЛ).

**Результаты.** В двух сравниваемых группах наблюдалась регрессия основных клинических проявлений целиакии и нормализация показателей копрограммы, имеющих статистически достоверные различия ( $p < 0,01$ ). У больных целиакией исходно выявлено снижение фагоцитарного числа и фагоцитарного индекса. После курса терапии препаратом «Энтерол» у пациентов показатели фагоцитарной активности были достоверно выше при сравнении с показателями пациентов 2 группы. У всех обследованных спонтанная миграция в РТМЛ возросла, причем у пациентов, получавших пробиотический препарат, средний показатель скорости миграции лейкоцитов в РТМЛ с ФГА достоверно увеличился при сравнении среднего показателя пациентов II группы ( $p < 0,05$ ). До исследования у всех больных выявлено повышение ЦИК, уровня Ig M и снижение Ig A. После проводимой терапии установлено повышение уровня Ig A в I группе в сравнении с показателями II группы ( $p < 0,01$ ).

**Выводы.** Использование дрожжей вида *Saccharomyces boulardii* на фоне аглутеновой диеты у больных целиакией не только эффективно купирует гастроинтестинальные симптомы и способствует улучшению полостного пищеварения, но и повышает резервы местного и системного иммунитета организма у таких больных.

**97. Значение генетического фактора в развитии Нр-ассоциированных заболеваний**  
Орешко Л.С., Лимарева Ю.А., Балагаева М.С.  
СПбГМА имени И.И. Мечникова, Россия

**Цель исследования:** установить взаимосвязь Нр-ассоциированных заболеваний гастродуоденальной зоны с генетическими особенностями больных целиакией.

**Материал и методы.** В исследование включены 432 пациента с верифицированным диагнозом «целиакия». Группу сравнения составили 113 пациентов с диагнозом «синдром раздраженного кишечника». Всем пациентам проводились ФГДС, тест на уреазную активность биоптата слизистой оболочки желудка. Иммуногенетические исследования включали типирование локусов HLA DQA1 и DQB1. Всем пациентам с Нр-ассоциированными заболеваниями и высокой степенью инфицированности проводилась эрадикационная терапия первой линии. Для оценки дальнейшей динамики результатов эрадикационной терапии проводилась ФГДС с определением уреазной активности биоптатов спустя один год.

**Результаты.** По результатам ФГДС у больных целиакией были выявлены воспалительные изменения слизистой оболочки желудка, выражающиеся в ее гиперемии и отеке, атрофические изменения антрального отдела желудка и двенадцатиперстной кишки. У больных целиакией состояние слизистой оболочки двенадцатиперстной кишки характеризовалось повышением инфильтрации межэпителиальными лимфоцитами, плазматическими и нейтрофильными клетками при сравнении с показателями больных группы сравнения. У больных целиакией инфицированность *Helicobacter pylori* достоверно выше ( $p < 0,001$ ), чем у

обследованных группы сравнения. После проведения эрадикационной терапии у больных целиакией выявлено снижение активности воспаления – уменьшение нейтрофильной и лимфоцитарной инфильтрации, гиперемии и отека стромы. Реинфицирование *Helicobacter pylori* установлено у 59% больных целиакией. У всех больных целиакией выявлены патологические аллели главного комплекса гистосовместимости: гаплотип DQ 2 встречался у 56% больных, гаплотип DQ8 – у 46%.

**Выводы.** Развитие заболеваний гастродуоденальной зоны зависит от взаимодействия факторов патогенности и вирулентности *Helicobacter pylori*, генетических особенностей макроорганизма и социоэкономических условий. Больные целиакией в связи с иммуногенетическими особенностями предрасположены к персистенции, реинфицированию и клинической манифестации инфекции. Эрадикация *Helicobacter pylori* в комплексной терапии целиакии эффективна для купирования клинических проявлений заболевания, нормализации полостного пищеварения и снижения выраженности лимфоплазматической инфильтрации эпителия слизистой оболочки двенадцатиперстной кишки.

**98. ПЦР как составляющая при исследовании на дисбактериоз**

Оришак Е.А., Бойцов А.Г., Щеглов В.С.  
Санкт-Петербургская ГМА им. И.И. Мечникова, Россия

Исследование на дисбактериоз кишечника пользуется неизменной популярностью среди населения даже в тех случаях, когда необходимо расширенное микробиологическое исследование для исключения кишечной инфекции. При имеющихся симптомах дисбактериоза редкий пациент обращается к инфекционисту, поэтому диагностика кишечных инфекций нередко ложится на плечи непрофильных специалистов, а в большинстве случаев в такой ситуации пациенты самостоятельно назначают себе исследование на дисбактериоз и лечение. Но при рутинном исследовании на дисбактериоз, без целенаправленного выявления прочих возможных возбудителей кишечных инфекций – кампилобактеров, вирусов, простейших – патогенные микроорганизмы обнаруживаются у ничтожно малого числа пациентов. Возможность использования полимеразной цепной реакции для обнаружения кишечных патогенов существенно увеличивает процент выявления кишечных инфекций у пациентов с клиническими проявлениями дисбактериоза. При обследовании на дисбактериоз кишечника наряду с бактериологическим методом в параллели нами была использована ПЦР для выявления следующих возбудителей: *Adenovirus*, *Norovirus*, *Astrovirus*, *Rotavirus*, *Campylobacter. sp.*, *Salmonella sp.*, *Shigella sp.*, EIEC (энтероинвазивные кишечные палочки), *Y. pseudotuberculosis*, *Y. enterocolitica*. У 7 (14%) из 50 обследованных были выявлены возбудители кишечных инфекций методом ПЦР: *Campylobacter. sp* – в 2 случаях (4%), *Rotavirus* – в 1 (2%), *Astrovirus* – в 1 (2%), *Norovirus* – в 1 (2%), *Adenovirus* – в 2 (4%). В одном случае имело место одновременное выявление *Adenovirus* и *Salmonella sp.* Полученные данные указывают на необходимость расширения спектра исследований для максимально полного выявления патогенных микроорганизмов при исследовании на дисбактериоз у пациентов с любой патологией независимо от профиля направляющего учреждения или отделения.

**99. Особенности нутритивного статуса у пациентов с муковисцидозом и возможности его коррекции**

Орлов А.В., Ильенко Г.Г., Детков В.Ю., Герасимова Т.А.  
ДГБ Святой Ольги, СПбГМА, Санкт-Петербург, Россия

Недостаточность питания при муковисцидозе обусловлена нарушением функции поджелудочной железы, хроническим бронхолегочным процессом и повышенными энергозатратами.

Обеспечение пациентов высокоэнергетическими смесями позволяет значительно уменьшить частоту тяжелых поражений желудочно-кишечного тракта, уменьшить вынужденную нагрузку антибиотиками и уменьшить количество госпитализаций.

Нутритивная поддержка проводится путем назначения высококалорийных смесей через рот, через зонд или гастростому. Для питания больных используются стандартные смеси с содержи-

ем среднепечочных триглицеридов (СЦТ) 20% или полуэлементные смеси с содержанием СЦТ около 70%.

Пока в Санкт-Петербурге налажена нутритивная поддержка лишь для пациентов, находящихся на стационарном лечении. Отсутствует опыт зондового кормления, которое в странах Европы является стандартным для пациентов с выраженным дефицитом питания.

Затраты, которые необходимы для обеспечения всех пациентов с муковисцидозом в Санкт-Петербурге высококалорийными смесями, составят около 250000 рублей в месяц. Эти затраты должны окупиться в связи с уменьшением госпитализаций и уменьшением частоты тяжелых поражений желудочно-кишечного тракта. Уменьшение госпитализаций на одну в год на одного пациента позволит получить экономии около 100000 рублей. В то же время затраты на высококалорийные смеси составят около 50000 рублей в год на одного больного.

Реальный прирост веса, получаемый при применении смесей, составляет от 0,5 до 1,5 кг в месяц, что позволит ликвидировать дефицит питания у большинства пациентов за 2-3 года.

## II

### 100. Клинико-диагностическое значение молекул межклеточной адгезии ICAM-1 и ICAM-2 при язвенном колите

Павленко В.В., Амирханова Л.З., Альшеева Е.В., Павленко А.Ф.  
Ставропольская ГМА, Россия

**Цель исследования:** изучить содержание ICAM-1 и ICAM-2 в периферической крови больных активным язвенным колитом (ЯК). **Материалы и методы.** Обследованы 80 пациентов с активным ЯК с разной локализацией поражения и степенью тяжести. Возраст обследованных 25-70 лет, длительность заболевания от 6 месяцев до 30 лет. У 22 пациентов диагностирован левосторонний колит, у 28 – дистальный, у 30 – тотальный колит. Контрольную группу составили 25 практически здоровых добровольцев. Содержание ICAM-1, ICAM-2 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 уровень растворимых молекул адгезии ICAM-1 и ICAM-2 в крови был повышен независимо от локализации поражения и составил (394,3±5,3) нг/мл. У больных с тяжелым ЯК показатели ICAM-1 и ICAM-2 составили (674,8±1,1) нг/мл и (517,9±7,5) нг/мл соответственно и были достоверно выше, чем у пациентов со среднетяжелым и легким колитом – (422,8±2,0) нг/мл и (365,2±3,5) нг/мл, (374,7±8,5) нг/мл и (306,6±2,1) соответственно, во всех случаях  $p < 0,05$ .

**Вывод.** В период обострения ЯК уровень ICAM-1, ICAM-2 в периферической крови повышен независимо от протяженности поражения толстой кишки. Установлена прямо пропорциональная зависимость содержания ICAM-1, ICAM-2 от тяжести воспалительного процесса, что может свидетельствовать о важной роли данных молекул в механизмах иммунного повреждения кишечника.

### 101. Фактор некроза опухоли- $\alpha$ и Vcl-2 при язвенном колите

Павленко В.В., Катаганова Г.А., Альшеева Е.В., Павленко А.Ф.  
Ставропольская ГМА, Россия

**Цель:** определить экспрессию маркера апоптоза Vcl-2 на Т-лимфоцитах периферической крови и продукцию ФНО- $\alpha$  в полиморфноядерных лейкоцитах (ПМЯЛ) в динамике лечения язвенного колита (ЯК).

**Материалы и методы.** Обследованы 43 больных активным ЯК (24 женщины и 19 мужчин) в возрасте от 17 до 66 лет. Экспрессию Vcl-2 Т-лимфоцитами в периферической крови определяли методом проточной цитометрии. ПМЯЛ выделяли из крови, стандартизировали. Содержание ФНО- $\alpha$  в супернатантах клеток

определяли методом ИФА с помощью стандартных тест-систем. Результаты выражали в нг/2·10<sup>6</sup> клеток. Контрольную группу составили 10 практически здоровых лиц. Уровень экспрессии Vcl-2 Т-лимфоцитами в контрольной группе составил (59,6±2,9)%, продукция ФНО- $\alpha$  – (1,2±0,6) нг/2·10<sup>6</sup>.

**Результаты.** Установлено, что в период обострения ЯК экспрессия Vcl-2 Т-лимфоцитами в периферической крови была повышена и составила (71,8±1,9)% ( $p < 0,05$  в сравнении с контрольной группой). Синтез ФНО- $\alpha$  ПМЯЛ больных активным ЯК достоверно превышал показатели в контрольной группе и составил (3,9±0,3) нг/2·10<sup>6</sup>. Уровень ФНО- $\alpha$  коррелировал (прямая зависимость) с показателями Vcl-2. Через 4 недели базисной терапии в 81,3% случаев отмечалось формирование клинической ремиссии ЯК со снижением уровня маркера апоптоза Vcl-2 ниже контрольных значений (51,9±3,8)% ( $p < 0,05$  по сравнению с контролем и со стадией обострения) и нормализацией продукции ФНО- $\alpha$  ПМЯЛ.

**Выводы.** Для активного ЯК характерна повышенная реактивность ПМЯЛ периферической крови к выработке ФНО- $\alpha$  и экспрессия антиапоптотического белка Vcl-2 Т-лимфоцитами, что свидетельствует о подавлении механизмов апоптоза. Клиническая ремиссия ЯК характеризуется восстановлением клеточного гомеостаза.

### 102. Результаты двухлетнего наблюдения случая системной склеродермии с дебютом на фоне лечения HCV инфекции ПегИИФ и получением устойчивого вирусологического ответа

Пальгова Л.К., Исаева Ш.Г., Рейман О.В., Коржавина Е.С.  
Медицинский центр EVELINA Med, Казахский НМУ, Алматы, Казахстан

**Цель исследования:** демонстрация клинического случая.

Пациентка Ш.Л.С., 1964 года рождения. Наблюдается с 28.01.2008. ХГС выявлен в апреле 2007. Анамнез: 1994 г. – разрыв тканей влагалища во время родов, 1996 г. – кесарево сечение, ампутация матки по поводу миомы, 2000 г. – иссечение псевдоопухолевого фиброматоза влагалища, 2001 г. – передняя леваторопластика. Перед началом противовирусной терапии (ПВТ) исключались системные заболевания: РФ – отр., СРБ – 3,5, antiDNAp и antiDNAd – отр. HCV RNA – 83.000 IU/ml, генотип 1b. Биопсия печени – A10, F2. 14.03.2008 начата ПВТ по схеме: пегасис 180 мкг в неделю и рибавирин 1000 мг в сутки. После первой инъекции отмечена выраженная мышечная слабость и отеки кистей рук. На 3 неделе присоединились отеки индуративные изменения кожи лица, сухой кашель, изжога. Биопсия кожи (6 нед) – выраженный склероз с атрофией придатков кожи, склероз сосудов с очагами лимфоцитарной инфильтрации. Капилляроскопия – синдром Рейно. Назначена терапия ССД – вазопростан, вазонит, мадекасаг, плаквенил. Противовирусная терапия продолжена под контролем специфических маркеров ССД. На 12, 24 и 48 неделях лечения HCV RNA не определяется, прогрессирования симптомов ССД нет. Титры anti-Sc1-708c1-70 и anti RNA pol III и показатели капилляроскопии без отрицательной динамики. Через 6, 12 и 18 месяцев после завершения терапии – детекции HCV RNA нет. Клинических признаков прогрессирования ССД, эндоскопических изменений пищевода, нарушения функции печени, почек, нарастания титров anti-Sc1-708c1-70-anti RNA pol III нет, значения СРБ и РФ в пределах нормы. Отмечена регрессия синдрома Рейно при капилляроскопии, индуративных изменений кожи и телеангиоэктазий.

### 103. Аспекты эффективности и безопасности ПЕГ ИФН альфа 2-а и рибавирина по данным PSUR и собственным наблюдениям

Пальгова Л.К., Коржавина Е.С.

Медицинский центр EVELINA Med, Российско-Казахстанский медицинский институт, Алматы, Казахстан, e-mail: l\_palgova@mail.ru

**Цель исследования:** провести анализ эффективности и переносимости ПЕГ ИФН альфа 2-а и рибавирина по данным PSUR в сравнении с собственными наблюдениями.

**Материал и методы:** отчеты PSUR за 2008–2009 годы и оценка эффективности и нежелательных побочных эффектов (НПД) противовирусной терапии (ПВТ) 152 пациентов с ХГС.

**Результаты.** Причины летальных исходов PSUR: общие и бытовые причины – 30, инфекции – 15, кардиологические серьезные НПД – 12, психические и неврологические расстройства – 14, гематологические нарушения – 6. Собственные данные – бытовые причины – 1. Причины отмены ПВТ: тяжелые депрессивные расстройства, суицидальные мысли, аутоиммунный гепатит, ПБЦ, СКВ, нефрит, ОПН, фиброзирующий альвеолит, сахарный диабет 1 типа, саркоидоз, реакция отторжения трансплантата, аритмия и ишемия миокарда, кардиомиопатия, кровоизлияние в сетчатку глаза, потеря зрения, слуха, судорожный синдром, бактериальные осложнения. Собственные данные – панцистит, депрессия, тиреоидит. Уровень регистрации НПД в исследовании ML 181394 фаза CSR457 и MV 22255 (12%) превышает уровень спонтанных сигналов (3,8%) в три раза. Сигналы о включении в список НПД: синдром Рейно – 14, легочная гипертензия – 20, криоглобулинемия – 19, активация туберкулеза – 31, лейкоэнцефалопатия – 4, неоплазма: 21 случай лимфомы, агранулоцитоз – 13, биполярные расстройства – 15, Гиллиан-Барре синдром – 11, церебральная ишемия – 14, увеит, иридоциклит – 23, кардиомиопатия – 23, ишемический колит – 23, рабдомиолиз – 19, почечная недостаточность – 12. Беременность: 62 рапорта PSUR, 5 случаев врожденных дефектов: некус, ДМЖП, открытая umbilicalная артерия, тератома, повышение альфа-фетопротеина у матери. Собственные данные по беременным: 3 случая без патологии.

### 104. Новая парадигма в изучении воспалительных заболеваний кишечника

Першко А.М., Губонина И.В., Суяндикова М.Г.

ВМедА им. С.М. Кирова, Санкт-Петербург, Россия

Воспалительные заболевания кишечника, к которым относятся неспецифический язвенный колит и болезнь Крона, были и остаются одной из актуальнейших проблем современной гастроэнтерологии. Несмотря на интенсивный поиск причинных факторов и расшифровки механизмов патогенеза этих заболеваний, а также внедрения в клиническую практику высокотехнологических методов биологической терапии, результаты лечения в ряде случаев являются не всегда обнадеживающими. На наш взгляд, для окончательного осмысления и понимания ВЗК требуется смена парадигмы. Связано это с несколькими обстоятельствами. Во-первых, получены убедительные доказательства генетической гетерогенности как НЯК, так и БК. Согласно этим данным в процесс развития ВЗК вовлекаются самые различные гены, причем у разных больных может быть совершенно разное представление генов. В настоящее время подтверждены и скопированы 7 генов и 8 предполагается. Благодаря совершенствованию генетической эпидемиологии, созданию банка ДНК больных ВЗК эта проблема в ближайшие годы будет решаться.

Во-вторых, многочисленные клинико-иммунологические исследования свидетельствуют о том, что развитие иммунного воспаления при ВЗК, вне зависимости от их нозологической принадлежности, ассоциируется с различными клетками иммунной системы, в свою очередь, формирующими определенный цитокиновый ответ. Чрезвычайно важно отметить, что эти значимые иммунологические нарушения происходят до того как заболевание начинает проявляться. Подобный тип иммунного реагирования часто наблюдается и у ближайших родственников.

В третьих, даже самые продвинутые методы терапии ВЗК, включая антицитокиновые препараты и современные цитостатики,

оказываются эффективными лишь в 40–80% случаев. Следовательно, прогресс в лечении этой категории больных может заключаться в выработке принципиально новой лечебной стратегии, построенной на селективной иммуносупрессии в каждом конкретном случае заболевания. И наконец, последнее: все большее подтверждение получает тот факт, что в патологический процесс при одном и том же заболевании могут вовлекаться самые различные патофизиологические механизмы.

Эти положения предопределяют новый круг задач: определение как основного, так и возможных альтернативных путей генерации иммунного воспаления в каждом конкретном случае заболевания, а также признания по своей сути клинической гетерогенности как болезни Крона, так и неспецифического язвенного колита, с различными подходами к диагностике, прогнозу и, главным образом, выработке терапевтических стратегий.

### 105. Сравнительное исследование содержания внутриэритроцитарного магния в крови из подключичной вены у стрессоустойчивых и стрессонеустойчивых крыс с экспериментальной ацетатной язвой желудка

Поветкина В.Н., Рогова Л.Н., Шестернина Н.В.

Волгоградский ГМУ (каф. патологической физиологии), Россия

**Цель исследования:** изучение содержания магния в эритроцитарной массе крови из подключичной вены у стрессоустойчивых и стрессонеустойчивых крыс с экспериментальной ацетатной язвой желудка.

**Материалы и методы.** На 42 крысах, предварительно разделенных методом открытого поля на стрессоустойчивых и стрессонеустойчивых, было выполнено 4 серии экспериментов. В первой серии, включающей по 7 крыс из каждой группы, моделировали ацетатную язву в препилорической зоне по методу Окабэ С. Во второй контрольной серии (7 крыс из каждой группы) выполняли те же манипуляции, но без повреждения желудка уксусной кислотой. Животные выводились из эксперимента через 7 суток: забиралась кровь из подключичной вены и измерялась площадь язвенного дефекта. Содержание внутриэритроцитарного магния определяли по В.С. Камышникову (2000).

**Результаты.** Площадь язвенного дефекта при стандартном повреждении слизистой оболочки желудка уксусной кислотой у стрессоустойчивых крыс составила  $(38,7 \pm 4,1)$  мм<sup>2</sup>, у стрессонеустойчивых –  $(68,7 \pm 9,4)$  мм<sup>2</sup> ( $p < 0,01$ ). При сопоставлении уровня магния в исходном состоянии было выявлено, что у стрессоустойчивых крыс этот показатель был ниже на 24% ( $p < 0,05$ ), чем у стрессонеустойчивых животных. Сравнительное исследование контрольных серий обеих групп показало выраженное понижение на 46,7% ( $p < 0,001$ ) содержания магния у стрессоустойчивых крыс по отношению к стрессонеустойчивым животным. Экспериментальное моделирование ацетатной язвы сопровождалось уменьшением содержания внутриэритроцитарного магния по отношению к контрольным животным на 13,9% ( $p < 0,05$ ) у стрессоустойчивых и тенденцией к снижению у стрессонеустойчивых крыс ( $p > 0,1$ ). При этом концентрация магния у стрессоустойчивых крыс с ацетатной язвой была ниже на 48,1% ( $p < 0,001$ ) по сравнению со стрессонеустойчивыми животными.

**Выводы.** Экспериментальное исследование показало, что стрессоустойчивые животные отличаются от стрессонеустойчивых более низким содержанием магния в эритроцитарной массе крови из подключичной вены.

### 106. Эндоскопическая диагностика ГЭРБ и ее осложнений у взрослого населения Республики Карелия

Поздниккина О.Ю., Аленичева Т.М., Дуданова О.П.

ОКБ на ст. Петрозаводск ОАО «РЖД», Петрозаводский государственный университет, Россия

**Целью исследования** явилось определение диагностической значимости эндоскопического исследования в распознавании различных форм ГЭРБ и ее осложнений у взрослого населения Республики Карелия.

**Материалы и методы исследования.** Эзофагогастроскопия (Olympus PQ-20) выполнена 165 больным с клиническими симптомами гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (ГЭРБ): изжогой, горечью во рту, чувством тяжести за грудиной, которые они испытывали не реже 1 раза в неделю. Мужчин было 81 (49,1%), женщин 84 (50,9%), средний возраст обследованных составил (41,6±11,5) года (от 16 лет до 51 года). Прицельная биопсия и гистологическое исследование слизистой пищевода выполнены 22 (13,3%) пациентам с макроскопически измененной картиной.

**Результаты.** Недостаточность кардии выявлена у 113 (68,5%) больных. У 17 (10,3%) пациентов при наличии клинических признаков и эндоскопических маркеров кардиальной недостаточности не определялись эндоскопические признаки поражения слизистой пищевода. Неэрозивная рефлюксная болезнь отмечалась у 95 (57,6%) больных, рефлюкс-эзофагит – у 53 (32,1%) больных, из них: степени А – у 24 (14,5%), степени В – у 10 (6,1%), степени С – у 3 (1,8%), степени D – у 16 (9,7%). При гистологическом исследовании у 10 (45,5%) из 22 пациентов обнаружена метаплазия многослойного плоского неороговевающего эпителия в цилиндрический, причем у 1 (4,5%) характер метаплазии был кишечным, что является достоверным признаком пищевода Барретта.

**Выводы.** Эндоскопическое исследование с прицельной биопсией позволило у 32,1% больных с клиникой ГЭРБ диагностировать рефлюкс-эзофагит и у 0,6% – осложнение ГЭРБ в виде пищевода Барретта.

#### 107. Нр-статус у работников производств азотной группы, страдающих язвенной болезнью

Помыткина Т.Е., Вавин Г.В.

Кемеровская ГМА, Россия, e-mail: docent@kemcity.ru

**Цель исследования:** оценить Нр-статус у больных язвенной болезнью (ЯБ) в стадии обострения, занятых в различных производствах азотной группы (ПАГ).

**Материал и методы исследования.** Обследованы 78 мужчин с ЯБ, занятых в ПАГ. Проводилась оценка Нр-статуса с помощью гистологического и серологического методов исследования.

**Результаты исследования.** По результатам бактериоскопии больные ЯБ были инфицированы несколько чаще в группе подвергающихся изолированному действию соединений азота (1-я группа) и группе подвергающихся комбинированному действию соединений азота и органических растворителей (2-я группа), чем больные в 3-й группе (нет контакта с соединениями азотной группы, но имеется контакт с другими производственными факторами, такими как шум, некомфортный микроклимат, вибрация) и больные в 4-й группе (нет контакта с вредными производственными факторами). Для пациентов с ЯБ 1-й и 2-й групп отмечалась достоверно максимальная обсемененность слизистой как тела желудка, так и его антрального отдела. В 3-й и 4-й группах пациентов достоверно чаще встречалась слабая степень обсемененности Нр антрального отдела желудка. Согласно результатам серологического метода в сыворотке крови у 53,8% больных обнаружены высокие, у 17,9% – средние, у 28,2% – низкие титры специфических антител к Нр IgG. При этом у больных 1-й и 2-й групп достоверно чаще встречался высокий титр антител к Нр IgG, в то время как в группах 3 и 4 превалировал его низкий титр. Одинаково часто выявлялся средний уровень антител к Нр в группах исследования.

**Заключение.** Наибольшая частота и степень инфицированности регистрируется у больных ЯБ, подвергающихся комбинированному действию соединений азота и органических растворителей. Это надо учитывать при разработке лечебно-профилактических мероприятий.

#### 108. Опыт лечебно-профилактического применения БАД «Пепидол ПЭГ» в условиях психоневрологического интерната

Потиевский Э.Г., Манушкин С.Г.

ООО НПЦ «Элосан», Андреевский ПНИ, Омск, Россия,

e-mail: peg37@mail.ru

**Цель исследования** был поиск средств, сочетающих максимальное нормализующее действие на раздраженный желудочно-

кишечный тракт с профилактическим эффектом относительно острых кишечных инфекций (ОКИ). Изучалась эффективность использования отечественного пептинового препарата «Пепидол ПЭГ» в комплексной терапии заболеваний желудочно-кишечного тракта. Препарат сертифицирован и зарегистрирован в Государственном реестре БАД Российской Федерации. Особенностью проживающих в психоневрологических стационарах (ПНИ) является то обстоятельство, что значительная часть их страдает расстройствами желудочно-кишечного тракта (дисбактериозы, колиты, энтериты), которые нередко обусловлены постоянным приемом нейрорепитивных средств, а также последствиями длительного приема антибиотиков. Традиционные лечебно-профилактические мероприятия – использование антибиотиков, зубиотиков, бактериофагов – дают, как правило, временный эффект.

В настоящей публикации приводятся результаты применения БАД «Пепидол ПЭГ» в условиях ПНИ в период 2002-2009 гг.

Под наблюдением находились лица, проживающие в Андреевском психоневрологическом интернате, всего более 500 человек, в основном женщины в возрасте от 15 до 89 лет и мужчины в возрасте от 20 до 40 лет. Все проживающие получали препарат «Пепидол ПЭГ» 5% раствор по 25 мл на прием за 30 мин до еды. Схема приема зависела от формы заболевания. При дисбактериозе пациенты получали препарат в течение 4 дней через каждые 3 часа с перерывом на сон. Затем, после 4-дневного перерыва, повторялся четырехдневный цикл приема препарата. При острых кишечных инфекциях препарат включался в общую схему терапии: в той же дозировке через каждые три часа до нормализации состояния. С профилактической целью пациентам ПНИ препарат назначался по эпидемиологическим показаниям 2 раза в неделю по 3 раза в день.

Полученные данные свидетельствуют о высокой эффективности использования данного препарата в комплексной терапии дисбактериозов, колитов, энтеритов. Количество больных дисбактериозом сократилось более чем на 80%, количество больных колитами – более чем на 66%. Заболеваемость энтеритами была полностью купирована. Необходимость традиционного применения антибиотиков, химиопрепаратов, бактериофагов в том объеме, что был ранее, исчезла, то есть снизились затраты на приобретение этих препаратов. Учитывая высокую уязвимость контингента психоневрологических интернатов в отношении острых кишечных инфекций, энтеритов и других расстройств желудочно-кишечного тракта, представляется целесообразным и перспективным рекомендовать использование БАД «Пепидол ПЭГ» в качестве оздоровительного и профилактического средства в учреждениях подобного типа.

## Р

#### 109. Применение пищевых волокон и урсодооксихолевой кислоты у пациентов с хроническими заболеваниями печени

Радченко В.Г., Ситкин С.И., Селиверстов П.В.,

Тетерина Л.А.

Санкт-Петербургская ГМА им. И.И. Мечникова, Россия

**Цель исследования:** оценить характер клинического течения хронического заболевания печени (ХЗП) и динамику состояния микробиоценоза толстой кишки на фоне применения натуральных пищевых волокон (ПВ) и урсодооксихолевой кислоты (УДХК).

**Материал и методы:** 30 больных с ХЗП в возрасте от 34 до 67 лет и печеночной энцефалопатией (ПЭ) латентной или 1 стадии. В рамках принятых стандартов проводилась диагностика и лечение ХЗП. 1-й группе (15 чел.) назначался гепатопротектор из группы эссенциальных фосфолипидов, 2-я группа (15 чел.) получала препарат УДХК («Урсофальк») по 10 мг/кг/сутки на ночь ежедневно. Также обе группы получали ПВ («Мукофальк») по 1 пак. 3 раза в день. Оценка клинико-биохимических показателей и лечение дисбиоза выполнена через 4 недели от начала терапии.

**Результаты.** На 5-6-й день лечения в 1-й и 2-й группах отмечено уменьшение астенического и диспепсического синдрома у 60% и 73% больных. В 1-й и 2-й группе через 4 недели получено понижение активности АЛТ, АСТ, билирубина (p<0,05). Снижение

холестерина и ЩФ во 2-й группе было больше, чем у пациентов 1-й группы ( $p < 0,05$ ). Отмечено уменьшение проявления ПЭ: снизилось время для выполнения теста связи чисел в 1-й группе с  $(48 \pm 5)$  с до  $(32 \pm 3)$  с, во 2-й группе с  $(51 \pm 6)$  с до  $(31 \pm 3)$  с ( $p < 0,05$ ), а также теста линии с  $(62 \pm 4)$  с до  $(41 \pm 3)$  с и с  $(64 \pm 5)$  с до  $(39 \pm 4)$  с ( $p < 0,05$ ). Через 4 недели ПЭ-0 диагностирована у 10 чел. (67%) в 1-й группе и у 12 чел. (80%) – во 2-й. Более чем у 50% больных обеих групп отмечено улучшение микрофлоры толстой кишки: увеличился рост лактобактерий, а количество условно патогенных микроорганизмов и грибов рода *Candida* снизилось ( $p < 0,05$ ).

**Выводы.** Комплексное применение ПВ («Мукофальк») и препаратов УДХК («Урсофальк») более эффективно для лечения больных ХЗП и ПЭ по сравнению с применением ПВ и препаратов группы эссенциальных фосфолипидов.

#### 110. Дисбиоз кишечника: применение пробиотиков у больных хроническими заболеваниями печени

Радченко В.Г., Ситкин С.И., Селиверстов П.В., Тетерина Л.А., Суворов А.Н.  
Санкт-Петербургская ГМА им. И.И. Мечникова, Россия

**Цель исследования:** оценить состояние кишечной микрофлоры (КМ) у больных хроническими заболеваниями печени (ХЗП) и динамику ее изменений на фоне применения пробиотика «Ламинолакт».

**Материал и методы:** 20 человек с ХЗП в возрасте от 33 до 64 лет. В рамках принятых стандартов проводилась диагностика и лечение ХЗП. Дополнительно назначался препарат «Ламинолакт» (штамм молочнокислых энтерококков *Enterococcus faecium* L-3) по 3 драже 3 раза в день. Контроль клинико-биохимических показателей и дисбиоза проводился на 1-30-й дни терапии.

**Результаты.** Нарушения КМ выявились у всех пациентов. У 40% определена 2 степень дисбиоза. Отмечалось уменьшение содержания бифидо- и лактобактерий (на 2-3 порядка ниже по сравнению с нормативами) и повышение уровня стафилококков, гемолитических и условно патогенных микроорганизмов в среднем до  $10^4$ – $10^5$  КОЕ/г. При увеличении степени дисбиоза нарастали жалобы на изменение характера стула, метеоризм, отсутствие аппетита, которые сопровождалось увеличением общего билирубина, ЩФ и ГГТП и снижением уровня альбуминов ( $p < 0,05$ ). На фоне приема ламинолакта к концу 1-й недели отмечалось исчезновение болевого абдоминального и диспепсического синдромов у 12 (60%) больных. Через 4 недели произошло улучшение состояния микрофлоры толстой кишки у 13 чел. (65%). Отмечено повышение количества бифидо- и лактобактерий ( $p < 0,05$ ), уменьшение роста гемолитических микроорганизмов, стафилококка золотистого, условно патогенных штаммов ( $p < 0,05$ ). Также через 4 недели снизилась активность АЛТ, АСТ, билирубина, ЩФ ( $p < 0,05$ ).

**Выводы.** Лечебный эффект пробиотика «Ламинолакт» при ХЗП обусловлен оптимизацией микрофлоры толстой кишки, снижением уровня эндотоксинов, уменьшением клинических симптомов основного заболевания, регрессией лабораторных показателей.

#### 111. Влияние целлюлозных сорбентов на рост пробиотических лактобактерий

Рыбальченко О.В., Ларионов И.В., Орлова О.Г., Рыжанкова А.В., Болдырев А.Г.  
Гос. НИИ ОЧБ ФМБА России, Санкт-Петербург, Санкт-Петербургский государственный университет, Россия

Интерес к лактобактериям обусловлен необходимостью конструирования высокоэффективных комплексных пробиотических препаратов пролонгированного действия на основе сорбентов. Целлюлозные сорбенты класса Сфероцелл (СФ), созданные в НИИ ОЧБ для иммобилизации продуктов микробного метаболизма, представляют собой модифицированную макропористую, полимерную матрицу с высокими емкостными показателями в отношении целевых метаболитов.

**Цель исследования:** оценка влияния сорбентов СФ, отличающихся знаком заряда поверхности, на рост и выход биомассы лактобактерий.

**Объекты.** Исследовали закономерности роста пробиотического штамма *L. rhamnosus* GG ATCC 53103 в присутствии сорбентов СФ с различным знаком заряда: карбоксиметил (КМ) – катионит (отрицательный заряд) и дитиламиноэтил (ДЭАЭ) – анионит (положительный заряд).

**Методы.** Для оценки влияния сорбентов СФ с различным знаком заряда на параметры роста лактобактерий, клетки выращивали на МРС бульоне в присутствии сорбентов КМ и ДЭАЭ. В контроле проводили культивирование без сорбента. Рост лактобактерий оценивали по КОЕ на среде МРС-5. Морфологические свойства лактобактерий в процессе роста анализировали методами сканирующей и просвечивающей электронной микроскопии.

**Результаты.** Максимальный выход биомассы при выращивании с СФ положительного знака заряда (ДЭАЭ) по сравнению с контролем ( $1,71 \cdot 10^{10}$  КОЕ/мл) возрос в 5 раз и составлял  $8,6 \cdot 10^{10}$  КОЕ/мл. При культивировании лактобактерий в присутствии СФ КМ конечный выход биомассы уменьшался на порядок – до  $8,6 \cdot 10^9$  КОЕ/мл.

**Выводы.** Сорбенты СФ ДЭАЭ выступают в качестве буфера, накапливающего (сорбирующего) метаболиты и стабилизирующего pH среды, что в свою очередь препятствует ингибированию роста лактобактерий продуктами собственного метаболизма.

#### 112. Возможность применения пробиотических лактобактерий для подавления биопленкообразования стафилококков

Рыбальченко О.В., Орлова О.Г., Рыжанкова А.В., Блинова Ю.А., Бондаренко В.М.  
Санкт-Петербургский государственный университет, Гос. НИИ ОЧБ ФМБА России, Санкт-Петербург, Россия

**Введение.** Значительное число заболеваний ассоциированы со способностью их возбудителей формировать микробные сообщества в виде бактериальных биопленок. *Staphylococcus aureus* играют ключевую роль в образовании биопленок в пораженных участках кожи с последующим проникновением в лимфу и системный кровоток, нередко с развитием очагов вторичной инфекции.

**Цель:** оценить степень подавляющего воздействия лактобактерий различных пробиотических штаммов на биопленкообразование стафилококков.

**Объекты.** Исследовали действие лактобактерий и метаболитов пробиотических штаммов: *L. plantarum* 8-RA3, *L. plantarum* 25, *L. zaeae* 3, *L. rhamnosus* GG ATCC 53103 на клинические изоляты стафилококков с кожи пациентов в норме и при atopическом дерматите (АД): *S. aureus* 1n, 2n, 3a, 4a.

**Методы.** Способность стафилококков к биопленкообразованию оценивали по методу O'Tool. Морфофизиологические свойства стафилококков в динамике образования биопленок анализировали методами сканирующей и просвечивающей электронной микроскопии.

**Результаты.** Показано подавление лактобациллами биопленкообразования всех исследованных штаммов *S. aureus* на 70-80% по сравнению с контролем. Действие экзогенных метаболитов лактобактерий проявлялось эффективнее живых клеток на 10-20% и достигало 80-90% по сравнению с контролем. Отмечена более высокая степень подавления биопленкообразования стафилококков от здоровых лиц, чем от пациентов с АД. Полученные данные подтверждены на электронно-микроскопическом уровне.

**Выводы.** Проявление высокой антагонистической активности лактобактерий к стафилококкам в составе биопленок свидетельствует о перспективности создания новых комплексных пробиотиков для предотвращения биопленкообразования.

#### 113. Сорбенты в комплексном лечении детей с кожно-интестинальной аллергией

Рябчук Ф.Н., Пирогова З.И., Братова Е.А.  
МАПО, Санкт-Петербург, Россия

**Цель исследования:** оценить эффективность сорбентов в терапии детей с пищевой аллергией и atopическим дерматитом.

**Материал и методы.** Под наблюдением находились 40 детей дошкольного возраста в возрасте от 6 мес до 1 года (16), 1-3 лет



(13), 4-6 лет (11). Диагноз аллергической энтеропатии и атопического дерматита у них был верифицирован анализом наследственного анамнеза, оценкой пищевого дневника, определением общего и специфических IgE, тестом дегрануляции тучных клеток и биорезонансным тестированием (у 15 детей).

**Результаты.** Интестинальные нарушения у детей с пищевой аллергией выражались либо неустойчивым стулом с болями в животе после приема аллергенных продуктов (59%) или виде запоров с частотой дефекации 1 раз в 2-3 дня (41%). Больные были разделены на 2 группы. Дети первой группы с пищевой аллергией и локальными проявлениями дерматита (62%) получали элиминационную диету и монотерапию зостерином-ультра (0,25 г) в день, сроком 10 дней, или энтеросгелем в возрастной дозе (10 детей). Больным 2 группы (15 детей) с пищевой аллергией и распространенной формой дерматита лечение дополнялось назначением зиртека и креона. У детей 1-й группы отмечались быстрая и положительная динамика: оформление стула к 3-му дню приема зостерина и энтеросгеля, исчезновение зуда и сыпи на коже к 6-му дню, нормализация сна к 8-му дню лечения. Во 2-й группе у 76,2% пациентов также отмечалась положительная динамика с оформлением стула и нормализацией копрограммы к 10-12 дню. У 47,6% отмечено неполное обратное развитие кожного синдрома, им дополнительно назначались пробиотики и препараты цинка.

**Выводы.** Сорбенты оказывают положительное лечебное воздействие у больных с желудочно-интестинальной аллергией. У детей с пищевой аллергией и локальной формой кожной аллергии использование монотерапии сорбентами было весьма эффективным, что позволило избежать полипрагмазии в лечении детей с аллергией.

## С

### 114. Хронический гастродуоденит у детей дошкольного возраста с глистно-паразитарной инвазией

Сазанова Н.Е., Шабунина Е.И., Хохлова Н.М.  
Нижегородский НИИ детской гастроэнтерологии, Россия

**Цель исследования:** выявление функциональных, иммунологических и морфологических особенностей хронического гастродуоденита (ХГД) у детей дошкольного возраста с глистной и паразитарной инвазией.

**Материал.** Наблюдали 65 детей 3-7 лет с ХГД, верифицированным эндоскопически и гистологически. У 39 пациентов заболевание сочеталось с глистной инвазией – 27 или лямблиозом – 12 (ХГД+ГПИ), у 26 – паразитозы исключены (ХГД).

**Методы:** функциональные, морфологические, иммунологические, биохимические.

**Результаты.** Изменения в СО у больных обеих групп носили преимущественно эритематозно-экссудативный характер. Частота выделения *H. pylori* – 63% и 66,7%. В отличие от ХГД, у детей с ХГД+ГПИ преобладали диффузные формы дуоденита (64,9%), по данным морфометрии – большая выраженность воспалительной и иммунной реакции в СО ДПК, наличие тканевой эозинофилии ( $p < 0,001$ ), увеличение IgE-плазмочитов ( $p < 0,001$ ), в крови – повышенный уровень IgE – (170,0±38,6) МЕ/мл,  $p < 0,01$ . Только при ХГД+ГПИ имели место уменьшение SIgA в дуоденальном соке ( $p < 0,001$ ), большая, чем при ХГД, степень снижения его лизоцимной активности ( $p < 0,05$ ), снижение числа клеток Панета в СО ДПК, особенно при лямблиозе ( $p < 0,001$ ), а у детей с гельминтозом – и бокаловидных клеток ( $p < 0,05$ ). В отличие от ХГД у детей с ХГД+ГПИ снижалось всасывание Д-ксилозы в проксимальном отделе тонкой кишки ( $p < 0,05$ ), чаще выявлялись гиполактазия (38% против 25%) и гипопинкемия (70% против 9,1%,  $p < 0,05$ ).

**Выводы.** Хронический гастродуоденит у детей дошкольного возраста с глистно-паразитарной инвазией по сравнению с таковым без паразитозов характеризуется более тяжелым поражением СО ДПК с участием механизмов IgE-зависимой гиперчувствительности, снижением местной защиты на органном и тканевом уровнях, высокой частотой нарушения функций тонкой кишки.

### 115. Изучение на мышах, крысах и собаках острой токсичности МТБЭ

Сайфутдинов Р.Г., Трифонова Э.В.  
Казанская ГМА (каф. терапии № 1), МСЧ ОАО «Татнефть» и г. Альметьевска, Россия

Метил-трет-бутиловый эфир (МТБЭ) используется при контактном химическом литолизе холестериновых камней желчного пузыря с 1981 года. На настоящий момент ни за рубежом, ни в России на МТБЭ не получено разрешение как на лекарственный препарат.

**Цель исследования:** определить показатели острой токсичности МТБЭ у мышей, крыс и собак.

**Материалы и методы:** МТБЭ вводили *per se* белым мышам и крысам обоего пола внутрижелудочно (в/ж) по Литчфилду-Уилкоксоу. Расчеты средних летальных доз проводили по В.Б. Прозоровскому. Дозирование осуществляли по массе вещества, учитывая его плотность (0,74 г/см<sup>3</sup>), и выражали дозу в мг/кг веса тела животных. Собакам (самцам и самкам) МТБЭ вводили в/ж через короткие интервалы времени в течение 6 часов в общей дозе до 5000 мг/кг. Исследование осуществляли совместно с Институтом токсикологии ФМБА России (Санкт-Петербург). Наблюдали 14 дней. Летальность, время гибели, симптоматика отравления осуществляли до введения, на 7 и 14 дни наблюдения, вскрытие и макроскопическое исследование всех погибавших и выживших животных – в конце исследования.

**Результаты.** МТБЭ при остром введении мышам, крысам и собакам оказывает слабое токсическое действие, обусловленное наркотическим эффектом. Величины ЛД<sub>50</sub> у мышей и крыс – 3000-5000 мг/кг. В/ж введение собакам в дозе 5000 мг/кг не вызывает каких-либо существенных изменений общего состояния, поведения и структуры внутренних органов. Результаты токсикометрии, данные некропсии и наблюдений за животными в постинтоксикационном периоде острого отравления позволяют отнести МТБЭ к малотоксичным лекарственным веществам.

**Заключение.** В соответствии с ГОСТ 12.1.007-76 МТБЭ относится к 4 классу опасности (малоопасные вещества). По механизму действия – угнетает ЦНС и вызывает наркоз.

### 116. Изучение на собаках острой токсичности МТБЭ

Сайфутдинов Р.Г., Трифонова Э.В.  
Казанская ГМА (каф. терапии № 1), МСЧ ОАО «Татнефть» и г. Альметьевска, Россия

Метил-трет-бутиловый эфир (МТБЭ) используется при контактном химическом литолизе холестериновых камней желчного пузыря с 1981 года. На настоящий момент ни за рубежом, ни в России на МТБЭ не получено разрешение как на лекарственный препарат.

**Цель исследования:** определить показатели острой токсичности МТБЭ у собак.

**Материалы и методы:** МТБЭ вводили *per se* самцам и самкам через зонд внутрижелудочно (в/ж) через короткие интервалы времени в течение 6 часов в общей дозе до 5000 мг/кг. Контрольный самец получал плацебо – дистиллированную воду. Исследование осуществляли совместно с Институтом токсикологии ФМБА России (Санкт-Петербург). Наблюдали 14 дней. Летальность, время гибели, симптоматика отравления осуществляли до введения, на 7 и 14 дни наблюдения, вскрытие и макроскопическое исследование всех погибавших и выживших животных – в конце исследования.

**Результаты.** Самцу (масса 8 кг) и самке (масса 10 кг) МТБЭ был введен в дозе 5000 мг/кг. Никаких отклонений от интактной собаки в поведении, общем состоянии, аппетите и потреблении воды не отмечалось. По данным некропсии и макроскопического исследования острое в/ж введение МТБЭ беспородным собакам обоего пола в дозах, превышающих терапевтические для человека (от 70 до 300 мг/кг) в десятки раз, не вызывает патологических изменений головного мозга, внутренних и эндокринных органов экспериментальных животных, а также не оказывает раздражающего действия на стенку желудочно-кишечного тракта. Это

подтверждается и величинами массовых коэффициентов внутренних органов.

**Заключение.** В/ж введение собакам 5000 мг/кг МТБЭ, что в десятки раз превышает максимальную терапевтическую дозу для человека, не вызывает каких-либо существенных изменений общего состояния, поведения и структуры внутренних органов.

#### 117. Клинико-эпидемиологическая характеристика туберкулеза в сочетании с вирусными гепатитами

Сахра Анас, Иванов А.К., Нечаев В.В.

Санкт-Петербургская ГМА им. И.И. Мечникова, Россия

**Цель исследования:** выявление клинико-эпидемиологических особенностей сочетанных заболеваний, вызванных микобактериями туберкулеза и вирусами гепатита.

**Материалы и методы.** Проведен анализ клинико-эпидемиологических данных у 233 больных, госпитализированных в инфекционную больницу им. С.П. Боткина в 1998-2001 и 2008-2009 годах. Пациенты поступали в стационар с той или иной формой вирусного гепатита. Диагноз туберкулеза ставился на основании выявления его при обследовании или же уже имевшегося заболевания.

**Результаты.** Из числа поступивших больных сочетанными заболеваниями у 43,7% был диагностирован хронический гепатит В или С, у 27,9% – микст-гепатит В+С. У 8,6% больных были установлены острые формы ГВ или ГС, у 11,1% – вирусный гепатит А, у остальных – хронический гепатит неустановленной этиологии. Превалентность сочетанной инфекции в период с 1998 по 2001 гг. имела понижающийся характер с 5,43 до 2,96%. В 2008-2009 гг. она возросла до 11,1-12,9 на 1000, свидетельствуя о неблагоприятной эпидемической ситуации по ВГ, на фоне и в сочетании с которыми формируется туберкулез. Превалентность хронического гепатита С в указанные периоды, так же как и ХВГВ+ХВГС, увеличилась в среднем с 0,93 до 5,1 и с 0,8 до 5,0 на 1000 соответственно.

Превалирующей формой туберкулеза у больных сочетанной инфекцией явилась инфильтративная (51,9%) и диссеминированная (26,2%). В 2008-2009 гг. стал диагностироваться туберкулез внутригрудных лимфатических узлов (ТВЛУ), составивший в структуре больных 16,2%. Все указанные формы туберкулеза преимущественно выявлялись у больных хроническими формами ВГ или их этиологическими сочетаниями.

Сочетанная инфекция выявлена в основном у мужчин 20-49 лет, страдающих ХВГС, ХВГВ+ХВГС в сочетании с инфильтративным и диссеминированным туберкулезом легких.

#### 118. Мониторинг свойств, ассоциированных с персистенцией представителей нормальной и условно патогенной микрофлоры ЭГДЗ, у лиц с патологией ЖКТ

Самоукина А.М., Червинец Ю.В., Михайлова Е.С.,

Червинец В.М., Беляева Е.А.

Тверская ГМА, Россия

**Цель исследования:** изучить способность к образованию биопленок, ауто- и коагрегацию, поверхностную гидрофобность, характеризующие потенциальную возможность колонизации, у представителей нормальной и условно патогенной микрофлоры ЭГДЗ у лиц с воспалительными заболеваниями ЭГДЗ.

**Материалы и методы.** В исследование включено 150 клинических изолятов представителей нормальной и условно патогенной микрофлоры, выделенных из биоптатов слизистой оболочки пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки у лиц с воспалительными заболеваниями ЭГДЗ, с использованием классических бактериологических методик.

**Результаты.** Высокая способность к образованию биопленок отмечалась у 100% штаммов *E. coli*, *Staphylococcus spp.*, у 90% *Bacillus spp.*, у 80% *Candida spp.*, *Streptococcus spp.*, у 70% *Serratia spp.*, *Enterobacter spp.*, *Pseudomonas spp.* У 70% изолятов наблюдалась ярко выраженная аутоагрегация: *Staphylococcus spp.*, *Streptococcus spp.*, *Bacillus spp.*, *Enterobacter spp.*, *Corynebacterium spp.*, *Pseudomonas spp.*, *Citrobacter spp.*, *Serratia spp.*, *E. coli*, *Lactobacillus spp.*, *Candida spp.* В ходе изучения спо-

собности к коагрегации с тестовыми культурами грамположительных, грамотрицательных бактерий и дрожжеподобных грибов рода *Candida* получены данные, свидетельствующие о высокой и средней степени выраженности этих процессов у представителей нормальной и условно патогенной микрофлоры ЭГДЗ. Представители нормальной и условно патогенной микрофлоры продемонстрировали наличие высокой поверхностной гидрофобности. Изученные свойства были достоверно ( $p < 0,05$ ) более выражены у представителей условно патогенной микрофлоры и коррелировали с наличием у них признаков патогенности.

**Вывод.** Представители условно патогенной микрофлоры обладают высокой способностью к образованию биопленок, вытесняя представителей нормальной микрофлоры.

#### 119. Лечение табачной зависимости у больных хроническими заболеваниями органов пищеварения: первичная мотивация и эффективность лечения

Сафонова О.В., Котельникова А.В.

ЦНИИ гастроэнтерологии, Москва, Россия,

e-mail: ovsafonova@mail.ru

**Цель:** исследовать роль первичной мотивации больного в эффективности лечения табачной зависимости.

**Материал и методы.** Лечение табачной зависимости проводилось у 135 больных (91 мужчина и 44 женщины, возраст  $(41,4 \pm 13,8)$  года). Использовались физиотерапевтические, психотерапевтические и комплексные методы лечения. Первичная мотивация оценивалась анкетированием, эффективность лечения контролировалась в течение года.

**Результаты.** Из 135 больных полностью отказались от курения 33,4%, сократили количество выкуриваемых сигарет 45,9%, вернулись к курению 20,7%. Низкая первичная мотивация больных диагностировалась у 19,4% больных, средний уровень – 48,5%, высокий – 32,1%.

Обнаружены различия в эффективности лечения в зависимости от уровня первичной мотивации ( $p = 0,0001$ ): в группе больных, отказавшихся от курения, уровень мотивации находился выше средних значений, мотивация продолживших курение характеризовалась как низкая.

В группе больных, отказавшихся от курения, выявлены различия в устойчивости ремиссии в зависимости от уровня первичной мотивации: 28,9% больных вернулись к курению в течение месяца после лечения. Уровень первичной мотивации в этой группе больных превысил ( $p = 0,002$ ) оптимально допустимые значения, то есть очень высокий уровень мотивации не всегда является наилучшим. Существует граница, за которой дальнейшее увеличение мотивации приводит к ухудшению результатов. Данное обстоятельство, скорее всего, обусловлено высоким уровнем активности и напряжения, что вызывает стресс и приводит к ухудшению деятельности.

Таким образом, эффективность лечения табакокурения в значительной степени определяется личной включенностью больного, максимальный результат может быть достигнут при поддержании мотивации в границах средней интенсивности.

#### 120. Взаимосвязь эндоскопической картины пищевода с пищевым статусом

Середа С.А., Кокуева О.В., Новосела Н.В.

Кубанский ГМУ, Краснодар, Россия

**Цель исследования:** выявить зависимость эндоскопических изменений слизистой верхнего отдела пищеварительного тракта от состояния статуса питания.

**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 23,00 года (от 19,00 до 40,00 лет), во 2-й группе – 42,00 года (от 25,00 до 50,00 лет),  $p > 0,05$ . В 1-ю группу входили 67,85% мужчин, во вторую – 69,35%. Индекс массы тела (ИМТ) в 1-й группе имел значение  $23,74 \text{ кг/м}^2$  (от 20,97 до 24,51), во второй – 24,38 (от 21,60 до 28,41), без достоверной разницы между группами.

**Результаты.** По данным эндоскопии пищевода в 1-й группе нормальная картина слизистой выявлялась у 42,86% больных с нормальной массой тела, у 100% больных с недостаточностью массы тела, у 4 лиц с ожирением 2 степени. При этом у 2 пациентов с ожирением 1 степени (100% больных) и двух с нормальной массой тела диагностировался эрозивный рефлюкс-эзофагит (РЭ) и у 6 (42,86%) больных также с нормальным ИМТ выявлялось катаральное поражение пищевода.

Наиболее часто во 2-й группе встречался эрозивный РЭ, при этом у 38,71% участников патология отсутствовала. Среди больных с нормальным ИМТ эрозивный РЭ встречался у 33,33% пациентов, с недостаточностью массы тела – у 18,18%, и наиболее часто при ожирении 1 степени – у 55,56%. Катаральное поражение пищевода также преобладало среди больных с повышением массы тела – у 44,44%, что указывает на то, что ожирение может служить фактором риска формирования рефлюкс-эзофагита. В целом катаральный эзофагит чаще встречался во 2-й группе – у 27,42% (17 больных). У больных ЯБ ДПК с недостаточностью питания РЭ не обнаруживался у 63,64% больных (7 человек).

**Вывод.** Таким образом, состояние статуса питания следует учитывать при лечении больных с патологией слизистой пищевода.

#### 121. Диагностика атрофии слизистой оболочки желудка различными методами у пациентов разного возраста

Сидоркин А.О., Азанчевская С.В., Фадеева Д.В., Новикова В.П.

ГПАБ, СПбГМА им. И.И. Мечникова, СПбГПМА,

Санкт-Петербург, Россия

**Цель исследования:** оценить частоту атрофии слизистой оболочки желудка у детей и взрослых с использованием различных методов.

**Материал и методы.** Изучение биоптатов по сиднейской визуально-аналоговой шкале проводилось 224 пациентам с хроническим гастритом. 96 больных (57 детей и 39 взрослых) обследовались гастропанелью «Biohit». Биоптаты 21 пациента (10 взрослых и 11 детей) оценивались по модифицированной визуально-аналоговой шкале, предложенной III съездом Российского общества патологоанатомов.

**Результаты.** При оценке биоптатов по сиднейской шкале у детей атрофический гастрит встречался реже, чем у взрослых – 11,6% и 58,2% ( $p < 0,05$ ). Гастропанель «Biohit» выявляла признаки атрофии тела желудка у 3,4% детей и 37,5% взрослых ( $p < 0,05$ ), а антрального отдела – у 43,9% детей и 28,6% взрослых ( $p > 0,05$ ). При оценке биоптатов по модифицированной визуально-аналоговой шкале выявлено, что у всех взрослых с хроническим гастритом имеется атрофия слизистой оболочки желудка (у 5 – второй стадии, у двух – третьей, у 3 – четвертой стадии) с наличием у 6 пациентов пилорической и у 7 – кишечной метаплазии. В то же время у 81,8% детей также была выявлена атрофия слизистой оболочки желудка (у 7 – первой стадии, у 1 – второй, у 1 – третьей). Но у взрослых выявлялась истинная атрофия, а у детей атрофия имела так называемый неопределенный характер.

**Заключение.** Частота атрофического гастрита у детей и взрослых зависит от способа оценки атрофии. Новую шкалу целесообразно применять для оценки стадии хронического гастрита у взрослых, однако у пациентов детского возраста в связи с необходимостью проведения множественных биопсий и частыми ложноположительными результатами использование этой классификации, по нашему мнению, затруднительно.

#### 122. Эпидемиологические аспекты болезней органов пищеварения среди населения Самарской области

Сиротко И.И., Кузнецов С.И., Мачехин П.В., Сухарев В.М.

Министерство здравоохранения и социального развития Самарской области, Самарский областной клинический онкологический диспансер, Россия, e-mail: domis@mail.ru

**Целью исследования** является выявление уровней и тенденций первичной заболеваемости и распространенности болезней органов пищеварения среди населения Самарской области в 2007–2009 гг.

**Задачи работы:** изучение динамических, структурных и территориальных особенностей распространенности данной патологии.

**Методы.** В работе использованы статистический, аналитический и эпидемиологический методы исследования.

**Результаты.** Изучая в динамике заболеваемость населения Самарской области болезнями органов пищеварения в 2007–2009 гг., следует отметить тенденцию роста первичной заболеваемости с 38,5‰ в 2007 г. до 40,4‰ в 2009 г. и увеличение уровня распространенности болезней органов пищеварения с 130,9‰ в 2007 г. до 146,1‰ в 2009 г. Территориальные особенности первичной заболеваемости населения болезнями органов пищеварения по городам и районам Самарской области свидетельствуют о значительном росте заболеваемости сельских жителей (27,6‰ в 2007 году и 34,8‰ в 2009 г., рост +26%). Указанная тенденция характерна и для показателя распространенности данного вида патологии (+25%). Особенно тревожен факт роста первичной заболеваемости органов пищеварения у подростков 15–17 лет: темп роста за последние три года составил 33%.

В результате системного подхода к ранжированию территории по уровню первичной заболеваемости установлено, что данный показатель по городам Самарской области колеблется от 22,5‰ до 68,5‰, то есть различается в 3 раза, а по уровню распространенности – от 85,5‰ до 187,5‰ (отличия в 2,2 раза).

**Выводы.** Полученные результаты необходимо учитывать при планировании организации лечебно-профилактической помощи населению при данной патологии.

#### 123. Эндотелиальная дисфункция (ЭД) сосудов у больных с портальной гипертензией (ПГ) на фоне цирроза печени (ЦП)

Сирчак Е.С.

Ужгородский национальный университет (медицинский факультет), Украина, e-mail: szircsak\_heni@bigmir.net

**Цель исследования:** изучить вазорегуляторные функции сосудистого эндотелия у больных с ПГ на фоне ЦП.

**Материалы и методы.** Обследованы 197 больных с декомпенсированным ЦП с ПГ. Для исследования эндотелиальной дисфункции (ЭД) изучали показатель эндотелий-зависимой вазодилатации (ЭЗВД) плечевой артерии (ПА), измеряя ее диаметр, скорость кровотока, индексы Пурсело (RI) и Гослинга (PI) с помощью УЗ доплерографии, а также проводили пробу с временной компрессией.

**Результаты.** Больных с ЦП распределили по классам тяжести по Child-Pugh. В класс В вошли 52% больных, в класс С – 48%. При обследовании у всех больных с ЦП обнаружили достоверно более широкий диаметр ПА – (0,43±0,7) см – по сравнению с контрольной группой, где он составил (0,36±0,5) см. У больных с ПГ выявили гиперергическую реакцию в ответ на окклюзию, то есть прирост диаметра ПА на (9,8±0,6)%. У 35% обследованных при проведении пробы с реактивной гиперемией наблюдали парадоксальную вазоконстрикторную реакцию, что указывает на выраженную ЭД. Скорость кровотока по ПА у больных с ЦП и ПГ оказался пониженным по сравнению с контрольной группой и составлял (70,8±5,2) см/с. RI был выше, чем у здоровых, и составлял (0,98±0,10), что свидетельствует о росте периферического сопротивления в группе пациентов с ЦП. PI был также повышен и составлял (4,89±0,71), что указывает на снижение эластичности сосудистой стенки при ПГ на фоне ЦП.

**Выводы.** У больных с ПГ на фоне ЦП выявили нарушение вазорегуляторной активности сосудистой стенки. Определение RI и PI является эффективным методом оценки ЭД у таких больных.

#### 124. Диагностические возможности <sup>13</sup>C-метацетинового дыхательного теста (<sup>13</sup>C-МДТ) у больных с циррозом печени (ЦП) и гепаторенальным синдромом (ГРС) II типа

Сирчак Е.С., Русин В.И., Футько К.В.

Ужгородский национальный университет (медицинский факультет), Украина; e-mail: szircsak\_heni@bigmir.net

**Цель исследования:** оценить диагностические возможности <sup>13</sup>C-МДТ у больных с ЦП и ГРС II типа.

**Материалы и методы.** Обследованы 47 больных с ЦП и ГРС II типа, которые лечились в ЗОКБ. ЦП диагностировали с учетом жалоб, анамнестических, лабораторных и инструментальных методов исследования. ГРС составлялся согласно диагностическим критериям по V. Atgouo и др., 1996 г. в модификации L. Dagner, K. Moore, 2001 г. Для определения степени поражения печени всем больным проводили  $^{13}\text{C}$ -МДТ. Дыхательные пробы анализировали на инфракрасном спектрографе IRIS (фирмы IZINTA, Венгрия).

**Результаты.** Больных с ЦП распределили по классам тяжести по Child-Pugh. В класс В вошли 18 (38%) больных, в класс С – 29 (62%). После проведения  $^{13}\text{C}$ -МДТ по результатам применения данной методики 18 больных с ЦП и ГРС II типа также были отнесены к классу В по Child-Pugh, масса функционирующих гепатоцитов (МФГ) в этой группе составляла (43,6±5,4)%. К классу С по Child-Pugh по данным  $^{13}\text{C}$ -МДТ отнесли 29 пациентов, МФГ для них составила (18,6±4,2)%. Практически у всех больных клинико-лабораторные показатели соответствия степени печеночной недостаточности совпали с результатами  $^{13}\text{C}$ -МДТ, также появилась возможность оценки процентного отношения МФГ у каждого конкретного больного в зависимости от принадлежности его к определенному функциональному классу по Child-Pugh.

**Заключение.** Использование неинвазивного  $^{13}\text{C}$ -МДТ у больных с ЦП и ГРС II типа дает возможность установить процентное соотношение МФГ у каждого конкретного больного в зависимости от степени печеночной недостаточности, что имеет большое значение для выбора оптимального метода и объема терапии.

#### 125. Пробиотическая коррекция нарушений микробиоценоза толстой кишки при алкогольных и вирусных поражениях печени

Соловьева Н.В.

Северный ГМУ, Архангельск, Россия

**Целью работы** явилось сравнительное исследование состояния микробиоценоза толстой кишки и оценка эффективности применения пробиотиков у лиц, страдающих поражениями печени различной этиологии.

**Материалы и методы.** Обследованы 170 мужчин, средний возраст (42,2±1,9) года, в том числе I группа – больные с синдромом зависимости от алкоголя (СЗА) в состоянии острого алкогольного психоза (ОАП) – 66 человек (38,8%), II – с хроническим гепатитом В (ХГВ) – 43 (25,3%), III – с хроническим гепатитом С (ХГС) – 35 (20,5%). Контрольную группу составили 26 (15,4%) практически здоровых мужчин, средний возраст (41,2±1,9) года. Все больные были разделены на подгруппы: основные, получавшие лечение по стандартной схеме, принятой в наркологической и инфекционной практике, и группы сравнения, получавшие дополнительно препараты пробиотического действия «Альгибиф» и «Альгилак», содержащие соответственно бифидо- и лактобактерии. При первом обследовании и в динамике всем пациентам проводилось исследование количественного содержания и частоты встречаемости представителей нормальной микрофлоры толстой кишки.

Поражения печени алкогольного и вирусного генеза сопровождались дисбиозом толстой кишки с преобладанием тяжелых степеней: дисбактериоз второй степени был выявлен у 43,9% больных I, у 39,5% – II, у 44,4% – III групп; третьей степени – у 19,8% больных I, 13,9% – II, и 16,5% – III групп. У больных I-III групп наблюдалось отчетливое снижение численности бифидо- и лактобактерий, увеличение частоты встречаемости стафилококков и снижение содержания энтерококков. Наиболее выраженные нарушения микробиоценоза толстой кишки наблюдались у больных в ОАП (более низкое содержание бифидо- и лактобактерий, энтерококков, высокое содержание стафилококков и самая высокая частота встречаемости кишечной палочки с гемолитическими свойствами).

После проведенного лечения у всех больных, не получавших биокоррекцию, сохранялись дисбиотические изменения. Включение в комплексную терапию больных с ОАП, ХГВ и ХГС пробиотических препаратов способствовало улучшению состояния микрофлоры толстой кишки. Отмечено уменьшение частоты

встречаемости второй степени дисбиоза среди всех больных, третьей степени – у больных с ОАП, отсутствие данной степени у больных ХГВ и ХГС. Имело место увеличение содержания бифидо- и лактобактерий, снижение частоты встречаемости стафилококков, кишечной палочки с гемолитическими и лактозонегативными свойствами, уменьшение частоты встречаемости клостридий и грибов рода Кандида, увеличение содержания кишечной палочки у всех больных и увеличение количества энтерококков у больных в состоянии ОАП.

Таким образом, препараты-пробиотики могут быть включены в схему лечения больных ОАП, а также ХГВ и ХГС как способствующие более быстрому восстановлению функций толстой кишки.

#### 126. Особенности местного иммунитета желудка и толстой кишки у пациентов с язвенным колитом на фоне эрадикационной терапии

Соловьева О.И., Немировский В.С., Макиенко В.В.

СПбМАПО, Санкт-Петербург, Россия

**Цель исследования:** оценить состояние местного иммунитета больных язвенным колитом (ЯК) на фоне эрадикации *H. pylori*.

**Материалы.** Обследованы 50 больных ЯК среднетяжелого течения с различной локализацией патологического процесса.

**Методы.** Определение IgA в биоптате слизистой оболочки (СО) оценивали методом иммуноблоттинга. Для диагностики инфекции *H. pylori* (HP) использовали молекулярно-генетический метод (ПЦР с праймерами к уреазе В).

**Полученные результаты.** Во всех группах до лечения наблюдалось более высокое содержание IgA в СО измененного отдела толстой кишки, чем в неизменном отделе. Подобное распределение сохранялось и на последующих этапах наблюдения. В СО неизменного участка толстой кишки у пациентов с успешной эрадикацией HP за время наблюдения достоверных изменений количества IgA не наблюдалось. В группе же пациентов, где эрадикация HP не наступила, было зарегистрировано увеличение количества IgA в рассматриваемом участке кишки через 2 месяца и через полгода от окончания курса эрадикационной терапии.

В СО измененного отдела толстой кишки у пациентов с успешной эрадикационной терапией количество IgA достоверно уменьшилось через 2 месяца и сохранялось на таком же уровне к 6-месячному сроку. У пациентов, где эрадикация HP не наступила, через 2 месяца также наблюдалось снижение количества IgA, однако к окончанию исследования оно практически достигло исходных значений. Характер изменений количества IgA в данном случае созвучен с характером изменения эндоскопического и клинического индексов активности и динамикой степени дисбиотических изменений у этой группы пациентов.

**Выводы.** Эрадикация *H. pylori* сопровождается достоверным стойким уменьшением количества IgA в слизистой оболочке толстой кишки, что может быть расценено как системное уменьшение напряженности местного иммунитета на фоне улучшения барьерной функции СО и улучшения микробиоценоза.

#### 127. Адыювантная терапия гастроэзофагеальной рефлюксной болезни

Старостин Б.Д.

Гастроэнтерологический центр № 1, Санкт-Петербург, Россия, e-mail: starostinbd@mail.ru

**Цель исследования:** оценить эффективность дополнительного применения альгинатного препарата «Гевискон» при проведении лечения пациентов с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью (ГЭРБ) ингибитором протонной помпы (ИПП), учитывая достаточно частое существование рефрактерности симптомов у пациентов с ГЭРБ при монотерапии ИПП.

**Материалы и методы.** Проведено открытое сравнительное исследование в амбулаторных условиях, в котором в исследуемой группе пациенты с установленным диагнозом ГЭРБ принимали гевискон форте 10,0 мл × 3 раза в день через 1 час после приема пищи и 4-й раз на ночь перед сном плюс ИПП (омепразол) 20 мг × 2 раза в день за 30-60 минут до утреннего приема пищи и

обеда в течение 8 недель. В контрольной группе пациенты с ГЭРБ принимали только омепразол в эквивалентных дозах. Контроль проводимого лечения осуществлялся по динамике симптомов, устранению эндоскопических проявлений ГЭРБ и гистологически – по устранению маркера ГЭРБ (расширенные межклеточные пространства).

**Результаты.** Сочетанная терапия гевискономом и ИПП приводит к более быстрому, полному и частому снижению выраженности симптомов вплоть до полного их исчезновения. Терапия «гевискон плюс ИПП» способствовала более раннему и частому наступлению эндоскопической и гистологической ремиссии с устранением РМП. При использовании сочетанной терапии «ИПП плюс гевискон» гистологическая ремиссия наблюдалась у 90% против 74% пациентов, которым проводилась монотерапия ИПП (различия статистически значимы при  $p < 0,01$ ).

**Выводы.** Комбинированная терапия «альгинатный препарат плюс ИПП» обладает высокой эффективностью при лечении пациентов с ГЭРБ.

#### 128. Анализ нежелательных явлений при длительном приеме ИПП

Старостин Б.Д.

Гастроэнтерологический центр № 1, Санкт-Петербург, Россия, e-mail: starostinbd@mail.ru

**Цель:** проанализировать весь спектр нежелательных явлений (НЯ) при длительном приеме ингибиторов протонной помпы (ИПП), так как существуют противоречивые данные.

**Материалы и методы.** Проведен анализ доступной отечественной и зарубежной литературы по данным Medline, Embase, Cochrane Library и многих других источников.

**Результаты.** Наиболее частой причиной длительного приема ИПП является гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь. Анализ показывает, что если и существует какой-либо риск развития переломов бедра при длительном приеме ИПП, то он невысокий и не требует прерывания терапии, если лечение проводится по показаниям и в соответствующих дозах. Другим НЯ является кишечные инфекции (*Clostridium difficile*-ассоциированная диарея, кампилобактер, сальмонелла и другие). ИПП снижают концентрацию витамина С в желудочном соке, в том числе его активной антиоксидантной формы, что приводит к повышению уровня нитритов в желудке, особенно у *H. pylori*(+)-пациентов. ИПП редуцируют абсорбцию витамина В<sub>12</sub>, железа, способствуют снижению плотности кости за счет нарушения метаболизма кальция, учащению фундальных полипов, которые регрессируют после отмены ИПП; способствуют учащению пневмоний у пациентов с риском ее развития (пожилые, с хроническим заболеванием легких, при использовании иммуносупрессивных препаратов или кортикостероидов, у пациентов с рецидивированием легочных инфекций, требующих частого использования антибактериальной терапии). Прием ИПП (кроме париета) может способствовать нарушению биодоступности других препаратов, метаболизирующихся через систему цитохрома P450.

**Выводы.** Прием ИПП должен быть обоснованным и учитывать возможные нежелательные явления.

#### 129. Антиоксидантная терапия при неалкогольном жировом заболевании печени

Старостин Б.Д.

Гастроэнтерологический центр № 1, Санкт-Петербург, Россия, e-mail: starostinbd@mail.ru

**Введение.** В последние годы отмечается значительный рост числа пациентов с избыточной массой тела, что сопровождается сопутствующими изменениями в организме.

**Цель.** Оценить эффективность препарата «Gtarpine» с антиоксидантными и гепатопротективными способностями у пациентов с неалкогольным стеатогепатитом (НАСГ), так как общеизвестным фактором в развитии неалкогольного стеатогепатита при прогрессировании от стеатоза печени является участие оксидативного стресса (свободных радикалов и продуктов перекисного окисления липидов).

**Материалы и методы.** Проведено двухцентровое исследование в амбулаторных условиях, в котором пациенты исследуемой группы (n=31) принимали препарат «Грэйпайн» по 1 капсуле 3 раза в день. Особенностью препарата является его комплексный состав: витамин С и другие компоненты. Диагноз НАСГ устанавливался в соответствии с критериями Powell E.E. и соавторов. У всех пациентов исключалось наличие других хронических заболеваний печени, в том числе вирусной этиологии. В динамике регистрировались параметры функциональных печеночных проб, ультразвукового исследования по методике С.С. Бацкова.

**Результаты.** В процессе лечения через 6 месяцев непрерывного приема антиоксиданта «Грэйпайн» определялась положительная динамика нормализации функциональных печеночных проб, нарушенных на входе в исследование, улучшение структуры паренхимы печени по данным ультразвукового исследования.

**Выводы.** Антиоксидант «Грэйпайн» проявляет достаточно высокую эффективность при неалкогольном жировом заболевании печени (НАЖЗП), в том числе при НАСГ, и может быть рекомендован в терапии пациентов с НАЖЗП.

#### 130. Ганатон в лечении пациентов с функциональной диспепсией

Старостин Б.Д.

Гастроэнтерологический центр № 1, Санкт-Петербург, Россия, e-mail: starostinbd@mail.ru

**Цель исследования:** оценить эффективность препарата «Ганатон», относящегося к группе селективных блокаторов дофаминовых рецепторов с двойным прокинети́ческим эффектом, у пациентов с одной из форм функциональной диспепсии (ФД), постпрандиальным дистресс-синдромом, учитывая прокинети́ческие свойства данного препарата.

**Материалы и методы.** Проведено открытое многоцентровое исследование в амбулаторных условиях, в котором пациенты (n=43) с установленной функциональной диспепсией, постпрандиальным дистресс-синдромом принимали ганатон 50 мг × 3 раза в день за 30 минут до приема пищи в течение 1 месяца. Эффективность лечения оценивалась по выраженности симптомов и их наличию или отсутствию до и после проведенного лечения. Обязательным условием установления диагноза ФД являлось соответствие Римским III диагностическим критериям.

**Результаты.** У 35 из 43 пациентов, вошедших в исследование, отмечалось полное устранение симптомов заболевания (81%), что подтверждает достаточно высокую эффективность прокинети́ческого препарата «Ганатон» в лечении пациентов с одной из форм ФД, постпрандиальным дистресс-синдромом. Оценка общего самочувствия как пациентом, так и врачом-исследователем свидетельствовала о статистически значимом ( $p < 0,01$ ) улучшении общего самочувствия после курса лечения.

**Выводы.** У пациентов с постпрандиальным дистресс-синдромом прием ганатона приводит к существенной положительной динамике симптомов заболевания, улучшению общего самочувствия.

#### 131. Комбинированная терапия ГЭРБ «маалокс плюс ингибитор протонной помпы»

Старостин Б.Д.

Гастроэнтерологический центр № 1, Санкт-Петербург, Россия, e-mail: starostinbd@mail.ru

**Цель исследования:** определить эффективность применения сочетанной терапии антацидным препаратом «Маалокс» и ИПП у пациентов с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью (ГЭРБ).

**Материалы и методы.** У всех пациентов (n=254) на входе в исследование и в процессе изучалась симптоматика, выраженная в баллах, скорость устранения основных симптомов и время наступления клинической, эндоскопической и гистологической ремиссии. Для изучения гистологической структуры слизистой оболочки пищевода проводилась рутинная световая микроскопия биоптатов. Прежде всего, изучалось наличие расширенных межклеточных пространств (РМП). В исследуемой группе пациенты (n=164) принимали ИПП плюс адывантно антацидный препарат «Маалокс». В контрольной группе (n=91) принимали ИПП.

**Результаты.** Сочетанная терапия «маалокс плюс ИПП» (независимо от используемого ИПП) приводила к более быстрому, полному и частому снижению выраженности симптомов вплоть до полного их исчезновения. Терапия «маалокс плюс ИПП» способствовала более раннему и частому наступлению эндоскопической и гистологической ремиссии с устранением РМП. При использовании терапии «ИПП плюс маалокс» гистологическая ремиссия наблюдалась у 92% против 77% пациентов, которым проводилась монотерапия ИПП ( $p < 0,01$ ). Из пациентов контрольных групп только 52% были удовлетворены проводимым традиционным лечением ИПП, против 91% при дополнительном приеме маалокса (различия статистически значимы при  $p < 0,001$ ).

**Выводы.** Сочетанная терапия «ИПП плюс антацидный препарат («Маалокс»)» отвечает основным целям лечения пациентов с ГЭРБ, воздействуя на различные звенья патогенеза, и является терапией выбора пациентов с ГЭРБ.

### 132. Новый вариант последовательной антихеликобактерной терапии

Старостин Б.Д.

Гастроэнтерологический центр № 1, Санкт-Петербург, Россия, e-mail: starostinbd@mail.ru

**Введение.** Стандартная тройная терапия в условиях нарастающей резистентности *Helicobacter pylori* (Н.р.) к кларитромицину приводит к более низкому показателю эрадикации, что требует поиска новых вариантов лечения.

**Цель исследования:** оценить эффективность последовательной антихеликобактерной терапии на фоне приема коллоидного субцитрата висмута (препарата «Де-Нол»).

**Материалы и методы.** Исследуемую группу составили пациенты с заболеваниями, ассоциированными с *Helicobacter pylori* ( $n=57$ ). Пациенты принимали рабепразол (париет) 20 мг  $\times$  2 раза в день в течение 10 дней, амоксициллин (флемоксин) 1,0 г  $\times$  2 раза в день, де-нол по 240 мг  $\times$  2 раза в день – 10 дней, а с 6-го дня лечения кларитромицин 0,5 г  $\times$  2 раза в день плюс тинидазол 0,5 г  $\times$  2 раза в день в течение 5 дней. Контроль эрадикации проводился с помощью быстрого уреазного теста, гистологически и путем определения антигена Н.р. в кале иммуноферментным анализом не ранее 6 недель после прекращения приема антибактериальных и кислотосупрессивных препаратов.

**Результаты.** Эрадикация Н.р. была установлена у 52 из 57 пациентов – 91%, что существенно превышает показатели эрадикации Н.р. при проведении стандартной тройной терапии на фоне нарастающей резистентности *Helicobacter pylori* к определенным антибактериальным препаратам. Эрадикация Н.р. признавалась только при отрицательном результате на Н.р. всех проведенных методов определения Н.р. (быстрый уреазный тест, гистологически, определение антигена Н.р. в кале методом иммуноферментного анализа).

**Выводы.** Новый вариант последовательной терапии обладает высокой эффективностью эрадикации *Helicobacter pylori*.

### 133. Оптимальность использования ингибиторов протонной помпы при ГЭРБ

Старостин Б.Д.

Гастроэнтерологический центр № 1, Санкт-Петербург, Россия, e-mail: starostinbd@mail.ru

**Введение.** Для создания максимального кислотосупрессивного эффекта все ИПП должны быть приняты за 30–60 минут до утреннего приема пищи. К неоптимальным вариантам ИПП относят прием более чем за 1 час до еды, после приема пищи, на ночь перед сном и «по требованию» при возникновении симптомов ГЭРБ.

**Цель:** проанализировать оптимальность использования ингибиторов протонной помпы (ИПП) при гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (ГЭРБ) по данным записей врачей.

**Материалы и методы.** Проведен аудит амбулаторных карт пациентов, направленных в гастроэнтерологический центр участковыми врачами-терапевтами или ранее консультированных специалистами-гастроэнтерологами.

**Результаты.** Анализ амбулаторных карт свидетельствовал о крайне низкой информированности о необходимости применения ИПП за 30–60 минут до утреннего приема пищи. Из 387 рекомендаций по приему ИПП, данных врачами-терапевтами пациентам с ГЭРБ, только у 23 (6%) пациентов в амбулаторной карте было указано о назначении ИПП за 30 минут до завтрака, у остальных пациентов (94%) указанное время приема ИПП было неоптимальным или вообще не было указано. Из 127 рекомендаций специалистов-гастроэнтерологов наиболее частым неоптимальным назначением ИПП являлась рекомендация приема «по требованию» при возникновении симптомов ГЭРБ. Оптимальное назначение ИПП, осуществленное гастроэнтерологами больным с ГЭРБ, выявлено у 65 пациентов (51%).

**Выводы.** Требуется дополнительное освещение правильного (оптимального) использования ИПП при ГЭРБ (лекции, методические рекомендации). Полученные данные коррелируют с результатами проведенных исследований в других странах.

### 134. Сравнительный анализ ингибиторов протонной помпы по данным 24-часового рН-мониторирования

Старостин Б.Д.

Гастроэнтерологический центр № 1, Санкт-Петербург, Россия, e-mail: starostinbd@mail.ru

**Цель исследования:** определить показатели 24-часового рН-мониторирования у пациентов с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью и оценить влияние ингибиторов протонной помпы (ИПП) на наиболее значимые критерии.

**Материалы и методы:** критерием включения в исследование являлось наличие симптомов ГЭРБ с документированием гастроэзофагеальных рефлюксных (ГЭР) эпизодов по данным 24-часового рН-мониторирования и подтверждением корреляции симптомов с ГЭР-эпизодами. Все пациенты принимали какой-либо ингибитор протонной помпы (омепразол, лансопризол, рабепразол или пантопризол, эзомепразол) в общепринятых эквивалентных дозах.

**Результаты.** Наиболее быстрый ответ на прием ИПП происходил после использования рабепразола: имело место более раннее повышение  $pH > 4$ . Последующее наблюдение выявило наиболее высокий процент с  $pH > 4$ , более высокий средний показатель рН в течение 24 часов также при использовании рабепразола. Прием любого ИПП сопровождался повышением суммарного времени, когда  $pH > 4$ , уменьшением частоты ГЭР, продолжительности отдельного ГЭР, уменьшением индекса DeMeester, уменьшением кислотного индекса пищевода и желудка, но более значимые изменения наблюдались при использовании рабепразола (различия при сравнении рабепразола с другими ИПП были статистически значимыми).

**Выводы.** Рабепразол (париет) является препаратом выбора для лечения пациентов с ГЭРБ, что подтверждается данными наиболее информативного исследования пациентов с ГЭРБ – 24-часового рН-мониторирования.

### 135. Эффективность обратной последовательной антихеликобактерной терапии

Старостин Б.Д.

Гастроэнтерологический центр № 1, Санкт-Петербург, Россия, e-mail: starostinbd@mail.ru

**Введение.** Целесообразность эрадикации хеликобактерной инфекции при заболеваниях, ассоциированных с *Helicobacter pylori*, на фоне изменяющейся чувствительности используемых при эрадикации антибактериальных препаратов требует поиска новых антихеликобактерных режимов.

**Цель исследования:** оценить эффективность обратной последовательной терапии у пациентов с заболеваниями, ассоциированными с *Helicobacter pylori*, и сравнить с обратной последовательной терапией.

**Материалы и методы.** Исследуемую группу составили пациенты с заболеваниями, ассоциированными с *Helicobacter pylori* ( $n=53$ ). Пациенты принимали рабепразол (париет) 20 мг  $\times$  2 раза в день в течение 10 дней, кларитромицин 0,5 г  $\times$  2 раза в день плюс тини-

дозол 0,5 г × 2 раза в день в течение 5 дней, а с 6-го дня лечения – амоксициллин (флемоксин) 1,0 г × 2 раза в день 5 дней. В контрольной группе проводилась общепринятая последовательная терапия (n=57). Контроль эрадикации проводился с помощью быстрого уреазного теста, гистологически и путем определения антигена Н.р. в кале иммуноферментным анализом не ранее 6 недель после окончания приема антибактериальных и кислото-супрессивных препаратов.

**Результаты.** Эрадикация Н.р. была установлена у 51 из 53 пациентов (96%), тогда как при проведении общепринятой последовательной терапии – у 91%. Различия между группами хотя и существовали, но не достигали статистически значимых значений.

**Выводы.** Обратная последовательная терапия так же эффективна в эрадикации Н.р., как и стандартная последовательная терапия, но существенно превосходит антихеликобактерную стандартную тройную терапию.

### 136. Эффективность пепсана при комбинированной терапии гастроэзофагеальной рефлюксной болезни

Старостин Б.Д.

Гастроэнтерологический центр № 1, Санкт-Петербург, Россия, e-mail: starostinbd@mail.ru

**Цель исследования:** оценить эффективность препарата «Пепсан» при проведении комбинированной терапии пациентов с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью (ГЭРБ) препаратом «Пепсан» плюс ингибитор протонной помпы (ИПП) и сравнить с монотерапией ИПП.

**Материалы и методы.** Исследуемую группу составили пациенты с ГЭРБ (n=37, мужчин – 15, женщин – 22). В исследуемой группе пациенты принимали ИПП (омепразол) 20 мг × 1 раз в день за 30-60 минут до утреннего приема пищи плюс пепсан по 1 саше 3 раза в день в течение 4 недель. Критерием включения в исследуемую группу являлось установление диагноза неэрозивной рефлюксной болезни (НЭРБ) по данным эндоскопического исследования верхних отделов желудочно-кишечного тракта и данных 24-часового рН-мониторирования с установлением корреляции симптомов и данных 24-часового рН-мониторирования. В контрольной группе пациенты (n=37) с НЭРБ принимали только ИПП (омепразол) 20 мг × 1 раз в день за 30-60 минут до утреннего приема пищи также в течение 4 недель. Сравнимые группы не имели статистически значимых различий (пол, возраст, курение и другие факторы), которые могли бы оказать влияние на результаты исследования.

**Результаты.** Устранение симптомов ГЭРБ было отмечено у 31 из 37 пациентов, вошедших в исследование (84%), тогда как в контрольной группе только у 21 из 37 (57%). Различия между группами статистически значимо при  $p < 0,01$ .

**Выводы.** Комбинированная терапия пациентов с НЭРБ пепсаном плюс ИПП более эффективна, чем монотерапия ИПП, вероятно, за счет действия на иные механизмы этиопатогенеза ГЭРБ, чем ИПП.

### 137. Эффективность пепсана при функциональной диспепсии

Старостин Б.Д.

Гастроэнтерологический центр № 1, Санкт-Петербург, Россия, e-mail: starostinbd@mail.ru

**Цель исследования:** оценить эффективность препарата «Пепсан» у пациентов с функциональной диспепсией (ФД) независимо от формы заболевания (постпрандиальный дистресс-синдром или эпигастральный болевой синдром), учитывая механизм действия данного препарата.

**Материалы и методы.** Исследуемую группу составили пациенты с ФД (n=31), мужчин – 15, женщин – 16. Средний возраст пациентов (35,3±6,9) года (возраст варьировал от 16 до 57 лет). Критерии включения в исследуемую группу были Римские III диагностические критерии. Пациенты принимали пепсан по 1 саше 3 раза в день в течение 1 месяца. Результаты оценивались по выраженности симптомов заболевания до и после лечения по балльной системе, результатам теста с водной нагрузкой.

**Результаты.** Уменьшение выраженности симптомов было отмечено у 27 из 31 пациента (87%) после полного курса лечения. Полное устранение симптомов отмечено у 22 из 31 пациента, вступивших в исследование (71%). Результаты теста с водной нагрузкой свидетельствовали также о положительной динамике выраженности повышенной чувствительности слизистой оболочки желудка. Объем водной нагрузки у всех пациентов с уменьшением выраженности симптомов имел тенденцию к увеличению после 1 месяца приема препарата «Пепсан», что свидетельствовало об уменьшении выраженности гиперсенситивности слизистой оболочки желудка.

**Выводы.** Лечение пациентов с ФД препаратом «Пепсан» приводит к существенной положительной динамике симптомов заболевания. Препарат «Пепсан» может быть рекомендован как средство эмпирической терапии пациентов с функциональной диспепсией независимо от формы данного заболевания.

### 138. Эффективность эрмитала при хроническом панкреатите

Старостин Б.Д.

Гастроэнтерологический центр № 1, Санкт-Петербург, Россия, e-mail: starostinbd@mail.ru

**Цель исследования:** определить эффективность применения полиферментного препарата «Эрмиталь» при проведении комбинированной терапии пациентов с хроническим панкреатитом с внешнесекреторной недостаточностью.

**Материалы и методы.** Проведено открытое мультицентровое исследование в амбулаторных условиях. В исследуемой группе пациентов (n=35) с подтвержденным хроническим панкреатитом с внешнесекреторной недостаточностью принимали ингибитор протонной помпы, полиферментный препарат «Эрмиталь» с ферментной активностью по липазе 25000 ЕД по 1 капсуле 3 раза в день во время приема пищи и по необходимости прокинетики или спазмолитического препарата в течение 4 недель. После данного курса лечения оценивались симптомы заболевания, качество жизни и уровень эластазы в кале. В контрольной группе (n=29) вместо эрмитала пациенты принимали креон в эквивалентных дозах. Сравнимые группы не имели значимых различий критериев, которые могли бы оказать влияние на конечные результаты исследования.

**Результаты.** Как в исследуемой, так и в контрольной группах отмечалась существенная статистически значимая динамика симптомов заболевания (устранение болевого синдрома, нормализация внешнесекреторной функции поджелудочной железы) независимо от выбора ферментного препарата. Оба препарата («Креон» или «Эрмиталь») проявляли высокую эффективность в лечении пациентов с хроническим панкреатитом, улучшении качества жизни на фоне проводимого лечения.

**Выводы.** Эрмиталь обладает высокой эффективностью в устранении симптомов хронического панкреатита, сравнимой с эффективностью креона, являющегося эталоном среди ферментных препаратов.

### 139. Эффективность эссенциале форте при неалкогольном жировом заболевании печени

Старостин Б.Д.

Гастроэнтерологический центр № 1, Санкт-Петербург, Россия, e-mail: starostinbd@mail.ru

**Введение.** Современные знания развития фиброза печени у пациентов с неалкогольным жировым заболеванием печени (НАЖЗП) позволяет предупредить развитие цирроза печени.

**Цель исследования:** оценить эффективность эссенциале форте Н (Sanofi-Aventis) у пациентов с НАЖЗП с признаками фиброза печени по данным фибро/акти теста.

**Материалы и методы.** Проведено плацебо-контролируемое маскированное двухцентровое исследование в амбулаторных условиях. Контрольную группу составили 17 пациентов со стеатозом печени и установленным фиброзом печени по данным фибро/акти теста. Пациенты данной группы принимали эссенциале форте Н по 2 капсулы × 3 раза в день вместе с приемом пищи в

течение 6 месяцев. В контрольной группе (n=15) пациенты принимали плацебо, внешне ничем не отличавшееся от препарата «Эссенциале форте Н». Курс лечения также составил 6 месяцев. Обе группы не имели значимых различий по возрастно-половым и другим критериям, в том числе по выраженности фиброза, которые могли бы повлиять на результаты лечения.

**Результаты.** В исследуемой группе через 6 месяцев непрерывного приема эссенциале форте Н явления фиброза были устранены полностью у 8 из 17 пациентов, вошедших в исследование (47%), у 8 пациентов отмечалось уменьшение выраженности фиброза печени от 2-й к 1-й степени (47%). Отсутствие динамики было отмечено только у 1 пациента. Суммарно положительная динамика фиброза печени отмечена у 94% пациентов. В контрольной группе у всех 15 пациентов явления фиброза печени по данным фибро/акти теста сохранялись.

**Выводы.** Эссенциале форте Н достоверно способствует устранению и/или уменьшению выраженности фиброза печени у пациентов с неалкогольным стеатозом печени.

#### 140. Эффективность баклофена в лечении гастроэзофагеальной рефлюксной болезни, рефрактерной к антисекреторной терапии

Степанов Ю.М., Арби Мохаммед  
Днепропетровская ГМА, Украина

Несмотря на достигнутый прогресс в лечении гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (ГЭРБ), остается проблема терапии рефрактерных форм, не поддающихся стандартной терапии. В последние годы появились сведения о влиянии антагонистов ГАМК-Б (гамма-аминомасляная кислота) на тонус нижнего пищеводного сфинктера.

**Цель работы:** оценить эффективность препарата «Баклофен» в лечении ГЭРБ, рефрактерной к антисекреторной терапии (АТ).

**Материалы и методы.** Обследованы 104 пациента с рефрактерной ГЭРБ, мужчины и женщины в возрасте от 18 до 65 лет, которые были разделены на 2 группы: в первой группе (n=52) больные принимали в течение одного месяца препарат «Баклофен» в дозе 10 мг 4 раза в день в сочетании с ИПП в стандартной дозе, во второй группе (n=52) больные получали только монотерапию ИПП. Всем пациентам для подтверждения рефрактерности к АТ проводилась интрагастральная рН-метрия с острой фармакологической пробой на фоне двойной стандартной дозы ИПП, а также интраэзофагеальный рН-мониторинг.

**Результаты.** В первой группе частота изжоги уменьшилась с 97,24% до лечения до 8,57% после лечения (p<0,001), отрыжка воздухом с 48,57% до 14,28% (p<0,01). Во второй группе частота изжоги снизилась со 100,00% до 28,57% (p<0,001), отрыжка воздухом – с 37,14% до 11,42% (p<0,05). В первой группе показатели минимального рН до лечения находились в пределах от 1,48 до 3,56, в среднем (2,38±0,43), после лечения они существенно возросли: до 3,28-7,32, в среднем (5,57±0,26). Во второй группе показатель минимального рН повысился лишь до пределов 1,88-7,40, в среднем (3,32±0,13), против исходного 1,64-5,92, в среднем (3,12±0,21).

**Выводы.** Комплексное лечение ГЭРБ, рефрактерной к АТ, состоящее из ИПП и баклофена, более эффективно по сравнению с традиционным лечением рефрактерной ГЭРБ только ИПП.

#### 141. Циклооксигеназа 2 типа (СОХ-2) в слизистой оболочке желудка и двенадцатиперстной кишки при НПВС-гастропатиях

Степанов Ю.М., Бреславец Ю.С.  
Днепропетровская ГМА, Украина

**Цель исследования:** изучить экспрессию циклооксигеназы 2 типа (СОХ-2) в слизистой оболочке желудка и двенадцатиперстной кишки иммуногистохимическим методом у больных с НПВС-гастропатиями.

**Материалы и методы исследования.** Под наблюдением находились 64 человека, из них 44 пациента с воспалительными и эрозивными поражениями гастродуоденальной зоны и 20 человек без морфологически верифицированной патологии ЖКТ, составившие контрольную группу. Все пациенты разделены на 2

группы: 1-я группа – принимающие неселективные НПВС, больные 2-й группы принимали селективные ингибиторы ЦОГ-2. Определение экспрессии СОХ-2 проводилось в биоптатах слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки иммуногистохимическим методом по Lazaraki G. et al. (2008) с использованием спектра антител, который включал маркеры СОХ-2 (клон SP21, LabVision, США).

**Результаты и выводы.** В результате исследования установлено значительное увеличение экспрессии уровня СОХ-2 (более чем в 3 раза) в слизистой желудка и двенадцатиперстной кишки у больных 1-й и 2-й групп в сравнении с контрольной группой (p<0,001), что свидетельствует об участии СОХ-2 в патогенезе НПВС-гастропатий.

#### 142. Экспрессия синтаза оксида азота в слизистой оболочке гастродуоденальной зоны у больных при НПВС-гастропатиях

Степанов Ю.М., Бреславец Ю.С.  
Днепропетровская ГМА, Украина

**Цель исследования.** Изучить экспрессию синтаза оксида азота (eNOS и iNOS) в слизистой оболочке гастродуоденальной зоны иммуногистохимическим методом у больных при НПВС-гастропатиях.

**Материалы и методы исследования.** Под наблюдением находились 64 человека, из них 44 пациента с воспалительными и эрозивными поражениями гастродуоденальной зоны и 20 человек без морфологически верифицированной патологии ЖКТ – контрольная группа. Все пациенты были разделены на 2 группы: 1-я группа – получавшие в терапию неселективными НПВС, больные 2-й группы принимали селективные ингибиторы ЦОГ-2. Определение уровня eNOS и iNOS проводили в биоптатах слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки иммуногистохимически по шкале от 0 до 3 по Lazaraki G. et al. (2008) с использованием спектра антител eNOS (эндотелиальная синтаза оксида азота, LabVision, США), iNOS (индуцибельная синтаза оксида азота, LabVision, США).

**Результаты и выводы.** В результате исследования установлено значительное увеличение экспрессии уровня iNOS и eNOS у больных с НПВС-гастропатиями (в 5 и 3 раза соответственно) в сравнении с контрольной группой (p<0,001), что свидетельствует о непосредственном влиянии приема НПВС на развитие каскада патологических реакций в слизистой оболочке гастродуоденальной зоны.

#### 143. Влияние антиоксидантной терапии на пролиферативную активность слизистой оболочки желудка у больных хроническим хеликобактерным гастритом

Степанов Ю.М., Латфулина А.В.  
Днепропетровская ГМА (каф. гастроэнтерологии и терапии ФПО), Украина

Хронический гастрит (ХГ) – это мультифакторное полиэтиологическое заболевание, которое обуславливает морфологическую и функциональную дезорганизацию слизистой оболочки желудка (СОЖ). В связи с этим необходимым становится изучение пролиферативной активности и путей воздействия на этот показатель.

**Цель работы:** изучить влияние антиоксидантной терапии на пролиферативную активность СОЖ у больных хроническим хеликобактерным гастритом.

**Материалы и методы.** Обследованы 20 больных ХГ и 10 практически здоровых пациентов. Первую группу (n=10) составили больные ХГ, ассоциированным с Нр, которые получали традиционную антихеликобактерную терапию, а пациенты второй группы (n=10) дополнительно получали антиоксидантную терапию (витамины А, Е, С). У всех пациентов иммуногистохимически изучали экспрессию маркера Ki-67 с последующим определением индекса пролиферации (отношение пролиферирующих клеток к общему количеству клеток).

**Результаты.** Полученные результаты показали, что при Нр(+) ХГ индекс пролиферации равен (0,72±0,03), что достоверно



( $p < 0,001$ ) выше по сравнению с контрольной группой ( $0,026 \pm 0,003$ ). После лечения пролиферативная активность слизистой оболочки антрального отдела желудка достоверно уменьшается в 1-й ( $0,044 \pm 0,002$ ) и 2-й ( $0,022 \pm 0,001$ ) группах ( $p < 0,001$ ), но более выраженные изменения наблюдаются во 2-й группе пациентов.

**Выводы.** Таким образом, хронический хеликобактерный гастрит сопровождается гиперпролиферацией эпителиальных клеток СОЖ, что свидетельствует о нарушении ее клеточного обновления. Комплексное применение антиоксидантов вызывает достоверное снижение экспрессии Ki-67, что свидетельствует о морфологической и функциональной реабилитации СОЖ.

#### 144. Сравнительная оценка метода определения фекального кальпротектина и инструментальных методов в диагностике воспаления кишечника

Степанов Ю.М., Федорова Н.С.

Днепропетровская ГМА, Украина

Традиционно для диагностики воспаления кишечника используются эндоскопический и морфологический методы, которые не всегда дают возможность точно установить диагноз. Другой их отрицательной стороной является необходимость тщательной подготовки и сложность проведения. Поэтому ведется поиск новых методов диагностики заболеваний кишечника, лишенных указанных недостатков, но при этом обладающих высокой диагностической точностью.

**Цель работы:** сравнить диагностическую точность метода определения уровня фекального кальпротектина (ФК) и эндоскопического и морфологического методов в диагностике хронических воспалительных заболеваний кишечника (ХВЗК).

**Материалы и методы.** Обследованы 111 пациентов в возрасте 18–67 лет (М:Ж=59:52), разделенных на 3 группы: 1-я группа ( $n=48$ ) – больные с неспецифическим язвенным колитом (НЯК); 2-я группа ( $n=32$ ) – с болезнью Крона (БК); 3-я группа ( $n=31$ ) – контроль – признанные здоровыми обследованные. Больным были установлены диагнозы на основании стандартов обследования, произведены эндоскопическое и гистологическое исследования кишечника. У всех пациентов методом ИФА были определены уровни ФК с использованием тест-наборов BUNLMANN (Швейцария).

**Результаты.** Корреляция между эндоскопической оценкой степени кишечного воспаления и уровнями ФК у больных ХВЗК была существенной ( $r=0,65$ ;  $p < 0,001$ ). Показатели ФК больных с 0 и 1 степенью эндоскопической активности существенно не отличались от значений ФК здоровых лиц, составляя при этом ( $20,1 \pm 7,1$ ) мкг/г и ( $22,3 \pm 7,7$ ) мкг/г ( $p > 0,1$ ). Уровни ФК пациентов со 2 и 3 степенями достоверно ( $p < 0,01$ ) отличались от среднего уровня ФК здоровых лиц, составив ( $67,2 \pm 7,5$ ) мкг/г и ( $95,2 \pm 4,7$ ) мкг/г соответственно.

**Выводы.** Уровень ФК у больных ХВЗК существенно коррелирует с эндоскопической активностью воспаления, что дает основание использовать ФК как надежный маркер диагностики воспаления в кишечнике.

#### 145. Метод ПЦР в реальном времени для оценки нарушений микробиоценоза кишечника как альтернатива бактериологическому исследованию

Суворова М.А., Людыно В.И., Суворов А.Н.

ООО НИЛ «Диагностика», НИИЭМ СЗО РАМН Санкт-Петербург, Россия, e-mail: maria\_suvorova@mail.ru

**Целью исследования** являлась разработка метода диагностики нарушений микробиоценоза кишечника с помощью полимеразной цепной реакции в реальном времени (РВ-ПЦР). ДНК из фекальных образцов пациентов выделяли с использованием рутинных лабораторных методик. Для анализа кишечной микрофлоры использовали специфические олигонуклеотиды и флуоресцентные метки Taqman. Определяли количественное соотношение бактерий родов *Lactobacillus*, *Bifidobacterium*, *Escherichia coli*, а также представителей анаэробной микрофлоры – *Bacteroides fragilis*, *Clostridium*. Результаты исследования сопоставляли с данными бактериологии. Сопоставление полученных результа-

тов показало хорошую корреляцию данных (РВ-ПЦР) по определяемым титрам нормальной микрофлоры ЖКТ (бифидобактерии, лактобациллы и кишечные палочки). Для оценки количественного состава анаэробной флоры и обнаружения энтеропатогенных бактерий результаты, полученные по методу ПЦР в реальном времени, отличались от данных бактериологических методов, так как качество исследования не зависело от условий культивирования бактерий. Преимуществом описанного подхода является также быстрота выполнения, небольшое количество материала для исследования и менее жесткие требования к срокам и условиям его хранения, что является важным для внедрения его в диагностическую практику.

Таким образом, метод ПЦР в реальном времени позволяет сохранить все достоинства классического бактериологического исследования: неинвазивность, возможность определения широкого спектра представителей нормальной и патогенной микрофлоры. Метод может быть предложен как в качестве самостоятельного метода оценки нарушений микробиоценоза кишечника, так и в сочетании с традиционными бактериологическими методами исследования.

#### 146. Гепатопротективная анестезия как стандарт анестезиологического обеспечения фтизиоторакальных операций у больных с сопутствующими хроническими вирусными гепатитами

Сулима Д.Л.<sup>1,2</sup>, Демин А.В.<sup>2</sup>, Киселев И.Г.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Санкт-Петербургский ГМУ им. акад. И.П. Павлова,

<sup>2</sup>Санкт-Петербургский НИИ фтизиопульмонологии

Поиск причин многофакторного поражения печени является одной из основных задач современной гепатологии. Определенный вклад в ее решение смогут внести результаты изучения качественно нового симультанного фактора риска поражения печени, связанного с интраоперационным влиянием анестетиков и циркуляторной гипоксии на структурно-функциональное состояние печени у больных с сопутствующими хроническими вирусными гепатитами (ХВГ), которые в предоперационном периоде получают гепатотоксичные противотуберкулезные химиопрепараты. По материалам СПбНИИФ за 2008–2009 гг. среди больных, оперированных по поводу туберкулеза легких, доли пациентов с сопутствующими ХВГ достигли соответственно 10,8% (38/352) и 12,5% (66/527). Общее число таких пациентов составило 104 человека. У этих больных традиционно применялись три вида анестезии: 1) ингаляционная анестезия (ИА) в сочетании с наркотическими анальгетиками, 2) тотальная внутривенная анестезия (ТВВА) в сочетании с ИВЛ и 3) комбинированная анестезия, сочетающая в себе эпидуральную (паравертебральную) анальгезию с ИА или с ТВВА. При этом не учитывались особенности печеночного кровоснабжения, печеночной микроциркуляции и буферной реакции печеночной артерии, которые обеспечивают поддержание необходимого уровня потребления кислорода печенью.

В послеоперационном периоде у каждого пятого (21/104) из больных с сопутствующими ХВГ регистрировались характерные изменения лабораторных показателей функциональных проб печени в сочетании с труднообъяснимой кровоточивостью, быстро присоединявшимися вторичными бактериально-грибковыми инфекциями и замедлением процессов регенерации тканей, что свидетельствовало о коагулопатических, иммунных и метаболических расстройствах, связанных с печеночно-клеточной недостаточностью. Причинами поражения гепатоцитов при вышеназванных видах анестезии могли являться: 1) прямое или иммуноопосредованное токсическое воздействие ингаляционных анестетиков, 2) циркуляторная гипоксия печени при низком системном АД и 3) «застойный» отек печени на фоне высоких уровней положительного давления в конце выдоха (ПДКВ) и/или центрального венозного давления (ЦВД) во время проведения однолегочной ИВЛ.

Результаты нашего исследования позволяют уточнить ведущую «анестезиологическую» причину интраоперационного поражения печени у больных с сопутствующими ХВГ и показать целесообразность разработки протокола «гепатопротективной ане-

стезии», которая обеспечит минимальный риск дополнительного поражения печени, связанного с анестезиологическим обеспечением фтизиоторакальных операций у этой категории пациентов.

#### 147. Прролиферативная активность эпителиоцитов желудка при алкоголь-индуцированной гастропатии

Сущенко М.А.

Тамбовский государственный университет  
им. Г.Р. Державина, Медицинский институт, Россия,  
e-mail: marinasus@yandex.ru

**Цель:** определить клиническое значение показателей пролиферативной активности эпителиоцитов слизистой оболочки желудка при алкоголь-индуцированной гастропатии.

**Материалы и методы.** Обследованы 50 пациентов в возрасте от 30 до 50 лет с верифицированной наркологом алкогольной болезнью. Проведена эзофагогастродуоденоскопия с прицельной биопсией, 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% 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 исследовании пролиферативной активности эпителиоцитов слизистой оболочки желудка I Ki составил (39,5±1,6) на 0,1 мм<sup>2</sup>, I аорт – (0,78±0,06) на 0,1 мм<sup>2</sup> (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 I Ki составил (13,5±0,7) на 0,1 мм<sup>2</sup>, а I аорт – (0,42±0,04) на 0,1 мм<sup>2</sup> (p<0,05).

**Выводы.** В клинической картине преобладают стертые формы заболевания; при морфологическом исследовании характерно сочетание атрофических изменений с изъязвлениями слизистой оболочки желудка на фоне гиперплазии эпителия; при алкогольной болезни имеет место активация пролиферативной активности эпителиоцитов и апоптоза, что свидетельствует о высоком риске развития опухолевого роста.

## T

#### 148. Анализ распространенности *saqA*-позитивных штаммов *Helicobacter pylori* в различных регионах Европейской части РФ

Тарасова Е.А., Суворова М.А., Суворов А.Н.  
ООО НИЛ «Диагностика», НИИ ЭМ СЗО РАМН,  
Санкт-Петербург, Россия, e-mail: tarasovahellen@mail.ru

**Цель исследования:** изучить *saqA*-позитивные штаммы, изолированные от пациентов различных регионов России, на наличие гена *saqE* и мутаций, обуславливающих устойчивость к кларитромицину.

Всего нами было проанализировано 794 штамма от пациентов с *H. pylori*-ассоциированными заболеваниями ЖКТ, *saqA* позитивны были 505 штаммов. Из Санкт-Петербурга выделено 408 таких образцов, из Екатеринбурга 61 и из Владикавказа 36. Наиболее интересным было проанализировать штаммы, содержащие ген *saqE* в составе острова патогенности. Показано, что увеличение экспрессии именного этого гена ведет к усилению продукции хемокинов и прогрессированию воспалительного процесса. Другой важной характеристикой для клиницистов является наличие точечных мутаций, связанных с возникновением устойчивости к кларитромицину (A2142G, A2143G, T2717C). Определенные *saqA*- и *saqE*-позитивных штаммов производили методом ПЦР с использованием специфических праймеров. Наличие мутаций выявляли методом полугнездовой ПЦР с последующим рестрикционным анализом.

Результаты показали различную частоту встречаемости как гена *saqE*, так и мутаций устойчивости к кларитромицину в образцах

из разных регионов. Наиболее часто штаммы содержащие, *saqE*, были обнаружены в Санкт-Петербурге – 87,7%, тогда как в Екатеринбурге таких штаммов выявлено 60,6%, а во Владикавказе *saqE*-позитивными были только 46,3%. Выяснилось, что в Санкт-Петербурге в 20,5% случаев штаммы содержали как минимум одну из мутаций, обуславливающих устойчивость к кларитромицину. Во Владикавказе и Екатеринбурге этот показатель оказался ниже – 12,2% и 8% соответственно. Наличие высоковирулентных штаммов в Санкт-Петербурге, вероятно, связано с циркуляцией кларитромицин-устойчивых высоковирулентных штаммов, возникших как следствие неадекватной антибиотикотерапии.

#### 149. Иммуномодулирующая активность штаммов *Lactobacillus acidophilus* VK3 IMB B-7279 и *Lactobacillus bulgaricus* VK4 IMB B-7281 на экспериментальной модели у мышей

Тимошок Н.О., Шинкаренко Л.М., Лазаренко Л.Н.,  
Олевинкая З.М., Бабенко Л.П., Мокрозуб В., Спивак Н.Я.  
Институт микробиологии и вирусологии  
им. Д.К. Заболотного НАНУ, Киев, Украина

**Целью работы** являлось определение иммуномодулирующей активности штаммов *L. acidophilus* VK3 IMB B-7279 и *L. bulgaricus* VK4 IMB B-7281 путем исследования их влияния на активность макрофагов перитонеального экссудата (МФПЭ) и накопление интерферона (ИФН) в сыворотке крови в норме и при экспериментальной стафилококковой инфекции. Штаммы *L. acidophilus* VK3 IMB B-7279 или *L. bulgaricus* VK4 IMB B-7281 вводили per os один раз в сутки в течение 4 суток в дозе 5 × 10<sup>6</sup> кл. мышам линии Balb/c, интактным или инфицированным внутрибрюшинно *S. aureus*. Установлено, что исследуемые штаммы лактобактерий усиливали кислород-зависимую бактерицидность, а также поглонительную активность МФПЭ при введении как интактным, так и инфицированным стафилококком мышам. В интактных мышах *L. acidophilus* VK3 IMB B-7279 индуцировал образование как раннего, так и позднего эндогенного ИФН: его титры в сыворотке крови повышались уже через 6 часов и сохранялись на высоком уровне в течение 12 суток. Под влиянием *L. bulgaricus* VK4 IMB B-7281 повышение титров сывороточного ИФН обнаружено на 3-и и 6-е сутки. Титры сывороточного ИФН повышались также на 1-е, 3-и и 6-е сутки у инфицированных мышей, которым вводили *L. acidophilus* VK3 IMB B-7279. Таким образом, повышение уровня циркулирующего интерферона под влиянием исследуемых штаммов лактобактерий сопровождалось активацией МФПЭ. Установленные данные открывают возможность целенаправленного отбора потенциальных пробиотических штаммов с перспективой создания комплексных пробиотических препаратов с гарантированной способностью воздействия на фагоцитирующие клетки и систему интерферона, которые обеспечивают формирование неспецифической защиты организма.

#### 150. Качество жизни и функциональное состояние верхних отделов ЖКТ у пациентов с рефлюкс-эзофагитом

Тихонов С.В.  
СПбМАПО, Санкт-Петербург, Россия,  
e-mail: sv.tihonov@rambler.ru

**Цель исследования:** изучить личностные особенности, качество жизни и функциональное состояние верхних отделов ЖКТ у пациентов с рефлюкс-эзофагитом.

**Материалы.** В исследование были включены 14 человек с рефлюкс-эзофагитом (12 (88%) мужчин и 2 (12%) женщины), средний возраст 28,5 года. Выраженность эндоскопических изменений оценивалась по эндоскопической классификации Савари-Миллера. У 7 (50%) пациентов диагностирован рефлюкс-эзофагит I степени, у шести (43%) – 2 степени, рефлюкс-эзофагит 3 степени обнаружен у одного пациента (7%).

**Методы.** Пациентам проводилась суточная рН-метрия верхних отделов ЖКТ аппаратом «Гастроскан-24», экспериментально-психологическое исследование по опросникам SF-36, СМОЛ, Бека, Спилбергера-Ханина.

**Результаты.** По данным суточной рН-метрии у испытуемых средний рН в желудке составил 2,6; рН в пищеводе ниже 4 отмечен у 16%; количество кислых гастроэзофагеальных рефлюксов (ГЭР) за сутки 192, щелочных 274, ГЭР длительнее 5 минут встречались 6 раз, индекс DeMeester составил 65,8.

Количество баллов по опроснику Спилберга-Ханина: шкала РТ – 27, шкала ЛТ – 38; по опроснику Бека 10 баллов; по опроснику СМОЛ: шкала К – 48%, F – 51%, L – 51%, 1 – 56%, 2 – 53%, 3 – 55%, 4 – 48%, 6 – 48%, 7 – 53%, 8 – 49%, 9 – 38%; по опроснику SF-36: шкала RF – 88%, RP – 61%, BP – 67%, GH – 62%, VT – 60%, SF – 70%, RE – 60%, MH – 61%.

**Выводы.** У пациентов с рефлюкс-эзофагитом увеличен процент времени с рН меньше 4 в пищеводе, количество кислых и щелочных рефлюксов. Из личностных особенностей отмечается субдепрессивность, повышенная личностная тревожность. Умеренное снижение качества жизни по сравнению с трудоспособным населением города Санкт-Петербурга отмечается по шкалам ролевого физического и эмоционального функционирования, психического здоровья.

#### 151. Активность ферментов щеточной каймы слизистой двенадцатиперстной кишки при хроническом гастродуодените (ХГД)

Ткаченко Е.И., Новикова В.П., Цех О.М.,  
Барышникова Н.В., Оришак Е.А.  
СПбГПМА, КДЦ № 2 для детей Городская поликлиника  
№ 23, СПбГМА им. И.И. Мечникова, Санкт-Петербург,  
Россия

**Цель исследования:** изучить влияние синдрома избыточного бактериального роста (СИБР) и персистенции *Helicobacter pylori* (НР) в слизистой двенадцатиперстной кишки на активность ферментов щеточной каймы (дипептидаз и лактазы) при ХГД.

**Материал и методы.** Обследованы 30 взрослых в возрасте 18–60 лет с ХГД, верифицированным морфологически. Для диагностики синдрома избыточного бактериального роста проводилось бактериологическое исследование дуоденального содержимого на аэробную и анаэробную флору с идентификацией микроорганизмов с помощью тест-систем La Chema. Диагностика НР осуществлялась с использованием хелипил-теста и метода ПЦР с биоптатом из слизистой двенадцатиперстной кишки. Активность глицил-L-лейцилдипептидазы, аминопептидазы М и лактазы определялась методом А.М. Уголева.

**Результаты.** Выявлена отрицательная корреляционная связь между уровнем активности аминопептидазы М, лактазы и наличием СИБР у пациентов с ХГД ( $r=-0,6$  и  $r=-0,7$ ,  $p<0,05$ ). Высев *Enterococcus faecalis* имел отрицательную корреляционную связь с уровнем активности аминопептидазы М ( $r=-0,6$   $p<0,05$ ). Определена положительная корреляционная связь между уровнем лактобактерий и лактазы ( $r=0,77$ ,  $p<0,05$ ). Выявлена отрицательная корреляционная связь между наличием НР в двенадцатиперстной кишке и уровнем аминопептидазы М и лактазы ( $r=-0,67$  и  $r=-0,75$ ,  $p<0,05$ ).

**Вывод.** Инфицирование слизистой двенадцатиперстной кишки НР и появление СИБР у пациентов с ХГД ведет к снижению активности ферментов щеточной каймы, что требует фармакологической коррекции и соблюдения диеты.

#### 152. Диетотерапия НАЖБП у пациентов с ожирением

Топильская Н.В., Каганов Б.С.  
НИИ питания РАМН, Москва, Россия, topilnat@mail.ru

**Введение.** Развитие НАЖБП тесно связано с ожирением и инсулинорезистентностью. Снижение массы тела является немедикаментозным способом коррекции инсулинорезистентности и более эффективным методом лечения НАЖБП.

**Цель исследования:** оценить эффективность низкокалорийной диеты, модифицированной по углеводному и липидному компонентам, у пациентов с НАЖБП.

**Методы.** В исследование включены 128 пациентов (47 мужчин, 81 женщина, средний возраст (46±13) лет) с НАЖБП (жировой гепатоз – 51 пациент, НАСГ – 77 пациентов). ИМТ=(36,0±4,3) кг/м<sup>2</sup>.

Пациенты с НАЖБП подразделялись на 2 группы: жировой гепатоз и НАСГ (диагноз установлен на основании клинико-лабораторных данных и результатов гистологического исследования). Всем пациентам назначалась низкокалорийная диета (калорийность 2000–2200 ккал/сут, белок – 15%, жиры – 25%, углеводы – 60% от суточной потребности энергии), модифицированная по углеводному и липидному компонентам. Группу контроля составляли пациенты с НАЖБП (n=32), калорийность рациона составила (2642±246) ккал/сут. Длительность наблюдения составила 6 месяцев. До назначения диетотерапии и через 6 месяцев проводился контроль ИМТ, АЛТ, АСТ и НОМА-IR.

**Результаты.** На фоне проводимой диетотерапии отмечалась достоверная редукция веса в испытуемой группе (12% от исходного ИМТ) по сравнению с контролем ( $p<0,01$ ), при этом в группе стеатогепатита отмечалось достоверное снижение АЛТ – (119±10) vs. (56,0±3,6),  $p=0,03$ , АСТ – (119±10) vs (56,0±3,6),  $p=0,03$ , НОМА-IR (119±10) vs (56,0±3,6),  $p<0,01$  по сравнению с группой жирового гепатоза.

**Выводы.** Низкокалорийная диета приводит к достоверному улучшению клинико-лабораторных показателей (АЛТ, АСТ, НОМА-IR) у пациентов с НАЖБП и НАСГ.

#### 153. Изучение на крысах острой токсичности МТБЭ

Трифопова Э.В., Сайфутдинов Р.Г.  
Казанская ГМА (каф. терапии № 1), МСЧ ОАО «Татнефть»  
и г. Альметьевска, Россия

Метил-трет-бутиловый эфир (МТБЭ) используется при контактном химическом литолизе (КХЛ) холестериновых камней желчного пузыря с 1981 года. К сожалению, ни за рубежом, ни в России на МТБЭ не получено разрешение как на лекарственный препарат.

**Цель исследования:** определить показатели острой токсичности МТБЭ у крыс.

**Материалы и методы.** МТБЭ вводили *per se* крысам обоего пола внутримышечно (в/ж) по Литчфилду-Уилкоксона. Расчеты средних летальных доз проводили по В.Б. Прозоровскому. Дозирование осуществляли по массе вещества, учитывая его плотность (0,74 г/см<sup>3</sup>), и выражали дозу в мг/кг веса тела животных. Исследование осуществляли совместно с Институтом токсикологии ФМБА России (Санкт-Петербург). Период наблюдения составлял 14 дней. Летальность, время гибели, симптоматика отравления осуществляли до введения, на 7-й и 14-й дни наблюдения, вскрытие и макроскопическое исследование всех погибавших и выживших животных – в конце исследования.

**Результаты.** Гибель животных при в/ж введении смертельных доз МТБЭ (более 5 г/кг) наблюдалась в течение 1,5–5 часов от момента введения при явлениях вялости, оглушения и паралича. Обнаруживалась симптоматика глубокого наркотического опьянения. Вскрытие погибших животных выявило признаки венозного полнокровия внутренних органов, субплевральные, субдуральные кровоизлияния, мелкие кровоизлияния в продолговатом мозге и больших полушариях коры. У животных, получавших менее 5 г/кг, в первые сутки отмечались атаксия, заторможенность, вялость, сонливость, снижение потребления корма и воды. В остальные дни поведение не отличалось от такового у животных контрольной группы.

**Заключение.** Острое в/ж введение МТБЭ не вызывает макроскопических изменений внутренних и эндокринных органов, головного мозга, а также слизистой желудка и кишечника.

#### 154. Изучение на морских свинках возможной реакции общей анафилаксии (анафилактический шок) на МТБЭ

Трифопова Э.В., Сайфутдинов Р.Г.  
Казанская ГМА (каф. терапии № 1), МСЧ ОАО «Татнефть»  
и г. Альметьевска, Россия

Метил-трет-бутиловый эфир (МТБЭ) используется при контактном химическом литолизе (КХЛ) холестериновых камней желчного пузыря с 1981 года. Однако ни за рубежом, ни в России на МТБЭ не получено разрешение как на лекарственный препарат.

**Цель исследования:** определить на морских свинках возможную реакцию общей анафилаксии (анафилактический шок) на МТБЭ. **Материалы и методы.** Морским свинкам (из питомника РАМН «Рапполово», Ленинградская область) вводили внутривентрикулярно МТБЭ в дозах 70 и 700 мг/кг в течение 5 дней. Через 21 день после окончания сенсибилизации 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. Все исследования осуществляли совместно с Институтом токсикологии ФМБА России (Санкт-Петербург) согласно Руководству по экспериментальному (доклиническому) изучению новых фармакологических веществ (Хабриев Р.У., 2005).

**Результаты.** Признаки даже умеренного шока не были выявлены ни у одного животного из группы самок и из группы самцов, получавших МТБЭ в исследованных дозах.

**Выводы.** При внутривентрикулярном введении морским свинкам МТБЭ не вызывает реакцию общей анафилаксии.

#### 155. Изучение на мышах острой токсичности МТБЭ

Трифорова Э.В., Сайфутдинов Р.Г.  
Казанская ГМА (каф. терапия № 1), МСЧ ОАО «Татнефть» и г. Альметьевска, Россия

Метил-трет-бутиловый эфир (МТБЭ) используется при контактом химическом литолизе (КХЛ) холестериновых камней желчного пузыря с 1981 года. Однако ни за рубежом, ни в России на МТБЭ не получено разрешение как на лекарственный препарат.

**Цель исследования:** определить показатели острой токсичности МТБЭ у белых мышей.

**Материалы и методы.** МТБЭ вводили *per se* белым мышам обоего пола внутривентрикулярно (в/ж) по Литчфилду-Уилкоксона. Расчеты средних летальных доз проводили по В.Б. Прозоровскому. Дозирование осуществляли по массе вещества, учитывая его плотность (0,74 г/см<sup>3</sup>), и выражали дозу в мг/кг веса тела животных. Исследование осуществляли совместно с Институтом токсикологии ФМБА России (Санкт-Петербург). Период наблюдения составлял 14 дней. Летальность, время гибели, симптоматика отравления осуществляли до введения, на 7-й и 14-й дни наблюдения, вскрытие и макроскопическое исследование всех погибавших и выживших животных – в конце исследования.

**Результаты:** гибель животных при в/ж введении смертельных доз МТБЭ (более 5 г/кг) наблюдалась в течение 1,5-5 часов от момента введения при явлениях вялости, оглушения и паралича. Обнаруживалась симптоматика глубокого наркотического опьянения. Вскрытие погибших животных выявило: признаки венозного полнокровия внутренних органов, субплевральные, субдуральные кровоизлияния, мелкие кровоизлияния в продолговатом мозге и больших полушариях коры. У животных, получавших менее 5 г/кг, в первые сутки отмечались атаксия, заторможенность, вялость, сонливость, снижение потребления корма и воды. В остальные дни поведение крыс не отличалось от такового у животных контрольной группы.

**Заключение.** Острое в/ж введение МТБЭ не вызывает макроскопических изменений внутренних и эндокринных органов, головного мозга, а также слизистой желудка и кишечника.

#### 156. Содержание нейромедиаторов в слизистой оболочке желудка

Трубицына И.Е., Рудь М.В., Губина А.В., Ладыхина Л.Д.  
ЦНИИ гастроэнтерологии, Москва, Россия

Протективные свойства слизистой оболочки желудка зависят от тканевого гомеостаза нейромедиаторов в крае язвенного дефекта.

**Цель:** определение содержания серотонина, гистамина и ацетилхолина в крае язвенного дефекта у больных язвенной болезнью желудка до и после противоязвенной терапии.

**Материал и методы.** Обследованы 50 больных при поступлении в стационар и после проведенного лечения, контроль – 10 здоровых человек. Больные разделены на две группы: первая получала Н<sub>2</sub>-блокаторы гистаминовых рецепторов, вторая – ингибиторы протонной помпы (ИПП).

**Результаты и обсуждение.** У здоровых в экстрактах слизистой оболочки желудка: серотонин (2,4±0,4) мкг/г ткани; гистамин (18,0±3,0) мкг/г ткани; ацетилхолин (0,95±0,25) мг/100 г ткани. У больных при поступлении (обострение): серотонин – (4,1±0,4) мкг/г ткани (p<0,01); гистамин (19,0±2,7) мкг/г ткани (p>0,05); ацетилхолин (1,4±0,2) мг/100 г ткани (p<0,05). После приема Н<sub>2</sub>-блокаторов гистаминовых рецепторов: серотонин (3,4±0,5) мкг/г ткани (p≤0,05); гистамин (25,0±3,0) мкг/г ткани (p<0,05); ацетилхолин (1,05±0,15) мг/100 г ткани (p>0,05). После ингибиторов протонной помпы (ИПП): серотонин (2,8±0,5) мкг/г ткани (p>0,05); гистамин (17,5±3,0) мкг/г ткани (p>0,05); ацетилхолин (2,5±0,4) мг/100 г ткани (p<0,05). Заживление язвенного дефекта после ИПП наступало в более короткие сроки, чем после Н<sub>2</sub>-блокаторов. Край плоский, без деформации слизистой оболочки желудка.

**Выводы.** Тканевой гомеостаз серотонина, гистамина и ацетилхолина претерпевает существенные изменения в динамике патологического процесса. В период деструкции повышено содержание серотонина без изменений уровня гистамина, период рубцевания после приема Н<sub>2</sub>-блокаторов гистаминовых рецепторов характеризуется возрастанием содержания гистамина, а после приема ИПП – ацетилхолина. Повышенное содержание серотонина сохраняется.

#### 157. Концептуальная модель процесса формирования пузырной желчи

Тюрюмин Я.Л., Шантуров В.А., Тюрюмина Е.Э.  
Институт хирургии НЦ РВХ СО РАМН, Иркутск, Россия

Процесс формирования пузырной желчи зависит от абсорбционной, секреторной и эвакуаторной функций желчного пузыря.

Для детализации физиологии процесса поступления печеночной желчи в желчный пузырь нами введены два новых термина: «активный» и «пассивный» пассаж печеночной желчи. «Активный» пассаж зависит от объема опорожнения желчного пузыря после еды или в межпищеварительном периоде, «пассивный» пассаж связан со скоростью абсорбции воды в желчном пузыре. Во время «активного» пассажа в желчный пузырь поступает только 1 объем (из 6-9) печеночной желчи, во время «пассивного» пассажа – 5-8 объемов. Детализация процесса поступления печеночной желчи в желчный пузырь позволяет сделать предположение, что 83-89% желчных кислот поступают с «пассивным» пассажем и, соответственно, он играет важную роль в механизме формирования пузырной желчи.

Часть желчных кислот печеночной желчи поступает в желчный пузырь и аккумулируется в нем, другая часть – в двенадцатиперстную кишку и участвует в энтерогепатической циркуляции. Для понимания этих процессов нами введены два новых термина: «пузырно-зависимая» и «пузырно-независимая энтерогепатическая циркуляция желчных кислот». Пузырно-зависимая энтерогепатическая циркуляция желчных кислот зависит от эвакуаторного объема желчного пузыря и определяет концентрацию желчных кислот пузырной желчи, участвующих в энтерогепатической циркуляции. Пузырно-независимая энтерогепатическая циркуляция включает часть желчных кислот печеночной желчи, не поступивших в желчный пузырь. У здоровых людей 75-80% желчных кислот участвует в пузырно-зависимой энтерогепатической циркуляции и только 20-25% – в пузырно-независимой. После холецистэктомии доля желчных кислот, участвующих в пузырно-независимой энтерогепатической циркуляции, возрастает до 100%. Детализация этих процессов позволяет связать абсорбционную и эвакуаторную функции желчного пузыря с энтерогепатической циркуляцией желчных кислот.

**158. Модель формирования литогенной пузырной желчи**  
Тюрюмин Я.Л., Шантуров В.А., Тюрюмина Е.Э.  
Институт хирургии НЦ РВХ СО РАМН, Иркутск, Россия

**Цель исследования:** изучить с использованием математической модели механизмы формирования литогенной пузырной желчи.

**Материалы и методы.** Для исследования механизмов формирования литогенной пузырной желчи были использованы парные данные компонентов печеночной и пузырной желчи, полученных от больных с холестериновыми желчными камнями.

**Результаты.** Скорость абсорбции воды слизистой желчного пузыря была снижена на 65% ( $p < 0,005$ ), а скорость поступления печеночной желчи в желчный пузырь – на 58% по сравнению с контролем ( $p < 0,005$ ). Соответственно, «пассивный» пассаж печеночной желчи в желчный пузырь составил 34% от базальной секреции печеночной желчи, и 66% секреторируемой печеночной желчи поступало в двенадцатиперстную кишку. Уменьшение концентрации общих желчных кислот в пузырной желчи связано со снижением скорости поступления желчных кислот печеночной желчи в желчный пузырь ( $r = +0,93$ ,  $p < 0,001$ ). Скорость абсорбции везикулярного холестерина в желчном пузыре была снижена на 56% ( $p < 0,003$ ).

**Выводы.** Два фактора способствуют формированию литогенной пузырной желчи у больных холестериновыми камнями: а) снижение скорости абсорбции воды в слизистой желчного пузыря способствует низкой концентрации желчных кислот в пузырной желчи; б) уменьшение скорости абсорбции везикулярного холестерина в слизистой желчного пузыря способствует повышенной концентрации холестерина в фосфолипидных везикулах пузырной желчи. Повышение концентрации везикулярного холестерина и снижение концентрации желчных кислот является критическим фактором для преципитации кристаллов моногидрата холестерина и формирования литогенной пузырной желчи. Увеличение пассажа печеночной желчи в двенадцатиперстную кишку (до 65%) и циклов пузырно-независимой энтерогепатической циркуляции желчных кислот и билиарного холестерина может способствовать формированию хронического «мягкого» внутривезикулярного холестаза и гиперсекреции билиарного холестерина в печеночную желчь.

**159. Модель формирования пузырной желчи**  
Тюрюмин Я.Л., Шантуров В.А., Тюрюмина Е.Э.  
Институт хирургии НЦ РВХ СО РАМН, Иркутск, Россия

**Цель исследования:** разработать математическую модель формирования пузырной желчи, позволяющая установить расчетные скоростные и функциональные показатели.

**Материалы и методы.** Для построения и проверки математической модели формирования пузырной желчи были использованы парные данные компонентов печеночной и пузырной желчи, полученные от практически здоровых людей.

**Результаты.** Скорость поступления печеночной желчи зависела от скорости абсорбции воды в желчном пузыре ( $r = +0,99$ ,  $p < 0,001$ ), «пассивный» пассаж печеночной желчи в желчный пузырь составил 75–80% от базальной секреции печеночной желчи. Концентрация общих желчных кислот в пузырной желчи зависела от скорости поступления желчных кислот печеночной желчи в желчный пузырь ( $r = +0,87$ ,  $p < 0,001$ ). В норме абсорбция везикулярного холестерина слизистой желчного пузыря составила  $(39 \pm 6)\%$  от общего количества, поступившего с печеночной желчью. Скорость абсорбции воды в желчном пузыре зависела от концентрации желчных кислот ( $r = -0,89$ ,  $p < 0,001$ ) и холестерина в печеночной желчи ( $r = -0,75$ ,  $p < 0,01$ ), то есть при увеличении концентрации холестерина и/или желчных кислот в печеночной желчи снижается скорость абсорбции воды в слизистой желчного пузыря.

**Выводы.** Увеличение концентрации холестерина и/или желчных кислот в печеночной желчи уменьшает скорость абсорбции воды слизистой желчного пузыря и скорость поступления печеночной желчи в желчный пузырь. Высокая концентрация желчных кислот в пузырной желчи обусловлена повышенной скоростью поступления желчных кислот печеночной желчи в желчный пузырь. Скорость поступления печеночной желчи в желчный пу-

зень определяет скорость поступления печеночной желчи в двенадцатиперстную кишку и долю желчных кислот (до 20–25%), участвующих в пузырно-независимой энтерогепатической циркуляции. Разработанная математическая модель позволила связать абсорбционную функцию желчного пузыря с энтерогепатической циркуляцией желчных кислот.

## Ф

**160. Морфологические изменения в нервных ганглиях легких при ишемии-реперфузии кишечника**  
Фастова И.А., Смирнов А.В., Паршин А.С., Фастова Е.А.  
Волгоградский ГМУ, Россия.

В настоящее время вопросы патогенеза респираторного дистресс-синдрома при острой тонкокишечной непроходимости (ОСТКН), особенно связанные с вовлечением нервной системы в этот процесс после ишемии-реперфузии кишечника, изучены недостаточно.

**Цель исследования:** выявить закономерности динамики морфологических изменений в нервных ганглиях легких на фоне поражения легких при ОСТКН.

Под нембуталовым наркозом шести беспородным половозрелым собакам ОСТКН воспроизводили путем нижнесрединной лапаротомии и наложения резинового жгута на брыжейку петли подвздошной кишки с последующим ее погружением в брюшную полость и ушиванием раны. Через 180 мин ишемии животным проводилась релапаротомия с восстановлением кровотока путем снятия окклюзионного жгута с петли кишки. Забор материала производили через 3 и 6 часов после реперфузии.

В результате эксперимента на фоне развивающегося отека легкого через 3 часа реперфузии в интерстициальных нервных ганглиях легких отмечали субкапсулярный и перещелюлярный отек, вакуолизацию цитоплазмы, эктопию и гипертрофию ядрышек. Через 6 часов реперфузии в легких собак были обнаружены глиальные мембраны, пропитанные плазматическими клетками, в нервных ганглиях в этот период дистрофические изменения имели более выраженный характер: перикарионы нейронов имели полигональную форму, часть из них приобретали угловатые очертания за счет периваскулярного отека, в перикарионе и в его цитоплазме отмечали явления вакуолизации. В поврежденных нейронах отмечали ядра неправильной формы, в них обнаруживали одно, реже два эктопированных ядрышка. В нутрии ганглиев полнокровие, в строме ганглиев слабовыраженная периваскулярная лимфоидная инфильтрация.

Морфологические изменения в нервных ганглиях легких нарастали в динамике развития респираторного дисресс-синдрома при ОСТКН.

**161. Взаимосвязь уровня провоспалительных цитокинов с лимфогемостазом при экспериментальном перитоните**

Фастова И.А., Паршин А.С., Каланчина Т.Ю.  
Волгоградский ГМУ, Россия.

В настоящее время под системным воспалительным ответом организма понимают нарушение гомеостаза между процессами воспаления, коагуляции и фибринолиза.

**Цель исследования:** определить взаимосвязь уровня провоспалительных цитокинов с нарушениями коагуляции крови и лимфы при экспериментальном перитоните. Под нембуталовым наркозом 50 белым мышам и 25 крысам линии Вистар моделировали перитонит аутогенной каловой взвесью. Содержание ИЛ-1 $\alpha$  и TNF $\alpha$  в сыворотке определяли тест-системами mouse ELISA в контроле и через 1, 3, 6 и 24 часа с момента моделирования перитонита. Для оценки общей коагулирующей способности плазмы и лимфы определяли активированное частичное тромбопластиновое время (АЧТВ), протромбиновое время (ПВ), тромбиновое время (ТВ), антитромбин III (АТ-III), фибриноген и фибринолиз с помощью тест-систем «Технология-стандарт».

В результате эксперимента в сыворотке крови через 1 ч перитонита уровень ИЛ-1 $\alpha$  возрастал по сравнению с контролем в 3,5 раза, а

и TNF $\alpha$  в 11 раз, через 3 ч оба показателя снижались почти в 2 раза относительно часовой пробы. Уровень цитокинов к 6 ч эксперимента вновь увеличивался по сравнению с 3 ч, но оставался больше, чем в контроле, в 2 раза, и эта тенденция сохранялась в течение 24 ч. В крови и лимфе через 1 ч отмечали достоверное укорочение АЧТВ и увеличение фибриногена, через 3 ч перитонита происходило удлинение АЧТВ, ПВ и ТВ, снижалась концентрация АТ-III, уменьшалось количество фибриногена и увеличивалось время фибринолиза, к 24 ч коагулирующая активность в крови уменьшалась, а фибринолитическая увеличивалась. Таким образом, процесс неконтролируемого выброса провоспалительных цитокинов и нарушения лимфогемостаза, действуя в совокупности и взаимно активируя друг друга, формируют тяжелую клиническую картину перитонита с развитием ДВС-синдрома.

## Х

**162. Возможности ультрасонографии для ранней диагностики холестероза желчного пузыря у детей**  
Харитонов Л.А., Ермоленко Н.С., Маталаева С.Ю., Юдина Т.М., Якимова Л.В.  
РГМУ им. Н.И. Пирогова, Москва, Россия

**Цель исследования:** оценить диагностические возможности УЗИ при холестерозе желчного пузыря (ХЖП) у детей.

**Материалы и методы:** под наблюдением находились 66 детей с ХЖП в возрасте от 1 мес до 15 лет. Мальчиков было 36, девочек – 30. Всем детям проводили трансабдоминальное УЗИ (ТАУЗИ) на аппарате ALOKA SSD-3500 по стандартной методике и с использованием метода работы аппарата в условиях снижения мощности до 8-10 дБ. Детям старше 13 лет выполнялось эндоскопическое УЗИ (ЭндоУЗИ). Результаты УЗИ сравнивались с данными морфологических исследований биоптатов, полученных при холецистэктомии (53).

**Результаты.** Основным признаком ХЖП у детей при ТАУЗИ являлось уплотнение и/или утолщение стенки ЖП. Уплотнение было зафиксировано у 33 (50,0%) детей. При этом у 10 (15,2%) детей протяженность эхопозитивных участков не превышала 5 мм и морфологически соответствовала очаговой сетчатой форме. У каждого третьего (23 – 34,8%) уплотнение стенок носило диффузный характер (диффузная сетчатая форма) ( $p < 0,05$ ). Полипы (неподвижные гиперэхогенные образования без акустической тени) удалось выявить у 20 (31,0%) детей, что морфологически соответствовало полипозной и полипозно-сетчатой форме. Размер полипов по данным ТАУЗИ составлял  $(2,7 \pm 0,8)$  мм. При выполнении ЭндоУЗИ у 57,0% подростков отмечалось очаговое (17,0%) или диффузное (40,0%) уплотнение; у 45,0% – неравномерное утолщение; у 33,3% удалось выявить полипы. Диагностическая значимость ЭндоУЗИ оценивалась как более высокая в отношении оценки состояния стенки ЖП, а также выявления мелких полипов, в том числе расположенных внутри шейки или протока ЖП ( $p < 0,05$ ).

**Выводы.** Оптимальным методом инструментальной диагностики ХЖП у детей является ТАУЗИ в условиях сниженной мощности работы аппарата. Применение ЭндоУЗИ возможно у детей подросткового возраста.

**163. Особенности лечебной тактики при холестерозе желчного пузыря у детей**

Харитонов Л.А., Кочетова Е.А., Ермоленко Н.С., Маталаева С.Ю., Юдина Т.М.  
РГМУ им. Н.И. Пирогова, Москва, Россия

**Цель исследования:** оценить эффективность консервативной терапии при холестерозе желчного пузыря у детей.

**Материалы и методы.** Консервативное лечение получали 32 ребенка в возрасте от рождения до 15 лет (26 мальчиков и 14 девочек) с холестерозом желчного пузыря (ХЖП). Назначалась урсодиолевая кислота (УДХК) в общепринятой возрастной дозировке до полного нивелирования признаков заболевания. При отсутствии положительной динамики в течение 12 мес лечение прекращалось. Длительность лечения составила  $(14,5 \pm 3,3)$  мес. Контроль динамики изменений в ЖП осуществлялся выполнени-

ем УЗИ 1 раз в 3 мес. Толщина стенки желчного пузыря до лечения составила  $(3,8 \pm 0,2)$  мм, размер полипов –  $(2,7 \pm 0,2)$  мм.

**Результаты.** Полного нивелирования признаков ХЖП удалось добиться у 23 (72,0%) детей; частичное улучшение наблюдалось у 7 детей (22,0%); не было эффекта у 2 детей (7,0%) ( $p < 0,05$ ). Толщина стенки ЖП через 3 месяца от начала терапии составила  $(3,5 \pm 0,2)$  мм; через 6 мес –  $(3,1 \pm 0,1)$  мм; через 12 мес –  $(2,2 \pm 0,1)$  мм; через 18 мес –  $(1,6 \pm 0,1)$  мм; через 24 мес достигала нормы –  $(1,4 \pm 0,1)$  мм. Размеры полипов через 3 месяца были  $(2,1 \pm 0,1)$  мм; через 6 мес –  $(1,7 \pm 0,1)$  мм; через 12 мес –  $(1,3 \pm 0,1)$  мм. Эффективность терапии зависела от преморбидного фона и количества выявленных факторов риска, способствующих формированию признаков ХЖП (отягощенная наследственность по СД2; наличие аномалий ЖП; снижение СС ЖП и др.). Полного нивелирования признаков ХЖП удалось достичь через 6 мес у детей с отсутствием факторов риска, тогда как у детей с сопутствующими заболеваниями ВОПТ, отягощенной наследственностью по эндокринным заболеваниям, имеющим аномалии формы и строения ЖП, сниженной СС ЖП аналогичного эффекта удалось достичь лишь после  $(13,5 \pm 3,2)$  мес.

**Выводы.** Оптимальным методом лечения ХЖП у детей следует считать терапию УДХК. Эффективность зависит от преморбидного фона, аномалий развития ЖП и его буферной функции.

**164. Лечебная тактика при желчнокаменной болезни у детей раннего возраста**

Харитонов Л.А., Шакарян К.А., Маталаева С.Ю., Юдина Т.М., Якимова Л.В.  
РГМУ им. Н.И. Пирогова, Москва, Россия

**Цель исследования:** определить эффективность консервативной терапии при желчнокаменной болезни (ЖКБ) у детей раннего возраста.

**Материалы и методы.** В исследовании принимали участие 74 ребенка с ЖКБ (43 мальчика и 31 девочка) от 1 мес до 3 лет. Консервативное лечение получали 60 детей (81,1%); не получали никакого лечения 14 детей (18,9%). Использовалась суспензия урсодиолевой кислоты (УДХК) до полного растворения камней, но не более двух лет. При отсутствии положительной динамики на протяжении 12 мес лечение прекращалось. Эффективность литолиза контролировалась выполнением УЗИ 1 раз в 3 мес.

**Результаты.** У 3,3% детей удалось добиться положительной динамики. Полное растворение камней произошло у 25 (41,7%) детей. Растворение до микролитов составило 21,7% случаев. У 22 (36,7%) детей терапия не имела эффекта ( $p < 0,05$ ). У детей до года все случаи лечения имели эффект: у 19 из 27 (70,3%) камни растворились полностью, у остальных (8 – 29,7%) уменьшились до микролитов. В возрасте от 13 до 24 мес успеха удалось добиться у 90% детей, тогда как в группе детей от 2 до 3 лет полное растворение желчных камней произошло только у каждого пятого ребенка (18,2%). При угрозах прерывания беременности, наличии затяжной или гемолитической желтухи, а также у детей с ДЦП эффективность терапии была в 2,5 раза ниже ( $p < 0,01$ ). Все дети хорошо переносили лечение. Рецидивов камнеобразования на протяжении последующих 3 лет выявлено не было. У детей, не получавших УДХК, не было выявлено ни одного случая спонтанного растворения желчных камней.

**Выводы.** Альтернативным методом лечения ЖКБ у детей раннего возраста является консервативная терапия препаратами УДХК. Эффективность литолитической терапии зависит от возраста ребенка, преморбидного фона, течения беременности и постнатального периода.

**165. Роль вирусов в развитии рака пищевода у жителей Монголии**

Хатанбаатар Гэрэлээ  
Санкт-Петербургский ГМУ им. акад. И.П. Павлова, Россия

**Цель:** определение роли вирусов в развитии предопухолевых и опухолевых процессов в пищеводе у жителей Монголии.

**Материалы и методы исследования.** Для изучения вирусов простого герпеса типа 1, 2, Эпштейна-Барр вируса и вируса папилломы

человека был использован метод полимеразной цепной реакции. Для каждого случая брали по 5 срезов и выделяли ДНК с RNeasy mini kit (Qiagen, Crawley, Великобритания). С использованием набора Superscript III для обратной транскрипции (Invitrogen) согласно рекомендациям производителя синтезировали кДНК. Осуществляли 40 циклов полимеризации. Результаты оценивали с помощью диффузии в 2% агарозном геле (SeaKem). Блоты проявляли с помощью этидиумбромидом и УФ облучения. Результаты оценивали как отрицательные и положительные.

**Результаты исследования.** Из всех 105 образцов 70 (66,6%) являются отрицательными. Из оставшихся 33,3% положительных результатов Эпштейна-Барр вирус составил 8,6%, вирус папилломы человека – 7,6%, вирус простого герпеса – 17,14%. В предраковых процессах общий процент положительного результата всех вирусов составил 11,4%, из них 0,9% составил Эпштейна-Барр вирус, 3,8% – вирус папилломы человека, 6,7% – вирус простого герпеса 1, 2 типов. В опухолевых процессах общий процент положительных результатов всех вирусов составил 22,8%. Положительные ответы вируса простого герпеса 1, 2 типов преобладали в плоскоклеточной карциноме высокой и умеренной дифференциации, положительные результаты Эпштейна-Барр вируса были выявлены в недифференцированном раке пищевода.

Таким образом, мы пришли к выводу о том, что вирус простого герпеса 1 и 2 типов может быть одним из этиологических факторов в развитии рака пищевода в Монголии.

#### 166. Аллергия и дисбактериоз – что первично

Хачатрян А.П., Абросимова Ю.С., Хачатрян А.А.  
Международная академия здоровья, Новосибирск, Россия

**Цель исследования:** определить причинно-следственную взаимосвязь между аллергией и дисбактериозом толстой кишки.

**Материал и методы исследования.** Обследованы 32 пациента в возрасте от 22 до 56 лет, 19 женщин и 13 мужчин. У 21 больного отмечался atopический дерматит с детства, у 8 больных диагностировалась пищевая аллергия на различные пищевые продукты, причем у 5 из этих больных она выражалась в виде поллинозов, у 3 – в виде дерматитов различного характера. У 3 больных была бронхиальная астма инфекционно-аллергического характера. Всем больным помимо стандартных анализов проводили бактериологическое исследование кала на дисбактериоз. Больным независимо от диагноза и тяжести заболевания проводилась монотерапия – восстановление кишечной микрофлоры по специальной разработанной нами и запатентованной методике.

**Результаты.** При бактериологическом исследовании у всех больных были отмечены те или иные изменения баланса кишечной микрофлоры: резкое снижение количества кишечной палочки с нормальными ферментативными свойствами до уровня менее  $10^7$  наблюдалось у 32 больных; у 28 отмечалось снижение содержания бифидобактерий до уровня менее  $10^7$ ; у 3 – снижение количества лактобактерий ниже  $10^6$ ; у 12 больных высевалась патогенная микрофлора (протей, золотистый стафилококк, грибы рода кандиды) более  $10^5$ . У всех больных в кале была обнаружена кишечная палочка с декарбоксилазной активностью более 25%.

После восстановления кишечной микрофлоры отмечалось полное выздоровление у 27 больных (84,4%); у 3 больных (9,4%) отмечалось улучшение состояния; у 2 (2,7%) – без изменений.

**Выводы.** Исследования показали, что причиной аллергических заболеваний в исследуемой группе явился дисбактериоз толстой кишки, характеризующийся появлением в кале кишечной палочки с декарбоксилазной активностью, снижением синтеза гистаминазы и повышением пула свободного гистамина. Восстановление баланса кишечной микрофлоры в 84,4% случаев привело к полному выздоровлению больных с аллергией.

#### 167. Синдром раздраженной толстой кишки и дисбактериоз

Хачатрян А.П., Абросимова Ю.С., Хачатрян А.А.  
Международная академия здоровья, Новосибирск, Россия

**Цель исследования:** определить причинно-следственную связь синдрома раздраженной толстой кишки и дисбактериоза.

**Материал и методы исследования.** Обследованы 250 пациентов в возрасте от 22 до 76 лет. Из обследованных было 190 женщин и 60 мужчин. У 212 больных синдром раздраженной толстой кишки выражался в стойких запорах (стул 1 раз в 3-5 дней), у 38 наблюдались поносы (стул 5-8 раз в день). Больные жаловались на боли, вздутие в области кишечника, повышенную утомляемость, отсутствие аппетита, раздражительность.

Всем больным помимо стандартных анализов проводили колоноскопию, бактериологическое исследование кала на дисбактериоз. Больным независимо от диагноза и тяжести заболевания проводилась монотерапия – восстановление кишечной микрофлоры по специальной разработанной нами и запатентованной методике.

**Результаты.** При колоноскопии у всех больных отмечались те или иные изменения слизистой толстой кишки воспалительного характера. При бактериологическом исследовании отмечалось резкое снижение количества кишечной палочки с нормальными ферментативными свойствами: менее  $10^7$  наблюдалось у больных с поносами (38 пациентов); отмечалось снижение уровня бифидобактерий (менее  $10^7$ ) и лактобактерий (менее  $10^6$ ) у 250 пациентов; у 120 больных из них высевалась патогенная микрофлора (протей, золотистый стафилококк, грибы рода кандиды) (менее  $10^5$ ).

После восстановления кишечной микрофлоры отмечалось восстановление нормального стула у 38 больных с поносами (100%) и у 225 больных с запорами (90%); у 21 (8,4%) наблюдалось улучшение, у 4 (1,6%) изменений не произошло. При колоноскопии у всех больных отмечалось уменьшение и исчезновение гиперемии, при бактериограмме – восстановление нормофлоры толстой кишки. Одновременно купировались и другие клинические признаки заболевания.

**Выводы.** Исследования показали, что причиной синдрома раздраженной толстой кишки является дисбактериоз. При запорах наблюдается снижение анаэробной и лактофлоры; при поносах – нормальной кишечной палочки. Восстановление кишечной микрофлоры в 98,4% случаев при запорах и в 100% случаев при поносах привело к восстановлению нормального стула и снятию воспаления слизистой толстой кишки.

#### 168. Роль дисбактериоза в патогенезе синдрома хронической усталости

Хачатрян А.П., Хачатрян А.А., Абросимова Ю.С.  
Международная академия здоровья, Новосибирск, Россия

Существует три основных гипотезы возникновения синдрома хронической усталости (СХУ): под влиянием инфекций; вследствие иммунодефицита; в результате отравления организма нейротоксином. Однако ни одна из них в отдельности не нашла научно-клинического подтверждения.

**Цель исследования:** определить причинно-следственную взаимосвязь между синдромом хронической усталости и дисбактериозом толстой кишки.

**Материал и методы исследования.** Обследованы 120 больных, 70% из которых составили женщины в возрасте от 28 до 45 лет, ведущие активный образ жизни. Диагноз СХУ был поставлен при наличии у больных комплекса симптомов (не менее 8): постоянная усталость, бессонница, боли в мышцах, суставах, головные боли, плохой аппетит, субфебрильная температура, понос или запор, депрессия или раздражительность. Проведены исследования: общий и иммунологический анализ крови, бактериологический анализ кала.

**Результаты.** У всех больных были выявлены нарушения баланса кишечной микрофлоры, характеризующиеся резким уменьшением или отсутствием нормальной микрофлоры толстой кишки. В 10% случаев наблюдался рост дрожжевых грибков, у 20% больных отмечался рост условно патогенной и патогенной флоры. Отмечена четкая взаимосвязь между тяжестью дисбаланса кишечной микрофлоры и клиническими проявлениями СХУ. Иммунограмма выявила те или иные нарушения иммунной системы. В общем анализе крови у 45% больных отмечен низкий уровень гемоглобина – 70-100 г/л. Лечение больных проводилось нами по запатентованной в РФ и США методике (пат. РФ № 2110071, 1998; пат. США

№ 6,428,783, 2002). В толстую кишку после ее обработки электроактивированными минеральными водными растворами имплантировалась специально выращенная бактериальная флора, состоящая из смеси кишечной палочки бифидум- и лактофлоры в лог-фазе их роста. В качестве дополнительного лечебно-профилактического средства использовался жидкий концентрат на основе ацидофильной палочки «Нарине-Ф баланс».

В результате лечения отмечалось стойкое клиническое выздоровление и улучшение лабораторных данных у 112 больных (93,3%). У 8 больных (6,7%) наблюдалось кратковременное улучшение состояния. При повторном обследовании у них был выявлен описторхоз.

**Выводы.** Исследования показали, что основной причиной СХУ в исследуемой группе явился дисбаланс кишечной микрофлоры, приводящий к иммунодефициту, нарушению обмена веществ, всасыванию в кровь продуктов неполного метаболизма, эндогенной интоксикации организма. В 93,3% случаев восстановление баланса кишечной микрофлоры привело к полному выздоровлению больных с синдромом хронической усталости.

#### 169. Иммунное энтеральное питание при язвенном колите и болезни Крона

Хорошилов И.Е., Иванов С.В., Ткаченко Е.И., Сысоев К.А.  
СПбГМА им. И.И. Мечникова, СПбГМУ  
им. акад. И.П. Павлова, Санкт-Петербург, Россия

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

**Материал и методы.** Обследованы 12 пациентов с язвенным колитом и болезнью Крона. Наряду с общеклиническими методами обследования проводилось комплексное изучение нутриционного статуса (состояния питания) с использованием методов калиперометрии, импедансометрии и компьютерной денситометрии. У всех пациентов проводилось определение содержания цитокинов в сыворотке крови с использованием методики Bio-Plex (США).

**Результаты.** У всех обследованных нами больных выявлены признаки недостаточности питания. Наблюдалось как снижение содержания жира в организме, так и тощей (мышечной) массы тела. Также отмечались признаки нарушения иммунной защиты. В результате проводимой комплексной терапии отмечалось увеличение массы тела, содержания жира и мышечной массы тела. Однако при изучении иммунологических показателей установлено, что при использовании иммунного питания («Нутрикомп иммунный») наблюдалось более частое и более значительное снижение фактора некроза опухоли (на 25%), а также интерлейкина-6 (на 50%) и гамма-интерферона (на 20%) в сыворотке крови, чем в группах больных, получавших стандартное энтеральное питание («Клинутрен») или традиционную диету.

**Выводы.** Иммунное энтеральное питание может рассматриваться в качестве одного из методов базисной (патогенетической) терапии при воспалительных заболеваниях кишечника (язвенном колите и болезни Крона).

#### 170. Частота стеатоза печени у пожилых и старых пациентов с ишемической болезнью сердца

Хорошинина Л.П., Турьева Л.В., Радченко В.Г.  
Санкт-Петербургская МАПО (каф. геронтологии и гериатрии), Санкт-Петербургская ГМА им. И.И. Мечникова (каф. внутренних болезней), Россия

**Цель исследования:** выявить частоту стеатоза печени у пожилых и старых пациентов с ишемической болезнью сердца.

**Материал и методы.** Обследованы 115 пациентов (46 мужчин и 69 женщин в возрасте от 43 до 90 лет) с верифицированной ИБС. Средний возраст людей в группе составил (69,3±1,9) года, средний возраст мужчин был (65,6±3,3) года, средний возраст женщин – (71,7±2,2) года. Соотношение женщины : мужчины определялось как 1 : 1,5. С целью выявления частоты стеатоза печени всем 115 пациентам было проведено УЗИ по методу, предложенному С.С. Бацковым (1998 г.), то есть с использованием «степеней серости» ультразвукового изображения печени, при

котором учитывались размеры печени, ее эхогенность, дистальное затухание звука, ангиоархитектоника печеночных вен.

**Результаты.** В целом по группе среди обследованных нами больных с ишемической болезнью сердца стеатоз печени выявлялся в 84,4% случаев. При этом статистически достоверно (T=2,2) чаще стеатоз печени выявлялся в подгруппе мужчин и составлял (91,30±4,16)% против (75,36±5,19)% в подгруппе женщин. Возраст мужчин с ишемической болезнью сердца и стеатозом печени был статистически достоверно (p=0,002) меньше, чем возраст женщин с ишемической болезнью сердца и стеатозом печени, и составлял (65,8±3,4) года против (72,5±2,5) года в подгруппе женщин. Стеатоз 3 степени статистически достоверно чаще (T=2,6) выявлялся у старых людей с ишемической болезнью сердца и составлял (26,3±7,2)% против (5,8±3,2)% в группе пожилых людей с ишемической болезнью сердца.

**Выводы.** Полученные нами данные свидетельствуют о статистически достоверном учащении стеатоза печени у больных с ишемической болезнью сердца, при этом стеатоз печени возникал у мужчин с ишемической болезнью сердца не только чаще, но и раньше, чем у женщин с ишемической болезнью сердца.

## Ч

#### 171. Антивирусная активность пробиотических штаммов лактобацилл

Червинец Ю.В., Червинец В.М., Самоукина А.М., Михайлова Е.С., Владимирова Л.А.<sup>1</sup>  
Тверская ГМА, <sup>1</sup>Центр гигиены и эпидемиологии в Тверской области. РФ, e-mail: chervinets@mail.ru

**Цель исследования:** определить антагонистическую активность лактобацилл в отношении полиовирусов трех штаммов Сэбина.

**Материал и методы.** На кафедре микробиологии Тверской медицинской академии выделены 7 высокоантагонистических штаммов лактобацилл из полости рта и 3 – из кишечника здоровых людей в возрасте от 12 до 48 лет. Антагонизм в отношении вирусов выявляли путем проведения реакции нейтрализации в перевиваемой линии ткани Her2 (Cincinnati) с использованием полиовирусных штаммов Себина 1-го, 2-го и 3-го типов, полученных в НИИ полиомиелита и вирусных энцефалитов им. М.П. Чумакова РАМН. Исследовали суспензию лактобацилл, выращенную на среде MRS и супернатант бульонной культуры, которые смешивали с 100 дозами вируса. Выдерживали в течение 1 часа при 36°C и вносили в клетки культуры ткани с последующим выдерживанием в термостате при такой же температуре. Пробирки наблюдали на протяжении 5 суток. Цитопатический эффект (ЦПЭ) считали положительным при разрушении монослоя не менее чем на 50%.

**Результаты.** При соединении суспензии бульонной культуры лактобацилл с вирусами обнаружено, что один из трех штаммов лактобацилл (33,3%), выделенных из кишечника, полностью нейтрализовал все 3 вакцинных типа полиовируса. Два штамма нейтрализовали 2-й тип полиовируса и 2 штамма кишечных лактобацилл не оказывали нейтрализующего действия на 1-й и 3-й тип вируса. Три из семи штаммов лактобацилл (42,9%), выделенных из полости рта, полностью нейтрализовали все 3 типа вируса. Пять штаммов (71,4%) нейтрализовали 2-й и 3-й тип полиовируса, 4 штамма (57,1%) – 1-й тип. При смешивании супернатанта бульонных культур лактобацилл с тремя типами вакцинных полиовирусов наблюдали полную нейтрализацию вирусов только одним штаммом, выделенным из кишечника (33,3%), три штамма нейтрализовали 1-й тип. Супернатанты пяти штаммов лактобацилл (71,4%), выделенных из полости рта, нейтрализовали все 3 типа вируса. 6 (85,7%) – 1-й и 2-й и шесть – только 3-й тип вируса.

**Выводы.** Как сами микробные клетки, так и продукты их жизнедеятельности в разной степени могут оказывать нейтрализующее действие на полиовирусы Себина.



**172. Гастроэнтерологические проявления дисплазии соединительной ткани**

Чернышова Т.Е., Савельева Т.В., Иванов Л.А.,  
Сабирзянова Э.Р., Эшмаков С.В.  
Ижевская ГМА, Россия

**Цель исследования:** характеристика гастроинтестинальных проявлений дисплазии соединительной ткани (ДСТ), прогноз эффективности реабилитации больных.

**Материалы и методы.** На протяжении 4-7 лет анализировались показатели клинико-функциональных характеристик желудочно-кишечного тракта, метаболизма соединительной ткани (СТ): свободного (СО), белковосвязанного (БСО) гидроксипролина, сиало-содержащих соединений; гликозаминогликанов (ГАГ) в крови и желудочном соке у 36 пациентов с синдромом Марфана (1 группа) и 134 пациентов с недифференцированной ДСТ (2 группа). Возраст больных на начало исследования составлял 19-26 лет.

**Результаты.** Патология гастродуоденальной зоны зарегистрирована у 18 пациентов 1 группы и 72 пациентов 2 группы. Частота регистрации стигм ДСТ была взаимосвязана со степенью снижения моторики гастродуоденальной зоны ( $r=0,72$ ;  $p<0,001$ ), формирования синдрома раздраженной толстой кишки ( $r=0,60$ ;  $p<0,01$ ). Рецидивирование язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки коррелировало со степенью деструкции коллагена – СО/ЛСО (t-критерий, q-критерий). Оценка показателей метаболизма СТ в желудочном соке позволила выявить синтез ее функционально неполноценных структур, отсутствие условий для их созревания. Гиперацидный синдром у каждого второго больного сопровождался синтезом атипичных и низкомолекулярных ГАГ. Значения коэффициентов СО/ЛСО, СО/ГАГ коррелировали с формированием осложненных форм патологии гастродуоденальной зоны ( $r=0,77$ ;  $p<0,001$  и  $r=0,54$ ;  $p<0,01$ ). Представлены доказательства перспектив продолжительной терапии препаратами магния (магнерот) при гастроинтестинальных проявлениях ДСТ.

**Выводы.** ДСТ – предиктор неблагоприятного прогноза гастроинтестинальной патологии. Пролонгированная терапия препаратами магния этой группы больных эффективна.

**Ш****173. Эффективность медицинской реабилитации детей с гастроэнтерологической патологией в условиях санаторного образовательного учреждения**

Шапкина О.А., Шереметьева С.Н.  
Нижегородский НИИ детской гастроэнтерологии, Россия

**Цель:** оценить эффективность медицинской реабилитации больных детей в условиях санаторного образовательного учреждения.

**Материал и методы.** В исследование включены 28 детей в возрасте 7 лет с хроническими заболеваниями органов пищеварения. Организация медицинской реабилитации в образовательном учреждении санаторного типа включала следующие этапы: оценка исходного состояния здоровья наблюдаемых; определение потребности в реабилитации с учетом особенностей течения заболевания и медико-социальной характеристики семьи; назначение оздоровительных мероприятий и реабилитационных программ; обеспечение текущего контроля адекватности выполняемых программ и объективной оценки результатов; осуществление мониторинга состояния здоровья детей в течение трех лет обучения.

**Результаты.** Оценка исходного состояния здоровья детей выявила: наличие сочетанной патологии – 87,3%, «нагруженность» по заболеваниям других органов и систем – 100%; медико-социальные последствия болезни в виде нарушений функций – 73,3% и ограничений жизнедеятельности – 63,5%; повышенную возбудимость, тревожность, утомляемость – 73,7%. После завершения курса реабилитации у 92,9% детей получена положительная динамика в состоянии здоровья. Хорошее самочувствие, продолжительное отсутствие жалоб и клинических проявлений болезни, положительные лабораторные данные отмечены в 96,4% случаев. В 2,3 раза улучшились морфофункциональные и в 4,9 раза – психоэмоциональные характеристики.

**Заключение.** Полученные результаты позволяют рассматривать образовательное учреждение санаторного типа как эффективную форму медицинской реабилитации детей с гастроэнтерологической патологией с возможностью включения в перечень учреждений для формирования межучрежденческих реабилитационных маршрутов.

**174. Рациональная терапия брاديэнтерии**

Шемеровский К.А.  
НИИ экспериментальной медицины СЗО РАМН, Санкт-Петербург, Россия

Для лечения пациентов с запором предложено множество фармакологических средств. В Великобритании, где 50% населения принимают слабительные, синтезировано более 200 таких средств, а в США – более 700, однако эффективность лечения запора с помощью слабительных остается не всегда высокой.

Лечение больных, страдающих запором, пробиотиками с молочнокислыми микроорганизмами, восстанавливало ритм стула лишь у 50% лиц, или повышало частоту стула от 1-2 раз в неделю до 2-3 раз в неделю. Применение пребиотиков у лиц с запором приводило к повышению его частоты лишь до 3-4 раз в неделю. Даже современные фармакотерапевтические влияния на энцефалинергическую систему кишечника, ускоряя транзит по толстой кишке, не позволяют добиться высокой эффективности в плане восстановления циркадианной регулярности кишечного ритма. Одной из причин неадекватной эффективности таких средств, по-видимому, является отсутствие хронобиологического подхода к циркадианному ритму кишечника.

Российская гастроэнтерологическая ассоциация, исходя из принципов рациональной фармакотерапии, рекомендует как одно из наиболее эффективных средств для нормализации ритма дефекации препарат «Дульколак». Дульколак стимулирует нервные окончания в слизистой оболочке толстой кишки, ускоряет перистальтику и повышает секрецию слизи в толстой кишке. Эффект дульколакса в форме свечей наступает через 15-30 минут. Дульколак устраняет гипотонические и резистентные хронические запоры у взрослых и у детей, показан лежачим больным, для регулирования стула при геморрое, в предоперационной подготовке и в послеоперационном периоде. В плацебо-контролируемом исследовании показано, что это средство в свечах, устраняя послеоперационный парез кишечника, вызывало появление стула в 100% случаев.

Таким образом, рациональной терапией брاديэнтерии (запора) следует считать лечение, восстанавливающее циркадианный ритм кишечника.

**175. Запор как фактор риска колоректального рака (запор – НЯК – рак)**

Шемеровский К.А.<sup>1</sup> Табаров М.С.<sup>2</sup>, Нурилоева Н.А.<sup>2</sup>,  
Тоштемурова З.М.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>НИИ экспериментальной медицины СЗО РАМН, Санкт-Петербург, Россия, <sup>2</sup>Таджикский ГМУ им. Абуали Ибн Сино, Душанбе, Таджикистан

**Введение.** Функциональная патология кишечника (хронический запор) возникает преимущественно у молодых, воспалительные заболевания кишечника (язвенный колит) доминируют в среднем возрасте, а органическая патология (колоректальный рак) чаще встречается у пожилых.

**Целью** данной работы было изучение заболеваемости хроническим запором, язвенным колитом и колоректальным раком с 2005 по 2008 гг.

**Методика.** Проанализированы данные бюро медицинской статистики города Душанбе по трем видам заболеваемости: хронический запор, язвенный колит и колоректальный рак за 2005, 2006, 2007 и 2008 годы.

**Результаты.** Заболеваемость хроническим запором за каждый год (от 2005 по 2008 год) составила соответственно 369, 387, 434 и 465 случаев. Следовательно, заболеваемость функциональной патологией (1655) возросла на 96 случаев (средний рост заболеваемости – около 8% в год).

Заболеемость язвенным колитом за каждый год из четырех лет составила соответственно 46, 49, 55 и 64 случая. Значит, заболеемость воспалительной патологии толстой кишки (214) возросла на 18 случаев (средний рост заболеемости 13% в год).

Заболеемость колоректальным раком за четыре года составила соответственно 25, 31, 39 и 51 случай. Следовательно, заболеемость колоректальным раком (146) возросла на 26 случаев (средний рост заболеемости 34% в год).

**Выводы.** Функциональный колоректальный копростаз (запор) при наибольшей распространенности (1655) имеет наименьшую скорость роста (8% в год). Органический колоректальный рак имеет наименьшую распространенность (146), но наибольшую скорость роста (34% в год). Пациенты с хроническим запором составляют в 7,5 раз большую группу риска для скрининга колоректального рака, чем пациенты с язвенным колитом.

#### 176. Молекулярный язык пробиотических микроорганизмов

Шендеров Б.А.

Московский НИИ эпидемиологии и микробиологии им. Г.Н. Габричевского, Россия,  
e-mail: shenderof@yandex.ru

Симбиотические (пробиотические) микроорганизмы продуцируют множество низкомолекулярных биологически активных молекул (НМБМ) различной химической природы. Каждый штамм образует различный спектр подобных молекул. Они участвуют в распознавании окружающей среды, взаимодействуют с поверхностными, мембранными, цитоплазматическими и ядерными рецепторами, поддерживают стабильность генома и микробиома, индуцируют работу определенных генов, модулируют эпигеномную регуляцию их фенотипической экспрессии, обеспечивают информационный обмен между микробиотой и хозяином, играют важную роль в контроле за генетическими и физиологическими функциями, биохимическими и поведенческими реакциями. Выявлено химическое и функциональное сходство между НМБМ, синтезируемыми индигенными и пробиотическими микробами, эукариотическими клетками и некоторыми микронутриентами.

НМБМ различной природы рассматривают как универсальные регуляторы, вносящие значительный вклад во внутри- и межпопуляционную коммуникацию, геномный и эпигеномный контроль роста, развития и фенотипической экспрессии генов. Накопленные знания, касающиеся молекулярного языка пробиотических микроорганизмов, позволяют лучше понять механизм действия известных пробиотиков и разрабатывать принципиально новые пробиотики (метабиотики) с повышенной эффективностью. В настоящее время мы находимся лишь на начальном этапе новой эры молекулярной персональной биотерапии и питания. Следует надеяться, что вскоре удастся успешно манипулировать хозяином и его микробиотой путем целенаправленного вмешательства в процессы их взаимодействия через использование специально подобранных НМБМ различного происхождения.

#### 177. Алгоритм медицинской реабилитации детей с хроническим вирусным гепатитом

Шереметьева С.Н., Шапкина О.А.

Нижегородский НИИ детской гастроэнтерологии, Россия

**Цель исследования:** повышение эффективности вторичной и третичной профилактики хронических вирусных гепатитов (ХВГ) у детей.

**Материалы и методы.** По данным научных исследований, проведенных в нашем институте, ХВГ в течение последних 10 лет занимает ведущее место в структуре детской инвалидности вследствие приобретенных гастроэнтерологических заболеваний. Удельный вес детей-инвалидов с данной патологией в настоящее время составляет 57%. Экспертная оценка объема и качества диспансерного наблюдения больных ХВГ в детских городских поликлиниках выявила недостаточный уровень его эффективности, поэтому для таких пациентов необходим дополнительный комплекс лечебно-профилактических мероприятий по усилению эффекта диспансер-

ного наблюдения. Это может быть достигнуто на основе проведения медицинской реабилитации как составляющей восстановительной медицины и решающей задачу профилактики с позиции многофакторного воздействия на больного ребенка.

**Результаты.** Нами предложен алгоритм медицинской реабилитации детей с ХВГ, который включает: оценку потребности в медицинской реабилитации; выбор типовой программы реабилитации; формирование индивидуальной программы; выбор лечебно-профилактических учреждений и формирование внутриучрежденческих реабилитационных маршрутов; оценку эффективности реабилитационных мероприятий с использованием комплексных критериев.

**Заключение.** Реализация предложенного алгоритма медицинской реабилитации детей с ХВГ позволяет закрепить клинический эффект проведенного стационарного лечения; повысить функциональные резервы и адаптивные возможности организма, оптимизировать морфофункциональные показатели физического развития; улучшить показатели психосоматического статуса ребенка.

#### 178. Взаимосвязь интенсивности перекисидации и антиоксидантной защиты в изъязвленных тканях желудка, в крови и лимфе, оттекающих от поврежденных тканей пищеварительного тракта, при экспериментальной ацетатной язве

Шестернина Н.В., Рогова Л.Н., Поветкина В.Н.

Волгоградский ГМУ (каф. патологической физиологии), Россия

**Цель исследования:** определить взаимосвязь и взаимовлияние концентрации диеновых конъюгатов (ДК) и активность каталазы (КА) в тканях желудка, в крови и лимфе, оттекающих от поврежденных тканей, через 7 суток с момента моделирования язвы.

**Материалы и методы исследования.** В опытную группу вошло 25 крыс, которым моделировали ацетатную язву в пилорическом отделе желудка по методу Окабэ С. (2005) под нембуталовым наркозом (30 мг/кг массы). На животных контрольной группы (22 крысы) выполняли те же манипуляции, но без нанесения повреждения стенки желудка. Через 7 суток с момента моделирования получали кровь из портальной вены, лимфу – из общего кишечного лимфатического протока. Пробы тканей желудка забирали из зоны изъязвления, а у контрольных животных – из пилорического отдела желудка. Уровень ДК определяли спектрофотометрическим методом (В.С. Камышников 2004), а измерение активности КА проводили методом М.А. Королюка (1988).

**Результаты.** Через 7 суток с момента моделирования язвы содержание ДК в тканях язвенного дефекта увеличивалось в 1,25 раза ( $p < 0,01$ ) по отношению к контролю при практически неизменном уровне в крови из портальной вены и лимфе из общего кишечного протока. Одновременно активность КА в тканях желудка из зоны изъязвления по отношению к контролю уменьшилась в 2,9 раза ( $p < 0,001$ ), в лимфе из кишечного протока – в 2,6 раза ( $p < 0,05$ ), а в эритроцитах из портальной вены – в 1,27 раза ( $p < 0,001$ ).

**Вывод.** У крыс со сформировавшейся ацетатной язвой наибольшая интенсивность перекисидации выявлена в тканях язвенного дефекта при значительном уменьшении активности фермента антиоксидантной защиты в изъязвленных тканях и лимфе.

#### 179. Уровень пепсиногена в процессе СМТ-гастроэнтеральной эрозивных поражений гастродуоденального комплекса

Шкляев А.Е., Бессонов А.Г., Горбунов А.Ю., Малахова И.Г.

Ижевская ГМА, Россия

**Целью** данной работы явилась оценка уровня пепсиногена (ПГ1, ПГ2) у пациентов с Нр-ассоциированными эрозивными поражениями гастродуоденальной зоны при лечении СМТ-форезом хлоридного йодобромосодержащего сероводородного раствора.

**Материал и методы.** Обследованы 20 пациентов с Нр-ассоциированными эрозивными поражениями гастродуоденальной зоны в возрасте ( $36,6 \pm 2,2$ ) года. Уровень ПГ1, ПГ2 в сыворотке крови оценивали иммуноферментным методом. Пациенты были разде-

лены на три группы. Первую группу составили 5 больных, которым проводилась стандартная эрадикационная терапия, вторую – 7 пациентов (эрадикационная терапия и СМТ); третью – 8 больных, получавших СМТ-форез по шадающей методике. Исследование проводилось у всех пациентов на фоне обострения заболевания. Во время исследования и в предшествующие 2 недели больные не получали никаких медикаментозных препаратов.

**Результаты исследования.** Во всех случаях наблюдалась положительная динамика клинической картины. Уровень ПП1 имеет тенденцию к снижению с  $(137,5 \pm 2,6)$  мкг/л до  $(135,1 \pm 6,2)$  мкг/л ( $p > 0,05$ ), ПП2 – с  $(26,5 \pm 1,4)$  мкг/л до  $(23,2 \pm 4,2)$  мкг/л ( $p > 0,05$ ). Во второй и третьей группах отмечено достоверное снижение уровня ПП1 до  $(134,9 \pm 4,8)$  мкг/л ( $p < 0,05$ ) и до  $(126,0 \pm 5,4)$  мкг/л ( $p < 0,05$ ) соответственно. Уровень ПП2 после лечения снизился в данных группах до  $(22,9 \pm 4,9)$  мкг/л ( $p > 0,05$ ) и до  $(18,0 \pm 3,4)$  мкг/л ( $p < 0,05$ ) соответственно.

**Выводы.** Таким образом, значимое уменьшение уровня ПП1 и ПП2 у пациентов, получавших лечение с усилением стандартной терапии СМТ и СМТ-форезом использованного раствора, свидетельствует об оптимизации ферментообразования в СОЖ у пациентов с Нр-ассоциированными эрозивными поражениями гастродуоденальной зоны.

#### 180. Коморбидная патология при СРК

Шкляев А.Е., Пантохина А.С., Баженов Е.Л.  
Ижевская ГМА, Россия

**Цель:** уточнить критерии диагностики СРК и аналогичного симптомокомплекса, встречающегося при других заболеваниях желудочно-кишечного тракта (ЖКТ).

**Материалы и методы:** анализ данных, полученных при обследовании 41 пациента с СРК. Все больные находились на лечении в гастроотделении ГУЗ ИРКБ МЗ УР. Проплиферативную активность эпителия кишечника оценивали по экспрессии Ki-67-позитивных клеток, помеченных моноклональными мышиными антителами.

**Результаты.** В исследуемой группе было 13 мужчин и 28 женщин. Средний возраст мужчин  $(40,73 \pm 3,92)$  года, женщин –  $(50,59 \pm 1,13)$  года. Сопутствующая патология отсутствовала у 7,69% мужчин и 3,57% женщин, органическая патология органов пищеварения – у 23,08% и 10,71% соответственно. Хронический холецистит встречался у 23,08% мужчин и 77,85% женщин, хронический панкреатит – у 23,08% и 14,29%, ЖКБ – у 15,38% и 7,15%, ДЖВП – у 7,69% и 21,43%, гастрит – у 15,38% и 10,72%, гастродуоденит – у 7,69% и 7,15%, ГЭРБ – у 15,38% и 14,29%, гепатит – у 7,69% и 7,15%, полипы кишечника – у 7,69% и 17,85%, висцероптоз – у 7,69% и 7,15% соответственно. Только у женщин встречалась: ЯБЖ, ЯБДПК, дисбиоз – по 7,15%, дивертикулез толстой кишки – 3,75%, жировой гепатоз – 14,28%, долихосигма – 10,71%. Остеохондроз выявлен у 7,69% мужчин и 7,15% женщин, ИБС – у 15,38% и 7,15% соответственно. Основные лабораторные показатели находились в пределах физиологической нормы. При оценке пролиферации эпителия кишечника у больных без сопутствующей патологии индекс метки Ki-67 находился в пределах нормативных значений. При наличии органической патологии ЖКТ отмечалось его повышение или понижение.

**Заключение.** В структуре госпитализированных с СРК число женщин в 2 раза превосходит число мужчин. Среди больных преобладают люди трудоспособного возраста. У 76,92% мужчин и 89,29% женщин с признаками СРК обнаруживается сопутствующая патология органов пищеварения. Проплиферативная активность эпителия кишечника при СРК без органической патологии ЖКТ не имеет отклонений от нормы.

#### 181. Сопутствующая патологии у детей с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью

Шумейко Н.К., Завикторина Т.Г., Серебровская Н.Б., Кириллов В.И.  
МГМСУ, Москва, Россия

**Цель исследования:** изучить влияние сопутствующей гастроэнтерологической и соматической патологии на течение гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (ГЭРБ) у детей.

**Материал и методы.** Обследованы 39 детей (возраст 5-16 лет) с клиническими проявлениями ГЭРБ. Всем детям проводилось УЗИ-сканирование, ЭГДС, суточное pH-мониторирование, с целью диагностики патологических состояний гортани – фиброларингоскопия.

**Результаты.** Воспалительные изменения слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки выявлены у 28 детей: у 8 – гастродуоденит, у 1 – язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки. Дисфункциональные расстройства билиарного тракта регистрировались у 10 детей. У 18 детей выявлены изменения различной степени тяжести со стороны ЛОР-органов: у 9 – муцинозная дисфония, у 7 – узелки голосовых складок, у 4 – функциональная дисфония, у 1 – парез левой голосовой складки. У 1 ребенка рефлюксные нарушения сочетались с поллинозом, у 2 – с аллергическим ринитом, у 2 детей диагностирован хронический гайморит, у 8 – аденоиды. В 9 случаях при проведении ЭХО КГ выявлен пролапс или дисфункция хорд митрального клапана.

Медикаментозная терапия включала частое дробное питание, прокинетики, антациды, альгинаты, ингибиторы протонной помпы. Проводилась терапия сопутствующей патологии.

**Выводы.** Сочетание ГЭРБ с другими заболеваниями желудочно-кишечного тракта, ЛОР-органов и сердечно-сосудистой системы, выявленное у обследованных больных, ухудшает течение как основного заболевания, так и сопутствующей патологии, что влияет на качество жизни ребенка, требует своевременного обследования и назначения комплексного лечения.

## III

#### 182. Прогноз развития хронической абдоминальной ишемии у больных облитерирующим атеросклерозом артерий нижних конечностей

Щупакова А.Н., Лагутчев В.В., Литвяков А.М.,  
Чухахина О.П., Антонычев С.Ю.  
Витебский ГМУ, Беларусь

**Цель:** оценить индивидуальный риск развития хронической абдоминальной ишемии (ХАИ) у больных облитерирующим атеросклерозом артерий нижних конечностей (ОАНК) с учетом изменений функционирования липид-транспортной системы и инфицированности *Chlamydia pneumoniae* (С.рп) и *Virus herpes simplex 2* (HSV 2).

**Материалы и методы.** Проведено пятилетнее динамическое наблюдение за 56 пациентами с ОАНК в возрасте  $(53,11 \pm 5,47)$  года и 20 здоровыми мужчинами (контрольная группа) в возрасте  $(47,70 \pm 7,33)$  года с кратностью обследования 1 раз в год. Всем выполнено исследование липидного состава сыворотки крови, концентрации СРБ, молекул адгезии sVCAM-1, АТ к С.рп и HSV 2. Оценивали «конечные точки»: развитие клинической манифестации ХАИ и/или тромбоза мезентериальных сосудов.

**Результаты.** У 64,5% больных ОАНК за пятилетний период развилась клиническая манифестация атеросклероза мезентериальных артерий – ХАИ. Для оценки результатов наблюдения использовали пошаговый дискриминантный анализ. В порядке значимости классифицирующими признаками стали ХС ЛПНП, ХС ЛПОНП, СРБ, инфицированность С.рп и HSV 2. При использовании логистической регрессии определены предикторы развития ХАИ у больных ОАНК, специфичность модели 77,8%, чувствительность – 94,7%, процент правильного прогноза – 89,3%. Расчетный относительный риск развития ХАИ у больных ОАНК составил 0,47.

**Выводы.** Для предсказания вероятности развития ХАИ наибольшее значение имеет уровень ХС ЛПНП, ХС ЛПОНП, СРБ и инфицированность *Chlamydia pneumoniae* и *Virus herpes simplex 2*. У больных ОАНК существует высокий относительный риск ( $OR=0,47$ ) развития ХАИ и мезентериального тромбоза, приведшего в 22,6% к летальному исходу.

## Я

**183. Проницаемость мембран эритроцитов****при неспецифическом язвенном колите у детей**

Языкова А.Б., Коркоташвили Л.В., Колесов С.А.,

Федулова Э.Н.

Нижегородский НИИ детской гастроэнтерологии, Россия.

Цель исследования: изучить функциональное состояние мембран эритроцитов у детей с неспецифическим язвенным колитом путем выявления изменений проницаемости мембран.

Материалы и методы. У 31 ребенка с неспецифическим язвенным колитом методом мочевинового гемолиза по Колмакову исследована проницаемость мембран эритроцитов. Контрольную группу составили 30 практически здоровых детей. Статистическую обработку проводили общепринятыми методами, сравнение групп проводили непараметрическими методами (метод Манна-Уитни) вследствие отсутствия нормального (гауссова) распределения.

Результаты. Функциональное состояние мембран эритроцитов изучали с помощью определения изменения проницаемости мембран в зависимости от концентрации мочевины в воздействующем на них растворе. Использовались 6 растворов с возрастающей концентрацией мочевины (от 40% до 65%), при этом в группе детей с неспецифическим язвенным колитом статистически достоверные отличия от контрольной группы были получены для 4 концентраций мочевины из 6: для 40%, 45%, 55% и 65% растворов мочевины. Это свидетельствует об изменении проницаемости, а следовательно, о нарушениях функционального состояния мембран эритроцитов у детей с изученной патологией.

Заключение. У детей с неспецифическим язвенным колитом выявлены нарушения функционального состояния мембран эритроцитов.

**Abstracts in English (A–Z)****184. Phenotypic change of spleen lymphocytes under the influence of Lactobacillus acidophilus VK-3 IMV B-7279 on the experimental mice model**Babenko L.P.<sup>1</sup>, Mokrozub V.V.<sup>1</sup>, Voronkova O.S.<sup>2</sup>,Timoshok N.O.<sup>1</sup>, Lazarenko L.M.<sup>1</sup>, Shinkarenko L.M.<sup>1</sup>,Spivak M.Ja.<sup>1</sup><sup>1</sup>D.K. Zabolotny Institute of microbiology and virology, National Academy of Sciences of Ukraine, 154, Zabolotny st., Kyiv, D03680, Ukraine, <sup>2</sup>O. Gonchar Dnipropetrovsk national university, 72, Gagarina str., 49010, Dnipropetrovsk, Ukraine, e-mail: spivak@serv.imv.kiev.ua

The aim of the study was to detect *L. acidophilus* VK-3 IMV B-7279 immunomodulating effect by investigating its influence on the phenotypic composition of lymphocytes in spleen of intact and staphylococcus infected BALB/c line mice.

*Lactobacillus acidophilus* VK-3 IMV B-7279 strain was administered per os by gastric probe once a day for 3 days at a dose of 1 x 10<sup>6</sup> cells/animal to intact and intraperitoneally *S. aureus* infected mice. Phenotypic definition of spleen lymphocytes was performed using monoclonal antibodies (Mytlenyi Biotec, Germany) against CD3+, CD4+, CD8+, CD19+ and CD16+ antigens.

Findings suggest that phenotypic composition of lymphocytes in spleen of intact mice varied under the influence of *L. acidophilus* VK-3 IMV B-7279. On the 13th day after the studied strain administration the number of CD3+ and CD4+ T-lymphocytes and natural killer cells in mice spleen increased. It should be noted that at 6th day the number of CD3+ T-lymphocytes in the spleen of these mice was higher than in the control group. The number of CD8+ T-lymphocytes and CD19+ B-lymphocytes in the spleen of intact mice that received *L. acidophilus* VK-3 IMV B-7279 was at the level of control group for the period of observation (13 days).

After *L. acidophilus* VK-3 IMV B-7279 administration to staphylococcus infected mice phenotypic change of T-lymphocytes in the spleen was also detected. It should be noted that the number of CD3+, CD4+, CD8+, CD19+ and CD16+ cells of mice infected with staphylococcus was not significantly changed in comparison with control. However, after administration of *L. acidophilus* VK-3 IMV B-7279 to these mice the number of CD3+ T-lymphocytes increased at 3th and 6th days and the number of CD4+ T-lymphocytes increased at the 6th day.

Therefore, *Lactobacillus acidophilus* VK-3 IMV B-7279 under physiological norm and during staphylococcal infection showed immunomodulating properties associated with its influence on the cellular link of immunity, that was confirmed by increased number of CD3+ and CD4+ T-lymphocytes, and natural killer cells (in intact mice spleen). This strain is promising for the creation on its basis a probiotic for correction of immunity during infectious diseases.