

№ 4 / 2011

# Гастроэнтерология Санкт-Петербурга

Научно-практический журнал

Председатель редакционного совета:**Е.И. Ткаченко**

вице-президент Научного общества гастроэнтерологов России, директор Института гастроэнтерологии и клинической фармакологии, главный гастроэнтеролог СЗФО и Комитета по здравоохранению Правительства Санкт-Петербурга, профессор, д-р мед. наук

Редакционный совет:**М.Ш. Абдуллаев (Алматы)****А.Ю. Барановский (Санкт-Петербург)****Р.Р. Бектаева (Астана)****С.В. Васильев (Санкт-Петербург)****В.Ю. Голофеевский (Санкт-Петербург)****П.Я. Григорьев (Москва)****В.Б. Гриневич (Санкт-Петербург)****А.Б. Жебрун (Санкт-Петербург)****М.П. Захараш (Киев)****Е.А. Корниенко (Санкт-Петербург)****Л.Б. Лазебник (Москва)****Ю.В. Лобзин (Санкт-Петербург)****В.А. Максимов (Москва)****С.И. Пиманов (Витебск)****Ю.Я. Покротниекс (Рига)****А.Г. Рахманова (Санкт-Петербург)****В.И. Симаненков (Санкт-Петербург)****Н.В. Харченко (Киев)**Главный редактор:**С.И. Ситкин**Учредитель: ООО "Гастро"Издатель: ООО "Аванетик"Редакция:

ООО "Гастро", а/я 55, П-101,

Санкт-Петербург, 197101

Тел./факс: (812) 499-44-40

E-mail: gastro@peterlink.ru

Распространение:

Почтовая рассылка медицинским и фармацевтическим организациям, вузам, НИИ, ведущим специалистам РФ, СНГ и стран Балтии.

Журнал зарегистрирован Северо-Западным региональным управлением Государственного Комитета РФ по печати. Свидетельство о регистрации: ПИ № 2-5904 от 12.04.2002 г. ISSN 1727-7906

Издается с 1998 года. Ранее выходил под названием "Гастрообюллетень".

На 1-й с. обл.: Дворцовая площадь. Фото С. Телевного.

Мнение редакции не всегда совпадает с мнением авторов.

Все рекламируемые товары и услуги должны иметь соответствующие сертификаты, лицензии и разрешения.

Редакция не несет ответственности за содержание рекламных материалов. При использовании материалов издания ссылка на журнал обязательна.

Установочный тираж: 3000 экз.

Цена: свободная

© ООО "Гастро", 2011



## Содержание

### Гастроэнтерология

*Е.Ю. Еремина*

Заболевания органов пищеварительной системы у беременных ..... 2

*Б.Х. Самедов, Ю.Л. Авдеевко, Н.А. Трушников,*

*В.Б. Самедов, И.И. Яровенко*

Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь и пищевод Барретта. Эффективность и безопасность длительного применения нольпазы (пантопразола) ..... 7

*С.М. Захаренко*

Энтерококковые пробиотики в представлении современного врача ..... 13

*В.Б. Гриневич, Е.И. Сас, Ю.А. Кравчук, О.И. Ефимов*

Функциональное панкреатическое расстройство сфинктера Одди у пациентов с алиментарной формой ожирения: подходы к терапии ..... 18

*С.И. Ситкин*

Заживление слизистой оболочки при язвенном колите: клиническая значимость и выбор поддерживающей терапии месалазином ..... 23

*С.Н. Ибрагимов*

Применение препарата «Мукофальк» в амбулаторной колопроктологии ..... 27

*И.В. Лутков*

Сравнительное исследование эффективности лечения обострения дивертикулярной болезни толстой кишки стандартной терапией и комбинацией препаратов «Мукофальк» и «Салофальк» (суппозитории) ..... 29

*В.П. Новикова*

Дюфалак® в лечении запоров у детей раннего возраста ..... 33

### Питание

*А.Н. Завьялова, Е.М. Булатова, О.А. Вржесинская,*

*В.А. Исаева, В.М. Кодецова, О.Г. Перверзева,*

*В.Б. Спиричев, О.Б. Ладодо, Т.В. Спиричева*

Обеспеченность витаминами и возможности диетической коррекции полигиповитаминоза у школьников Санкт-Петербурга ..... 35

### Санкт-Петербург — Гастросессия-2011

Материалы 8-й Северо-Западной научной гастроэнтерологической сессии (Санкт-Петербург, 24–25 ноября 2011 года) ..... М1

## МАТЕРИАЛЫ

8-й Северо-Западной научной  
гастроэнтерологической сессии  
(Санкт-Петербург, 24–25 ноября 2011 года)

**А****1. Комплексное хирургическое лечение пептических стриктур пищевода**

Аллахвердян А.С., Мазурин В.С., Титов А.Г.,  
Шестаковская Е.Е., Подлесских М.Н.  
МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского, Москва, Россия

**Цель исследования:** изучить эффективность дилатации пищевода методом бужирования с последующей лапароскопической фундопликацией при лечении пептических стриктур пищевода.

**Материалы и методы:** результаты лечения 186 больных с пептическими стриктурами пищевода (средний возраст 52,6 года, М/Ж=101/85). У 67% (124) выявлены аксиллярные грыжи ПОД, у 5% (9) – паразофагеальные, кардиофундальные – у 3% (6).

В 11,3% (21/186) выполнена резекция пищевода. В 88,7% (165/186) – бужирование пищевода под эндоскопическим контролем. У 15 (8,1%) из 186 больных были выполнены дренирующие желудок операции (пилоропластика, гастродуоденостомия, гастроэнтеростомия, дистальная резекция желудка). В 56,0% случаев (84/165) с целью профилактики ретенноза после бужирования проводилась только консервативная (в том числе антисекреторная) терапия. В 38,8% (66/165) случаев после бужирования пищевода была выполнена фундопликация: лапароскопическая – 62,1% (41/66), «открытая» – 37,9% (25/66), по Ниссену – 43, по Коллис – Ниссену – 2, по Тоупе – 10, частичная заднебоковая по собственной методике – 11.

**Результаты.** Осложнения после операции фундопликации выявлены у 5 (7,6%) из 66 больных (при лапароскопической – у 2 (4,9%), при «открытой» – у 3 (12,0%)).

Послеоперационная дисфагия отмечена у 3 больных, купирована 1-2 кратным бужированием пищевода. Ретеннозы в ближайшие 2 года после бужирования выявлены у 11,5% (19/165) больных, в группе больных, перенесших фундопликацию, – у 7,6% (5/66); из получавших только медикаментозную терапию – у 16,7% (14/84); после лапароскопической фундопликации – у 7,3% (3/41), после «открытой» – у 8,0% (2/25).

**Заключение.** Лапароскопическая фундопликация – эффективное средство профилактики ретеннозов после бужирования пептических стриктур пищевода, обеспечивающее восстановление антирефлюксного барьера. Считаем подобные вмешательства методом выбора в комплексном лечении больных грыжами пищеводного отверстия диафрагмы, осложненными пептическими стриктурами пищевода.

**2. Особенности нутритивной поддержки больных целиакией, сопровождающейся дефицитом карбогидраз слизистой тонкой кишки**

Ахмадуллина О.В., Белостоцкий Н.И., Кузьмина Т.Н.,  
Сильвестрова С.Ю., Костюченко Л.Н.  
ЦНИИ гастроэнтерологии, Москва, Россия

**Цель работы:** совершенствование нутритивной коррекции при различных формах целиакии на основе изучения морфофункциональных особенностей слизистой тонкой кишки при различных степенях ее атрофии.

**Материал и методы.** Наблюдали больных с впервые выявленной, а также латентной и резистентной формами целиакии, сопровождавшимися различной выраженностью нутритивной недостаточности. Оценивали клиническую картину, показатели нутрициологического статуса, гистологическую картину слизистой кишечника по Маршу, активность карбогидраз слизистой тонкой кишки (глюкоамилазы, мальтазы, сахаразы, лактазы) и степень тяжести синдрома нарушенного всасывания (СНВ), а также содержание короткоцепочечных жирных кислот в копрофильtrate, позволявших уточнить активность кишечной микрофлоры.

**Результаты.** Активность карбогидраз в наибольшей степени снижалась у больных с впервые выявленной и резистентной формами целиакии. Сравнительно более сохранной была активность у больных с латентной целиакией. У больных с впервые выявленной и резистентной формами целиакии недостаточность усвоения угле-

водного энергокомпонента в основном обусловлена выраженным атрофическим процессом, при латентной форме – в значительной степени за счет изменения активности кишечной микрофлоры. Нутритивная недостаточность при целиакии требует дополнительной коррекции препаратами алиментационно-волеимического действия. В зависимости от патогенетических механизмов СНВ это могут быть фармаконутриенты: а) ферментосодержащие препараты, б) корректоры микрофлоры.

**Вывод.** Патогенетическая коррекция нутриционной недостаточности на основе диагностики нарушенных механизмов усвоения углеводов при целиакии позволяет значительно повысить эффективность лечения и сократить сроки острого периода.

**Б****3. Восстановительное лечение больных с метаболическим синдромом на кислородном курорте**

Бабякин А.Ф., Чалая Е.Н., Мухина С.Ю., Ботвинаева Л.А.  
Пятигорский государственный НИИ курортологии ФМБА  
России, e-mail: orgotdel@gniik.ru

**Цель исследования:** изучить эффективность комплексного применения природных лечебных факторов кислородного курорта в сочетании с транскраниальной магнитотерапией при метаболическом синдроме (МС).

**Материал и методы.** Проведены наблюдения 100 больных с метаболическим синдромом (средний возраст (52,4±3,2) года).

В сравнительном аспекте изучено действие двух лечебных комплексов: ЛК 1 (контрольная группа, 50 человек) – пациенты получали на фоне базовой медикаментозной терапии традиционное на данном курорте лечение (терренкур, лечебное питание, слабоуглекислую слабоминерализованную сульфатно-гидрокарбонатную натриево-магниево-кальциевую минеральную воду (МВ) в количестве 3-3,5 мл/кг массы тела, за 30 минут до еды, 3 раза в день, в теплом виде, ЛФК, нарзанные ванны температурой воды 36°C, экспозицией 12-15 минут, через день, № 10 на курс лечения); во 2 ЛК (основная группа, 50 человек) больные на фоне лечения по 1 ЛК дополнительно получали транскраниальную магнитотерапию в безуглеводном режиме с частотой сканирования поля 3-12 Гц при величине магнитной индукции 20 мТл ежедневно в течение 10-12 минут, № 10 на курс лечения.

**Результаты и обсуждение.** Проведенные исследования свидетельствуют о благоприятном влиянии комплексной курортной терапии с применением транскраниальной МТ при лечении больных с МС: положительные сдвиги в ведущих показателях, характеризующих основной патологический процесс, были отмечены у 39 из 50 человек (78%). Эффективность санаторно-курортного лечения оценивалась не только по непосредственным, но и по отдаленным результатам лечения: анализируя данные обследования больных до курортного лечения и через год после, следует отметить, что в обеих группах отдаленные результаты связаны как с непосредственными результатами лечения, так и со способностью больных поддерживать состояние компенсации углеводного и жирового обмена, функции сердечно-сосудистой системы.

**Вывод.** Предлагаемая медицинская технология повышает общий эффект курортного лечения при МС на 19,2% и позволяет сократить сроки временной нетрудоспособности в 2,5-3 раза, уменьшить выплаты по больничному листу и экономические затраты пациента и государства на медикаменты в 3-4 раза при одновременном улучшении качества жизни и прогноза заболевания.

**4. Топография взаиморасположения ямок в неизменной слизистой оболочке желудка у детей**

Баженов С.М., Дубенская Л.И., Сурменев Д.В.,  
Павлюкевич Н.А.  
Смоленская ГМА, Россия, e-mail: smbazhenov@mail.ru

**Цель исследования:** гистоморфометрическим методом изучить характер взаиморасположения глубоких отделов ямок в неизменной слизистой оболочке желудка (СОЖ) детей на материале гастробиоптатов фундального и антрального отделов.

**Материал и методы.** Исследовано по 34 гастробиоптата из фундального и антрального отделов желудка детей в возрасте 10-12 лет, обследованных по поводу функциональной диспепсии. Гистологические патологических изменений в СОЖ не выявлено. Изучены все информативные, правильно ориентированные серийные срезы каждого гастробиоптата. На всех срезах подсчитывали количество ямок и измеряли их ширину и глубину, а также расстояние между ямками на уровне нижней трети. Квантифицированные данные обрабатывали методами вариационной статистики.

**Результаты исследования.** Учитывая тот факт, что забор кусочков СОЖ, их заливка и резка производились без ориентации относительно основных осей органа, а тем более тела ребенка, то есть случайным образом, полагали, что расстояния между ямками отражают все возможные варианты их взаиморасположения или взаимоприближения. Ширина валиков между ямками достоверно не отличалась в пределах фундального и антрального отделов, но была гораздо больше в антральном отделе ( $p < 0,001$ ). На основании имеющихся данных подбирали геометрическую модель, удовлетворяющую этим требованиям. Сетка с равноудаленными точками является единственной адекватной моделью, соответствующей полученным морфометрическим данным.

**Заключение.** Ямки на гистологических срезах неизменной СОЖ расположены равноудаленно друг от друга, что, вероятно, отражает их истинное расположение *in vivo*.

- 5. Клинико-эндоскопическая эффективность СМТ-бальнеотерапии при эрозивных поражениях желудка**  
Бессонов А.Г., Пантюхина А.С., Матюшина Е.М., Кашина О.А., Коробейникова Е.Р.  
Ижевская ГМА, Россия, e-mail: besson\_alex@mail.ru

**Цель данной работы** явилась оценка клинико-эндоскопической эффективности применения СМТ-фореза сероводородного йодобромного рассола санатория «Ува» в составе комплексной терапии у больных с эрозивным гастритом.

**Материал и методы.** В клинических условиях обследованы 128 пациентов с эрозивными поражениями желудка в возрасте от 17 до 65 лет (средний возраст  $41,4 \pm 2,1$  года).

В группу наблюдения вошли 55 пациентов, которым проводилось лечение с использованием стандартной антихеликобактерной терапии и СМТ-фореза рассола. Группа сравнения была разделена на две подгруппы: первую составили 48 пациентов, получавших стандартную эрадикационную терапию; вторую – 25 пациентов, получавших эрадикационную терапию и СМТ.

**Результаты исследования.** В процессе лечения амплипульсфорезом рассола полностью купировался болевой синдром у 90,2% больных. Диспепсический синдром отмечался у 80,1% пациентов. Снижение продолжительности и частоты возникновения болей в группе наблюдения отмечено уже на  $(3,7 \pm 0,4)$  день от начала терапии, полное купирование – на  $(8,2 \pm 0,2)$ . В группе сравнения в первой и во второй подгруппах пациенты отмечали полное исчезновение болевого синдрома на  $(9,8 \pm 0,2)$  день и  $(9,6 \pm 0,3)$  день соответственно. По данным ЭГДС у 95,1% больных хронические эрозии желудка локализовались в антральном отделе желудка. Единичные эрозии наблюдались у 57% больных, множественные – у 43,0%. Под влиянием амплипульсфореза рассола хронические эрозии эпителизировались в 92,6% случаев.

**Выводы.** Таким образом, применение СМТ-фореза сероводородного йодобромного рассола санатория «Ува» при хроническом эрозивном гастрите оказывает выраженный терапевтический эффект, проявляющийся в купировании или уменьшении болевого синдрома у всех больных. Комплексная терапия способствует более ранней эпителизации у 92,6% пациентов.

- 6. Морфофункциональное состояние верхнего отдела желудочно-кишечного тракта у детей с ожирением**  
Бокова Т.А., Кошурникова А.С., Лукина Е.В.  
МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского, Москва, Россия

**Цель исследования:** оценить морфофункциональное состояние слизистой оболочки верхнего отдела желудочно-кишечного тракта (ВО ЖКТ) у детей с различной степенью ожирения.

**Материалы и методы.** Обследованы 30 детей: 1 группа (15 человек) – дети с I-II степенью ожирения, 2 группа (15 человек) – дети с III-IV степенью ожирения. Диагностический алгоритм включал эзофагогастроудоденоскопию с забором биопсийного материала для патоморфологической оценки.

**Результаты.** В 1 группе у 10 (70%) детей выявлены изменения ВО ЖКТ: недостаточность кардии – у 5 (33%), эзофагит – у 3 (20%), гастрит – у 9 (60%), эрозии желудка – у 1 (6%), дуоденит – у 7 (46%) детей, кишечная метаплазия в антральном отделе желудка – у 3 (20%) детей. Во 2 группе изменения ВО ЖКТ имелись у 14 (92%) детей: недостаточность кардии – у 13 (87%), эзофагит – у 10 (66%), гастрит – у 13 (88%), эрозии желудка – у 2 (12%), язва желудка – у 1 (6%), дуоденит – у 7 (46%), язва луковицы ДПК – у 2 (13%), кишечная метаплазия в антральном отделе желудка – у 2 (12%) детей. В 1 группе преобладали изолированные поражения слизистой оболочки, во 2 группе чаще встречались сочетанные изменения. В 1 группе обсемененность *H. pylori* слизистой оболочки антрального отдела 1-2 ст. выявлена у 10 (66%), а 3 ст. – у 2 (13%) детей, во 2 группе – соответственно у 4 (26%) и 10 (66%) детей.

**Выводы.** Для детей с ожирением характерны поражения слизистой оболочки ВО ЖКТ, коррелирующие со степенью ожирения. Наиболее высокую степень обсеменения *H. pylori* имеют дети с ожирением III-IV ст. (66%). В алгоритм обследования детей с ожирением необходимо включить эзофагогастроудоденоскопию. Лечебно-профилактические мероприятия для устранения выявленных изменений необходимо проводить индивидуально, с учетом данных исследования.

- 7. Связь особенностей нервной системы с различными вариантами синдрома раздраженного кишечника у детей**

Ботвиньев О.К., Али Мохамед Г.Э.М., Еремеева А.В., Ляликова В.Б.  
Первый Московский ГМУ им. И.М. Сеченова, Россия

**Актуальность.** Роль вегетативной нервной системы в генезе различных клинических форм синдрома раздраженного кишечника (СРК) у детей остается еще не до конца изученной.

**Цель исследования:** выявить влияние и особенности нервной системы у детей при различных вариантах СРК.

**Пациенты и методы.** Обследованы 125 детей, которым в стационаре был установлен диагноз СРК в соответствии с Римскими критериями III. Всем больным проводилось ЭЭГ, оценивался исходный вегетативный тонус, ИН по данным КИГ.

**Результаты.** Анализ данных ЭЭГ выявил, что у 86 детей (68,8%) имелись признаки усиления активности диэнцефально-стволового уровня на фоне умеренного диффузного нарушения корковой ритмики. Данные изменения на ЭЭГ чаще встречались у больных с запорами – 74,4% случаев ( $p < 0,05$ ) и реже выявлялись у детей со смешанным вариантом СРК (16,8%) и СРК с диареей (8,8%).

Изучение исходного вегетативного тонуса выявило, что у 53,6% детей были признаки преобладания симпатического отдела ВНС. Доминирование парасимпатического отдела имеет место у 28% больных, а эйтония – у 18,4% детей.

У больных с запорами преобладала симпатикотония – ИН составил  $(103,9 \pm 1,0)$  УЕ, в группе детей с диареей выявлены проявления вагусной дисфункции (ИН  $(22,70 \pm 1,54)$  УЕ), в то время как у детей со смешанным течением СРК отмечается эйтония – ИН –  $(64,2 \pm 2,1)$  УЕ.

Обращают на себя внимание возрастные изменения ИН. Среди детей с запором у дошкольников ИН выше ( $p < 0,05$ ), чем у младших и старших школьников, что, вероятно, можно объяснить созреванием нервной системы ребенка и увеличением влияния парасимпатической системы. Среди детей с диареей выявлена достоверная динамика ( $p < 0,05$ ) усиления ваготонического влияния с увеличением возраста ребенка. Для группы детей со смешанным типом течения СРК не выявлено достоверных изменений.

**Заключение.** У детей с синдромом раздраженного кишечника объективно имеют место нарушения регуляции исходного вегетативного тонуса, вегетативной реактивности. Эти изменения особенно выражены у больных СРК с запорами.

- 8. Особенности течения синдрома раздраженного кишечника у детей, перенесших кишечные инфекции**  
Ботвиньев О.К., Али Мохамед Г.Э.М., Еремеева А.В.,  
Ляликова В.Б.  
Первый Московский ГМУ им. И.М. Сеченова, Россия

**Актуальность.** Синдром раздраженного кишечника (СРК) определяют как биопсихосоциальное функциональное кишечное расстройство. В настоящее время продолжается изучение триггерных механизмов для возникновения СРК у детей, в том числе кишечных инфекций.

**Цель исследования:** определить роль перенесенной острой кишечной инфекции (ОКИ) в формировании различных вариантов СРК у детей.

**Пациенты и методы.** Обследованы 146 детей, диагноз СРК установлен в клинике в соответствии с Римскими критериями III. Проводился тщательный сбор анамнеза жизни и заболевания, анкетирование родителей и детей.

**Результаты.** Все дети были разделены на 3 группы: I группа (98 детей) – СРК с преобладанием запоров, II группа (13 детей) – СРК с преобладанием диареи, III группа (35 детей) – СРК со смешанными нарушениями. Анализ инфекционного анамнеза детей с СРК показал, что бактериально-вирусные острые кишечные инфекции (ОКИ) перенесли 39 детей (26,7%). До дебюта СРК от перенесенной ОКИ проходило от 1 года до 4 лет, за это время не было жалоб со стороны ЖКТ. В большинстве случаев ОКИ была вызвана ротавирусом – 78%, реже выделялись сальмонеллы – 17%, иерсинии – 5%. Среди детей, перенесших ОКИ, наиболее часто выявлялось течение СРК с диарей – 8 детей (61,5%;  $p=0,05$ ). Реже диагностировался СРК со смешанным типом течения – 12 детей (34,2%) и СРК с преобладанием запоров – 19 детей (19,3%).

**Заключение.** У детей с СРК в анамнезе наиболее часто наблюдались ОКИ вирусной этиологии, реже бактериальные. После перенесенной кишечной инфекции у детей чаще всего отмечается течение СРК с диареей.

- 9. Роль нервно-психологических факторов в развитии различных вариантов течения синдрома раздраженного кишечника**  
Ботвиньев О.К., Али Мохамед Г.Э.М., Еремеева А.В.,  
Ляликова В.Б.  
Первый Московский ГМУ им. И.М. Сеченова, Россия

**Актуальность.** Концепция синдрома раздраженного кишечника (СРК) как биопсихосоциального страдания предполагает, что в развитии различных форм заболевания важным является взаимодействие психологических факторов и моторных нарушений различных отделов ЖКТ.

**Цель исследования:** определить вклад нервно-психологических факторов в формировании различных вариантов течения СРК у детей.

**Пациенты и методы.** Обследованы 146 детей, диагноз СРК установлен в соответствии с Римскими критериями III. Проводился тщательный сбор анамнеза жизни и заболевания, анкетирование родителей и детей.

**Результаты.** В группу вошли дети от 3 до 17 лет, среди них мальчиков 54, девочек 71, средний возраст составил 9,5 лет. В возрасте от 3 до 6 лет было 24 ребенка (19,2%), от 7 до 11 лет – 68 детей (54,4%), от 12 до 17 лет – 33 (24,6%). Пик заболеваемости пришелся на 10-11 лет. Выявлено, что дебют СРК или его обострение чаще всего были связаны с психотравмирующими воздействиями на ребенка (70,4%). Чаще всего они были значимы для детей, больных СРК с запором. Кроме того, важным фактором для детей является нарушение образа жизни (18,4%). Нарушения взаимоотношений со сверстниками приводили к провокации заболевания у 14,4% детей, при этом ухудшение отношений с сотрудниками дошкольно-школьных учреждений приводило к появлению симптомов СРК только у 7,2% детей. Конфликты с родителями сопровождались обострением СРК у 20,8% детей, а развод или ухудшение взаимоотношений между родителями – у 28% детей. В то время как изменения образа жизни (большое ко-

личество дополнительных обучающих программ, длительные поездки, сухомытка, редкие приемы пищи и т.д.) сопровождалось проявлениями СРК у 18,4% детей.

**Заключение.** Наиболее часто СРК развивается у детей 10-11 лет. Среди причин дебюта и обострений СРК на первом месте – психотравмирующие ситуации, изменение стереотипа жизни, нарушение питания и режима дня.

## В

- 10. Изменение содержания простагландинов в процессе образования и заживления экспериментальной язвы**  
Варванина Г.Г., Ткаченко Е.В., Трубицына И.Е.  
ЦНИИ гастроэнтерологии, Москва, Россия

**Цель исследования:** проанализировать динамику изменений уровня простагландинов (ПГЕ1, ПГЕ2, ПГФ2 $\alpha$ , ПГ12, ТхА2) и ЦОГ-2 в слизистой оболочке желудка крыс в разные периоды формирования и заживления экспериментальной ацетатной язвы.

**Материалы и методы.** В эксперименте на белых крысах воспроизводили ацетатную язву. Содержание простагландинов (ПГ) и ЦОГ-2 определяли иммуноферментным методом через 1 ч, 24 ч, 5 и 10 суток после начала язвообразования.

**Результаты.** Процессы формирования и заживления экспериментальных (ацетатных) язв сопровождаются характерными динамическими изменениями различных серий простагландинов. При образовании язвенного дефекта обнаружено снижение уровня ПГЕ2, I2 и увеличение содержания ПГЕ1, ПГФ2 $\alpha$  и ТхА2 в слизистой оболочке желудка. Заживление язвы сопровождается увеличением уровня ЦОГ-2, ПГЕ2, E1, F2 $\alpha$ , I2 и ТхА2. Изменения в содержании различных серий ПГ имеют однонаправленный характер как в зоне язвы, так и в слизистой, не затронутой язвенным процессом, при этом максимальные количественные сдвиги выявлены в области язвы.

**Заключение.** Формирование и заживление экспериментальной язвы желудка протекает под контролем местного тканевого защитного механизма, регулируемого ПГ. Обнаруженные изменения ПГ как в области язвы, так и в неповрежденной ткани позволяют сделать вывод о системном изменении простагландинового статуса после индукции язвы.

- 11. Хронический панкреатит как причина сахарного диабета**  
Винокурова Л.В., Шулятьев И.С., Дроздов В.Н.,  
Березина О.И., Варванина Г.Г.  
ЦНИИ гастроэнтерологии, Москва, Россия

**Цель исследования:** выявление особенностей течения хронического панкреатита (ХП), осложненного сахарным диабетом (СД).

**Материалы и методы.** Обследованы 66 больных ХП (55 мужчин, 11 женщин), средний возраст (46,8 $\pm$ 9,2) года. Заболевание сопровождалось на ранних стадиях ХП у 13 (19,7%) формированием кист поджелудочной железы (ПЖ), на поздних стадиях болезни у 22 (33,3%) больных выявлялся кальциноз ПЖ. По поводу осложненного течения ХП проведено 14 резекционных и 11 дренирующих операций на ПЖ. У 10 (15,2%) больных выявлен СД. Эзокринную функцию ПЖ оценивали по результатам дыхательного теста с использованием <sup>13</sup>C-триоктанаина. Содержание С-пептида (СП) и антител к инсулину определяли в крови иммуноферментным методом.

**Результаты исследования.** По данным дыхательного теста выявлено снижение эзокринной функции ПЖ у больных с ХП как с осложнениями, так и без осложнений при сравнении с нормой (44 $\pm$ 3,2)% – (24,3 $\pm$ 1,7)%, (26,6 $\pm$ 1,3)% ( $p<0,05$ ). У больных с ХП и кальцинозом ПЖ после резекционных операций по поводу осложнений ХП имелись достоверные различия при сравнении с группой больных ХП без осложнений – (20,9 $\pm$ 1,4)%, (18,7 $\pm$ 1,6)% ( $p<0,05$ ). Уровень СП в этих группах больных снижался и достоверно отличался при сравнении с группой больных ХП без осложнений. Установлена прямая корреляционная зависимость между уровнем СП и показателями дыхательного теста у боль-

ных ХП после резекционных операций ( $r=0,84$ ,  $p=0,03$ ). Антитела к инсулину не определялись во всей группе исследуемых больных ХП. В группе больных ХП с развернутой клинической картиной СД у 7 больных выявлялся кальциноз, у 5 были проведены резекционные операции, 3 больных имели кальциноз ПЖ, и у них проведены резекционные операции на ПЖ. Этиологической причиной ХП в этой группе больных был алкоголь.

**Заключение.** Развитие кальциноза ПЖ и проведение панкреато-дуоденэктомии являются факторами риска формирования СД при ХП. Экзокринная и эндокринная недостаточность развивается параллельно при ХП. Антитела к инсулину во всей группе исследуемых больных ХП отсутствовали, что еще раз доказывает специфический тип СД при ХП.

## 12. Важность секвенирования генов для идентификации пробиотических лактобацилл

Воронина О.Л., Кунда М.С., Бондаренко В.М., Шабанова Н.А., Лунин В.Г.  
НИИ эпидемиологии и микробиологии им. Н.Ф. Гамалеи, Москва

В списке List of Prokaryotic names with Standing in Nomenclature (<http://www.bacterio.cict.fr/>) в настоящее время значится 177 видов и подвидов лактобацилл. Часть из них реклассифицирована или имеет названия, дублирующие уже известные виды, что за вычетом таковых составляет 146 видов и подвидов.

**Цель:** уточнение таксономического положения коллекционных штаммов лактобацилл на основе секвенирования генов 16S rDNA и groA.

**Материалы и методы.** Исследованы 52 культуры лактобацилл, включающих 43 штамма из коллекции НИИЭМ им. Н.Ф. Гамалеи (ГИМС), и 9 коллекционных штаммов из других источников. ДНК бактерий выделяли с помощью набора «DNA-Extra-Sorb». Для амплификации гена 16S rDNA использовали праймеры Lb16a, Lb16b, 16S-midford, 16S-midrev. Для амплификации фрагмента гена groA были выбраны один прямой праймер groA-21-F и два обратных: groA 23 R для *L. delbrueckii* и *L. plantarum* и groA-22-R для остальных видов лактобацилл. Секвенирование фрагментов ДНК проводили на приборе 3130 Genetic Analyzer (Applied Biosystems/Hitachi).

**Результаты.** Показана эффективность секвенирования двух мишеней в дифференциации видов внутри филогенетических групп лактобацилл. Продемонстрировано видовое разнообразие штаммов пробиотических лактобацилл, включающих представителей 9 видов. Установлено, что все штаммы, маркированные ранее как *L. acidophilus*, относятся к *L. helveticus*. Обнаружены штаммы, относящиеся к недавно открытому виду *L. farraginis*, перспективному для использования в сельскохозяйственной практике.

**Заключение.** Получены генетические паспорта оригинальных штаммов 9 видов лактобацилл, перспективных в качестве пробиотических штаммов.

## Г

### 13. Изучение CD10 в стромальном компоненте карцином желудка, отличных по профилю экспрессируемых муцинов

Гаганов Л.Е., Казанцева И.А., Гуревич Л.Е., Корсакова Н.А.  
МОНИКИ, Москва, Россия

**Цель исследования:** изучение экспрессии CD10 в стромальном компоненте иммунофенотипических вариантов карцином желудка, различающихся по профилю экспрессируемых MUC1, 5AC, 6, 2 типов и CD10.

**Материалы и методы.** Исследован операционный материал 55 гастрэктомий. Возраст оперированных 27-75 лет, мужчин 30, женщин 25. ИГХ-исследование проводилось ПАП-методом на парафиновых срезах по стандартному протоколу. В соответствии с экспрессией MUC ранее выделили 3 варианта карцином, имеющих желудочный ( $n=31$ ), кишечный ( $n=2$ ) и смешанный ( $n=22$ ) иммунофенотипы. В этих группах в строме карцином определяли экспрессию CD10. Реакцию считали положительной при наличии более 5% иммунореактивных стромальных клеток в репрезентативных полях зрения при 400-кратном увеличении. Сравнение частот проводили посредством вычисления критерия  $\chi^2$  между группами карцином с желудочным и смешанным иммунофенотипами. Результат считали значимым при  $p<0,05$ .

**Результаты.** Выявлены различия в экспрессии CD10 в строме карцином желудка. В строме карцином с желудочным иммунофенотипом экспрессия CD10 выявлена в 65% (20/31) наблюдений, со смешанным – в 32% (7/22), с кишечным – в одном из двух случаев. Продукция этого белка чаще наблюдалась в группе карцином с желудочным иммунофенотипом, реже – со смешанным ( $p=0,04$ ). В карциномах с кишечным иммунофенотипом экспрессия CD10 обнаружена в одном из двух наблюдений (сравнение не проводилось ввиду малочисленности группы).

**Выводы.** Экспрессия CD10 чаще встречалась в стромальном компоненте карцином желудка с желудочным иммунофенотипом, реже – со смешанным, что, по-видимому, отражает их инвазивные свойства.

### 14. Изучение E-кадхерина в карциномах желудка, отличных по профилю экспрессируемых муцинов

Гаганов Л.Е., Казанцева И.А., Гуревич Л.Е., Корсакова Н.А.  
МОНИКИ, Москва, Россия

**Цель:** изучение экспрессии E-кадхерина в карциномах желудка, различающихся по профилю экспрессируемых муцинов (MUC) 1, 5AC, 6, 2 типов и гликопротеина CD10.

**Материалы и методы.** Исследован операционный материал 55 гастрэктомий. Возраст больных 27-75 лет, мужчин 30, женщин 25. Иммуногистохимическое исследование проводилось ПАП-методом на парафиновых срезах по стандартному протоколу. В соответствии с ИГХ экспрессией MUC и CD10 ранее выделили 3 варианта карцином, имеющих желудочный ( $n=31$ ), кишечный ( $n=2$ ) и смешанный ( $n=22$ ) иммунофенотипы. Оценивали экспрессию E-кадхерина как число иммунореактивных клеток на 100 учтенных в репрезентативных полях зрения при 400-кратном увеличении, выраженное в процентах. Реакцию считали положительной при наличии более 5% иммунореактивных опухолевых клеток. По характеру окрашивания выделены 2 варианта экспрессии: нормальная (мембранная) и аномальная (цитоплазматическая и гетерогенная или мембранно-цитоплазматическая). Сравнение частот проводили вычислением  $\chi^2$  между карциномами с «желудочным» и «смешанным» иммунофенотипами. Результат считали значимым при  $p<0,05$ .

**Результаты.** В карциномах с желудочным иммунофенотипом мембранный тип экспрессии обнаружен в 16% (5/31) наблюдений, цитоплазматический – в 26% (8/31), гетерогенный – в 55% (17/31), экспрессия отсутствовала в 3% (1/31); с кишечным – в первом наблюдении выявлен цитоплазматический тип, во втором экспрессия отсутствовала; со смешанным – мембранный тип наблюдался в 59% (13/22), цитоплазматический – в 14% (3/22), гетерогенный – в 23% (5/22), экспрессия отсутствовала в 4% (1/22).

**Выводы.** В карциномах с желудочным иммунофенотипом обнаружено преобладание аномальной экспрессии E-кадгерина над нормальной по сравнению с опухолями, имеющими смешанный иммунофенотип ( $p=0,01$ ), что позволяет предположить у них наличие более высокого инвазивного потенциала.

#### 15. Изучение коллагена IV типа в стромальном компоненте карцином желудка, отличных по профилю экспрессируемых муцинов

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

**Цель исследования:** исследование экспрессии коллагена IV типа в межклеточном матриксе вариантов карцином желудка, различающихся по профилю экспрессируемых MUC1, 5AC, 6, 2 типов и CD10.

**Материалы и методы:** операционный материал 55 гастрэктоми. Возраст оперированных 27-75 лет, мужчин 30, женщин 25. ИГХ-исследование проводилось ПАП-методом на парафиновых срезах по стандартному протоколу. В соответствии с экспрессией MUC ранее выделили 3 варианта карцином, имеющих желудочный ( $n=31$ ), кишечный ( $n=2$ ) и смешанный ( $n=22$ ) иммунофенотипы. Посредством ИГХ метода определяли экспрессию коллагена IV типа. Учитывалась отчетливая иммунореактивность межклеточного матрикса опухолей в репрезентативных полях зрения при 400-кратном увеличении. Сравнение частот проводили посредством вычисления критерия  $\chi^2$  между группами карцином с желудочным и смешанным иммунофенотипами. Результат считали значимым при  $p<0,05$ .

**Результаты.** Выявлены различия в экспрессии коллагена IV типа в межклеточном матриксе карцином желудка. В карциномах с желудочным иммунофенотипом экспрессия коллагена IV типа выявлена в 26% (8/31) наблюдений, со смешанным – в 59% (13/22), с кишечным – в одном из двух случаев. Продукция коллагена IV типа чаще наблюдалась в группе карцином со смешанным иммунофенотипом, реже – с желудочным ( $p=0,03$ ). В карциномах с кишечным иммунофенотипом экспрессия коллагена IV типа обнаружена в одном из двух наблюдений (сравнение не проводилось ввиду малочисленности группы).

**Выводы.** Экспрессия коллагена IV типа чаще наблюдалась в межклеточном матриксе карцином желудка со смешанным иммунофенотипом. В карциномах с желудочным иммунофенотипом экспрессия этого белка встречалась реже, что может свидетельствовать об их более высоком инвазивном потенциале.

#### 16. Изучение пролиферативной активности карцином желудка, отличных по профилю экспрессируемых муцинов

Гаганов Л.Е., Казанцева И.А., Гуревич Л.Е., Корсакова Н.А. МОНИКИ, Москва, Россия

**Цель исследования:** изучить пролиферативную активность разных вариантов карцином желудка, различающихся по профилю экспрессируемых муцинов (MUC) 1, 5AC, 6, 2 типов и гликопротеина CD10.

**Материалы и методы.** Исследован операционный материал 55 гастрэктоми. Возраст оперированных составлял 27-75 лет, мужчин 30, женщин 25. ИГХ-исследование проводилось ПАП-методом на парафиновых срезах по стандартному протоколу. В соответствии с ИГХ выявляемой экспрессией MUC и CD10 ранее выделили 3 варианта карцином, имеющих желудочный ( $n=31$ ), кишечный ( $n=2$ ) и смешанный ( $n=22$ ) иммунофенотипы. В этих группах оценивали экспрессию Ki-67 как число иммунореактивных ядер на 1000 учтенных клеток в репрезентативных полях зрения при 400-кратном увеличении, выраженное в процентах. Сравнение частот между карциномами с желудочным и смешанным иммунофенотипами проводили посредством вычисления критерия  $\chi^2$ . Результат считали значимым при  $p<0,05$ .

**Результаты.** В исследованных карциномах индекс пролиферации Ki-67 варьировал от 9% до 85%, в среднем  $43\pm 18$ . Опухоли, имеющие индекс пролиферации выше 43%, относили к карциномам с высокой пролиферативной активностью, ниже – с низкой.

Карциномы с желудочным иммунофенотипом имели высокую пролиферативную активность в 64% (20/31) наблюдений, низкую – в 36% (11/31); со смешанным – высокую – в 32% (7/22) и низкую – в 68% (15/22). Опухоли с кишечным иммунофенотипом во всех случаях имели низкую пролиферативную активность.

**Выводы.** В карциномах с желудочным иммунофенотипом обнаружено преобладание опухолей с высокой пролиферативной активностью над низкой по сравнению с карциномами, имеющими смешанный иммунофенотип ( $p=0,04$ ), что может свидетельствовать о прогностической ценности этого параметра.

#### 17. Функциональные продукты на комбинированной зернобобовой и кедрово-соевой основе как оптимальное решение в питании людей, страдающих целиакией и непереносимостью компонентов коровьего молока

Гапонова Л.В., Полежаева Т.А., Матвеева Г.А., Кузьмин А.Л. Всероссийский научно-исследовательский институт жиров, Санкт-Петербург, Россия, e-mail: dietotherapy@vniig.org

**Цель исследования:** разработка рецептур и технологий безлактозных и безглютеновых продуктов на зернобобовой и кедрово-соевой основе для расширения ассортимента отечественных продуктов для людей с непереносимостью лактозы и глютена.

**Материалы, методы и результаты исследований.** В отделе детского и лечебно-профилактического питания ВНИИЖ разработаны технология и оборудование для комплексной переработки зернобобового сырья и орехов (например, кедровых), предусматривающие получение двух пищевых продуктов – зернобобовой эмульсии (основы) и нерастворимого остатка (зернобобовой массы). Зернобобовая и соево-кедровая основа представляют собой эмульсию, содержащую масло, белок, углеводы (в том числе олигосахариды), минеральные вещества, витамины и другие соединения. Зернобобовая и соево-кедровая масса – это нерастворимый остаток, содержащий нерастворимые в воде фракции зернобобового сырья, в том числе гемицеллюлозу. Эти продукты могут либо использоваться непосредственно в питании в качестве заменителей коровьего молока, либо служить сырьем для выработки широкого спектра безглютеновых безлактозных продуктов (ферментированные напитки и йогурты, в том числе с натуральными плодово-ягодными наполнителями и пищевыми волокнами; белковые продукты типа творога и т.д.), причем соевые олигосахариды позволяют повысить титр жизнеспособных бифидобактерий до  $4 \cdot 10^9$  клеток/см<sup>3</sup>. Соевая основа и продукты с ее использованием прошли многочисленную клиническую апробацию и рекомендованы в диетотерапии больных с непереносимостью компонентов коровьего молока и с заболеваниями желудочно-кишечного тракта.

#### 18. Индивидуальный подход в лечении ГЭРБ у детей

Гончар Н.В.  
Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова,  
Санкт-Петербург, Россия

Российский национальный педиатрический формуляр лекарственных средств является для врачей источником информации о пользе и потенциальном вреде лекарств, стандартом отбора и применения медикаментов в практической деятельности. Стандартизация лечения не отрицает индивидуальный подход, учитывающий пол и возраст пациента, неповторимость больного и его болезни. ГЭРБ определяют как кислотозависимое заболевание с первичным нарушением моторики пищевода и желудка; факторами, повреждающими слизистую оболочку пищевода, являются соляная кислота, протеазы желудка и двенадцатиперстной кишки, желчные кислоты. Функциональные методы исследования у больных ГЭРБ призваны прояснять роль нарушений двигательной и секреторной функции верхнего отдела пищеварительного тракта, оценивать влияние терапии на динамику выявленных отклонений. Прогресс в исследовании моторики пищевода связывают с внутрипищеводной импедансометрией. Метод позволяет определить объем и высоту гастроэзофагеального рефлюкса (ГЭР), агрессивность ГЭР, скорость пищевода клиренса, среднюю девиацию внутрипищеводного пространства; выявить гипотонические и гипертониче-

ские зоны пищевода; диагностировать аксиальную грыжу пищеводного отверстия диафрагмы. 24-часовой мониторинг рН в пищеводе и метод интраэзофагеального протеолиза помогают обнаружить кислые, щелочные, сочетанные ГЭР. Нами разработан показатель степени тяжести клинико-эндоскопических проявлений ГЭРБ у детей, применимый для оценки эффективности терапии. В основе индивидуального подхода в лечении больных ГЭРБ лежит анализ клинических проявлений, анамнеза болезни, особенностей и выраженности морфологических изменений слизистой оболочки пищевода, моторной функции кардиоэзофагеальной зоны, качества жизни. При неэффективности рекомендованных национальным формуляром медикаментозных схем необходимо выполнение исследований, направленных на оценку моторики пищевода, характера и тяжести ГЭР, секреторной и эвакуаторной функций желудка с целью подбора альтернативных средств лечения.

#### 19. Влияние генетических факторов на состояние остеогенеза у детей с хроническим гастродуоденитом

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

<sup>1</sup>СПбГПМА, <sup>2</sup>Северо-Западный ГМУ им. Мечникова, Санкт-Петербург, Россия

**Цель исследования:** изучить взаимосвязь молекулярно-генетических маркеров с состоянием минерализации осевого скелета и костным метаболизмом у детей с ХГД.

**Материалы и методы.** На базе КДЦ № 2 для детей ГУЗ Поликлиники 23 Санкт-Петербурга обследованы две группы детей: группа № 1 – 166 детей в возрасте от 12 до 15 лет с морфологически верифицированным диагнозом ХГД и группа № 2 – 19 здоровых детей аналогичного возраста. Все дети группы № 1 получили стандартное гастроэнтерологическое обследование, идентификацию *Helicobacter pylori* (HP) хеликс-тестом и прибором Хелико-сенс. У 79 детей проводилась денситометрия, изучались остеокальцин (ОК),  $\beta$ -CrossLaps, методом ПЦР с рестрикционным анализом проведены молекулярно-генетические исследования: AраI, TagI, BsmI полиморфизмы гена рецептора витамина D (VDR), HindIII полиморфизм гена ОК.

**Результаты.** Достоверно чаще носители А+ генотипа гена AраI гена VDR с HP+ХГД, HP–ХГД имели более высокие показатели ВМД, ОК и  $\beta$ -CrossLaps, чем при А-генотипе ( $p < 0,05$ ). Дети с разной степенью инфицированности, носители генотипа В+ гена BsmI гена VDR имеют достоверно более высокие показатели ОК, чем с генотипом В– ( $90,43 \pm 36,03$  и  $63,02 \pm 34,12$ ,  $p = 0,005$ ). У детей с HP+ХГД, носителей т+генотипа гена TagI гена VDR показатели ВМД достоверно выше ( $p = 0,001$ ). Носители Н+генотипа гена HindIII гена ОК имеют более высокие показатели ВМД ( $p = 0,029$ ). Дети с HP–ХГД, носители Н+генотипа гена HindIII гена ОК, имеют более высокие показатели ВМД по сравнению с носителями Н–генотипа ( $0,87 \pm 0,17$ ,  $p = 0,053$ ).

**Выводы.** Таким образом, у детей имеет место влияние генетического полиморфизма AраI гена VDR, BsmI гена VDR, TagI гена VDR и HindIII гена ОК остеокальцина на ВМД, биохимические маркеры костного метаболизма при различной степени инфицированности ХГД.

## Д

#### 20. Действие мультипробиотика «Симбитер®» на активность аланин- и аспартатаминотрансферазы в сыворотке крови крыс при длительной гипоацидности

Дворщанко Е.А., Бернык О.О., Шелест Д.А., Остапченко Л.И. Киевский национальный университет им. Тараса Шевченко, Украина, e-mail: k21037@gmail.com

**Цель исследования:** определить действие мультипробиотика «Симбитер®» на активность аланин- и аспартатаминотрансферазы в сыворотке крови крыс при длительной желудочной гипохлоргидрии.

**Материалы и методы.** Эксперименты проведены на белых нелинейных половозрелых крысах-самцах. Гипоацидное состояние мо-

делировали внутрибрюшинным введением 14 мг/кг омепразола (Sigma, USA) 1 раз в сутки на протяжении 28 дней. Вторая группа крыс одновременно с введением омепразола получала мультипробиотик «Симбитер®» (производства ООО «О.Д. Пролиско») перорально в дозе 0,14 мл/кг, растворенный в 0,5 мл воды для инъекций. В качестве контроля использовали крыс, которым 28 дней вводили внутрибрюшинно 0,2 мл и перорально 0,5 мл воды для инъекций. Через сутки после последнего введения омепразола в сыворотке крови определяли активность аланин- и аспартатаминотрансферазы по методу Райтмана-Френкеля.

**Результаты.** При длительной желудочной гипохлоргидрии в сыворотке крови активность аланинаминотрансферазы снижалась в 1,6 раза относительно контроля. Активность аспартатаминотрансферазы при этом не изменялась. Коэффициент де Ритиса у крыс с гипоацидным состоянием повышался и составлял 2,3, что свидетельствует о развитии патологических процессов в печени. При совместном введении мультипробиотика «Симбитер®» и омепразола активность аланинаминотрансферазы частично восстанавливалась.

**Выводы.** Мультипробиотик «Симбитер» способствовал восстановлению активности трансаминаз печени в сыворотке крови крыс с гипоацидным состоянием до контрольных значений.

#### 21. Липидный профиль и показатели ультразвуковой эластографии печени у больных метаболическим синдромом

Демина Е.И., Султанов Л.В., Дарцаев Д.В. Алтайский ГМУ, Барнаул, Россия

**Цель исследования:** определить изменения липидного спектра и показатели ультразвуковой эластографии печени у больных метаболическим синдромом.

**Материал и методы.** Обследованы 18 больных (12 женщин и 6 мужчин) с абдоминальным типом ожирения. Индекс массы тела пациентов зарегистрирован в пределах 30-35 кг/м<sup>2</sup>. Окружность талии составила от 90 до 116 см. Возраст пациентов варьировал от 36 до 65 лет. У всех больных выявлена мягкая и умеренная артериальная гипертония давностью от 3 до 15 лет. Всем пациентам определяли липидный профиль крови, глюкозу крови натощак, а также проводили ультразвуковую эластографию печени на аппарате Aixplorer SSIP 90001. Степень фиброза оценивали по шкале METAVIR.

**Результаты.** Наиболее выраженными изменениями липидно-транспортной системы у 86% пациентов являлись гипертриглицеридемия – ( $2,40 \pm 0,14$ ) ммоль/л, повышение общего холестерина – ( $6,1 \pm 1,4$ ) ммоль/л и холестерина липопротеинов низкой плотности – ( $3,8 \pm 0,9$ ) ммоль/л у 73% и 89% больных соответственно. Холестерин липопротеинов высокой плотности оказался снижен – ( $1,02 \pm 0,25$ ) ммоль/л у 64% пациентов. Индекс атерогенности был повышен – ( $4,0 \pm 2,7$ ) у 61% обследованных больных. У 11% пациентов выявлено нарушение толерантности к глюкозе. Усредненное значение эластичности ткани печени составило ( $7,8 \pm 1,4$ ) кПа. Усредненное среднеквадратичное отклонение – 0,6.

**Выводы.** У всех обследованных больных метаболическим синдромом наряду с абдоминальным ожирением, артериальной гипертонией, дислипидемией имеются признаки умеренного фиброза печени по данным ультразвуковой эластографии.

#### 22. Качество питания крыс Вистар до спаривания и функционирование пищеварительной системы их потомства

Дмитриева Ю.В., Егорова В.В., Никитина А.А. Институт физиологии им. И.П. Павлова РАН, Санкт-Петербург, Россия

**Цель исследования:** выяснить, влияет ли диета родителей до спаривания на функции пищеварительной системы взрослого потомства.

**Материалы и методы.** Активность мальтазы, щелочной фосфатазы, аминопептидазы М, глицил-L-лейциндипептидазы и содержание белка в различных отделах тонкой кишки (двенадцатиперстная, тощая, подвздошная), толстой кишки исследовались у 4-месячных крыс, родители которых до спаривания в течение 21 суток получали низкобелковый рацион (1-я серия) или алкоголь (40%) (2-я серия). В качестве контроля использовались такие же

группы крыс, но содержащиеся на стандартном корме и вместо алкоголя получавшие воду.

**Результаты.** Показано, что содержание самцов и/или самок на низкобелковой диете до спаривания вызывает значительные изменения активности пищеварительных ферментов у взрослого потомства. Содержание на низкобелковой диете и самцов, и самок приводило к более значительному изменению активности ферментов (в 1-й серии экспериментов). Потребление самцами и самками алкоголя до спаривания приводило к нарушению полостного и мембранного пищеварения, проявившегося в повышении или понижении активности пищеварительных ферментов, в частности, в снижении активности щелочной фосфатазы и увеличении активности дипептидазы (во 2-й серии экспериментов).

**Выводы.** Полученные в настоящей работе факты подтверждают выводы, сделанные нами ранее на основании предшествующих исследований (как наших, так и других авторов) о влиянии трофологического статуса обоих родителей до спаривания на функционирование различных органов и систем организма потомства. Эти данные позволяют предположить, что любое нарушение качества питания, особенно употребление алкоголя, является фактором риска для здоровья будущих поколений.

### 23. Состояние перекисного окисления липидов у больных циррозом печени

Дроздов В.Н., Нейман К.П., Петраков А.В., Носкова К.К.  
ЦНИИ гастроэнтерологии, Москва, Россия

**Цель работы:** изучение состояния перекисного окисления липидов (ПОЛ) у больных циррозом печени (ЦП).

**Материалы и методы.** Обследованы 47 больных ЦП. Средний возраст больных составил 53 года (30-74). В исследование были включены больные ЦП алкогольной этиологии (64%), 17% – вирусной (С и/или В) этиологии, 9% – с первичным билиарным циррозом. Состояние ПОЛ изучали по уровню малонового диальдегида (МДА) и общей антиоксидантной активности (ОАА) в сыворотке крови. МДА определяли спектрофотометрическим методом по методике Yagi K. ОАА сыворотки крови определяли по скорости подавления реакции окисления АВТS. Оценка тяжести состояния печеночно-клеточной недостаточности больных ЦП проводилась по шкале Child-Pugh.

**Результаты.** Все больные были разделены на три группы. 1. Группа с нормальными значениями МДА и ОАА. 2. Группа с повышенными значениями МДА, но сохраненными нормальными значениями ОАА, что говорит о происходящем в организме ПОЛ, но сохраненной антиоксидантной активности. 3. Группа с повышенными значениями МДА и снижением ОАА, т.е. резерв антиоксидантных ферментов исчерпан.

В первую группу вошли больные ЦП класса А 40%, В (7-8 баллов) – 60%, во вторую – класса В (7-8 баллов), третью группу преимущественно составили больные ЦП класса В (9-10 баллов) – 33% и С – 50%. Различий по этиологии не отмечалось. Выявлена корреляция между тяжестью печеночно-клеточной недостаточности и ОАА, что связывалось со снижением синтеза белка.

**Выводы.** С увеличением тяжести печеночно-клеточной недостаточности увеличивается содержание МДА и снижается ОАА. Это может свидетельствовать об усилении процессов ПОЛ у больных ЦП и истощении антиоксидантных ресурсов. Повышение ОАА имеет два механизма, первый из них связан с повышением ПОЛ и увеличением расхода ферментов-антиоксидантов, другой связан со снижением белково-синтетической функции печени.

### 24. Цитогистологические особенности слизистой оболочки желудка больных хроническим гастритом при наличии и отсутствии *Helicobacter pylori*

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

**Цель исследования:** изучить цитологические и гистологические показатели антрума (А) и тела (Т) больных хроническим гастритом при наличии и отсутствии *Helicobacter pylori* (НР).

**Материал и методы.** Исследовались больные обоего пола в возрасте от 18 до 66 лет. С помощью морфологических методов у 40 выявлен НР, у 20 – не выявлен. С гастробиоптатов изготавливали препараты-отпечатки, которые окрашивали по Романовскому. Определяли в баллах количество НР и смешанной нехеликобактерной микрофлоры (МХТ). В гистологических срезах по Сиднейской системе оценивали изменения слизистой оболочки желудка (СОЖ), количество НР.

**Результаты исследования.** Количество НР, выявленное в цитопрепаратах, значимо ( $p < 0,00001$ ) выше, чем в соответствующих гистологических срезах. В обеих группах значимых различий между количеством НР в цитопрепаратах А и Т, как и в срезах, не выявлено. МХТ-микрофлора выявлялась в разных (очагово-значительных) количествах в А и Т больных обеих групп, без значимых различий. Показатели выраженности и активности воспаления (Вс) в гистологических срезах у больных с НР значимо ( $p < 0,001$ ) выше, чем у больных без НР, как в А, так и в Т; данные показатели выше в А, чем в Т, только в группе с НР.

**Заключение.** По сравнению с гистологическим методом цитологический является предпочтительным для бактериоскопического определения количеств СОЖ-ассоциированной микрофлоры, включая НР. Значимо большие показатели активности и выраженности Вс у больных с НР, тем не менее, не равнозначны уверенному заключению о роли НР как первичного фактора в развитии хронического гастрита, при котором дисбиотические изменения СОЖ могут возникать и поддерживаться вследствие персистенции воспалительных изменений.

### 25. Белок NS3 вируса гепатита С и его роль в патогенезе хронического гепатита С при разных генотипах вируса

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

**Цель исследования:** определить уровень белка NS3 в гепатоцитах и степень морфологических изменений у больных хроническим гепатитом С (ХГС) с разными генотипами вируса.

**Материалы и методы.** Обследованы 15 больных ХГС: 7 – с 1b генотипом НСV (I группа) и 8 – с 3a (II группа). NS3Ag выявлялся иммуногистохимическим методом (kit «Novocastra» UK), уровень его оценивался по числу белковых частиц в гепатоците (ЧБЧГ) и количеству инфицированных гепатоцитов (КИГ). Определялось число гепатоцитов в состоянии крупно- и мелкокапельной жировой (ККЖД, МКЖД) и гидропической дистрофии (ГД), портальной, перипортальной, внутридольковой и центральной инфильтрация (ПИ, ППИ, ВИ, ЦИ), портальной (ПФ), внутридольковой (ВДФ) и центральной (ЦФ) фиброз. ППИ, ВИ, ЦИ, ВДФ оценивались в процентах, а ПИ, ПФ и ЦФ – по четырехбалльной системе. Статистическая обработка данных осуществлялась с использованием U-критерия Манна-Уитни.

**Результаты.** КИГ в среднем оказалось ( $23,03 \pm 12,15$ )% у больных I группы и ( $50,06 \pm 23,60$ )% ( $p > 0,05$ ) – у больных II группы. Уровень NS3 был ниже в I группе –  $5,37 \pm 1,94$ , чем во II –  $11,22 \pm 10,31$  ( $p > 0,05$ ). Не было достоверной разницы между группами в числе гепатоцитов в состоянии ККЖД, МКЖД и ГД. Уровень ВИ, ПИ, ППИ, ЦИ был достоверно более высоким у пациентов I группы: ( $12,47 \pm 9,67$ )% против ( $2,30 \pm 1,32$ )% ( $p < 0,05$ ), ( $3,16 \pm 1,06$ ) балла против ( $2,25 \pm 0,99$ ) балла ( $p < 0,05$ ), ( $57,01 \pm 35,40$ )% против ( $27,65 \pm 22,89$ )% ( $p < 0,05$ ), ( $35,89 \pm 25,31$ )% против ( $3,33 \pm 8,16$ )% ( $p < 0,05$ ). Также у пациентов I группы достоверно более высокими были показатели ВДФ и ЦФ.

**Выводы.** При ХГС с 1b генотипом по сравнению с 3a генотипом в большей степени выражены показатели воспаления и фиброза во всех зонах ацинуса, несмотря на более низкую концентрацию NS3Ag в ткани печени, что свидетельствует о более выраженном иммуноопосредованном действии данного типа вируса и о более тяжелом течении заболевания.

**Е****26. Микст-формы вирусных гепатитов В и С в городе Иркутске**

Ергина М.Н., Аитов К.А., Чашин А.Ю.  
Иркутский ГМУ, Россия

**Цель исследования:** дать клинко-эпидемиологическую характеристику сочетанному течению хронических вирусных гепатитов В и С в Иркутской области.

**Материалы и методы.** Под наблюдением находились 94 больных с микст-формами вирусных гепатитов В и С. Проведено комплексное клинко-лабораторное обследование изучаемых пациентов с положительными маркерами хронического гепатита В+С. Среди обследованных больных мужчин было 52 (55,3%), женщин 42 (44,7%). Средний возраст госпитализированных пациентов составил (37,9±1,4) года (15-70 лет). Из общего числа пациентов в возрасте от 14 до 20 лет было 8 (8,5%) больных, от 21 года до 30 лет – 23 (24,5%), от 31 года до 45 лет – 34 (36,1%), от 46 до 60 лет – 23 (24,5%), старше 60 лет – 6 (6,4%).

**Результаты.** Клинические проявления заболевания рассматривались в соответствии с особенностями детекции серологических и генетических маркеров. Установлены факторы, которые приводили к обострению инфекционного процесса: лекарственная терапия (28,7%), злоупотребление алкоголем (24,5%). У 37,2% пациентов имелась патология желудочно-кишечного тракта, у 9,6% – патология других органов и систем, в том числе с внепеченочными проявлениями, в частности, поздняя кожная порфирия. Спектр серологических и молекулярно-генетических маркеров при различных клинических вариантах имел характерные особенности. Наибольшая группа, у которой выявляли одновременную вирусмию HBV+HCV-инфекции, составила 33 (35,1%) больных, моновирию HCV без детекции в крови ДНК HBV наблюдали у 25 (26,6%), моновирию HBV отмечалась у 21 (22,3%) больного.

**Выводы.** Микст-формы хронических вирусных гепатитов В и С в городе Иркутске имеют тенденцию к росту, что требует принимать во внимание при определении тактики ведения и лечения данной категории больных.

**27. Поздняя кожная порфирия в сочетании с хроническими вирусными гепатитами**

Ергина М.Н., Аитов К.А., Чашин А.Ю.  
Иркутский ГМУ, Россия

**Цель исследования:** изучить течение хронического вирусного гепатита В и С в сочетании с поздней кожной порфирией.

**Материалы и методы.** Под наблюдением находились 37 больных с поздней кожной порфирией (ПКП) в сочетании с хроническим гепатитом С и В (35 – 94,6% мужчин и 2 – 5,4% женщины). Средний возраст мужчин и женщин составлял (50,4±2,3) года. Наибольшее число больных было в возрасте 30-39 и 40-49 лет – 21,6% и 35,2% соответственно. Значительной была доля больных в возрасте 60-69 лет (16,2%). Исследование проводилось в двух группах. Первая группа больных состояла из 21 человека с хроническим вирусным гепатитом С (ХВГС) и ПКП (20 мужчин – 95,3% и 1 женщина – 4,7%). Во вторую группу вошли 16 человек с хроническим гепатитом В (ХВГВ) и ПКП (15 мужчин – 93,7% и 1 женщина – 6,3%). К факторам риска, которые могли способствовать возникновению ПКП, у части больных с ХВГВ и ХГС относилось частое употребление алкоголя. Кроме того, среди больных преобладали лица, которые на производстве или в быту длительное время контактировали с нефтепродуктами (40,6%), в том числе с этилированным бензином. Из этих больных подавляющее большинство составляли водители транспортных средств, чаще всего у них обнаруживалась HCV-инфекция.

**Результаты и выводы.** Исследование маркеров вирусных гепатитов показало, что чаще всего у больных поздней кожной порфирией выявляется вирусный гепатит С. Хронический вирусный гепатит С у больных ПКП протекает бессимптомно и обнаруживается только при специальном обследовании. Это обстоятельство должно учитываться при определении объема клинко-

лабораторных исследований. Вопрос о назначении при ПКП, ассоциированной HCV и HBV инфекциями, ИФН-терапии решается в каждом конкретном случае индивидуально.

**28. Питьевая минеральная вода Тиб-2 в восстановительном лечении больных с неалкогольным стеатогепатитом**

Ефименко Н.В., Бабякин А.Ф., Мецаева З.В.,  
Ортабаева М.Х.

Пятигорский государственный НИИ курортологии ФМБА  
России, e-mail: orgotdel@gniik.ru

**Цель исследования:** изучить эффективность применения слабо-минерализованной минеральной воды (МВ) Тиб-2 в восстановительном лечении больных неалкогольным стеатогепатитом (НАСГ).

**Материал и методы.** Обследованы 60 больных НАСГ, прошедших курс стационарного лечения в гастроэнтерологическом отделении Республиканской клинической больницы (Владикавказ). Средний возраст наблюдаемых составил (48,3±6,7) года.

Проведены исследования в двух репрезентативных группах больных под влиянием различных лечебных комплексов. 1 ЛК (30 чел., контрольная группа) – больные получали на фоне базисной терапии – стационарного режима, диетического питания (диета № 5) лекарственные средства (урсосан по 1 капсуле 3 раза в день и омега-3 плюс по 1 капсуле 3 раза в день через 20-30 минут после еды) и СМТ-форез с 5% раствором сульфата магния (время воздействия при каждом роде работы по 7 минут), № 10 на курс лечения, ежедневно; 2 ЛК (30 чел., основная группа) – больные дополнительно получали МВ Тиб-2 в количестве 3-3,5 мл/кг массы тела, за 30 минут до еды в теплом виде, 3 раза в день, в течение 18 дней, СМТ-тюбажи 1 раз в 3-4 дня, на курс 4 процедуры и СМТ-форез с МВ на область правого подреберья, № 10 на курс лечения, ежедневно.

**Результаты и обсуждение.** Анализ результатов лечения показал, что комплексное применение лечебных факторов позволяет добиться повышения общей эффективности реабилитации больных НАСГ на стационарном этапе: положительная динамика основных показателей, характеризующих функцию органов гепатобилиарной системы (липидного обмена, липопероксидации, цитокинового статуса и гемокоагуляции) при комплексном применении бальнео-, физиофакторов и лекарственных средств достоверно более выражена (на 18,5%) по сравнению с применением только медикаментозного и физиолечения.

**Вывод.** Предложен метод коррекции метаболических, гепатобилиарных и ишемических нарушений у больных хроническими неалкогольными поражениями печени.

**29. Курортная терапия часто рецидивирующей язвенной болезни двенадцатиперстной кишки, эрозивных гастродуоденитов и гастроэзофагеальной рефлюксной болезни**

Ефименко Н.В., Кайсинова А.С., Романова Е.В.,  
Эбзеев А.Х., Шалов М.Т.

Пятигорский государственный НИИ курортологии ФМБА  
России, e-mail: orgotdel@gniik.ru

**Цель исследования:** разработка и оптимизация методов курортной терапии часто рецидивирующей язвенной болезни двенадцатиперстной кишки (ЯБ ДПК), эрозивных гастродуоденитов и гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (ГЭРБ).

**Материал и методы.** Проведено комплексное обследование и лечение 120 пациентов. Для исследования качества жизни использован опросник SF-36. Изучено в сравнительном аспекте действие питьевой минеральной воды Ессентуки № 4 в сочетании с углекисло-сероводородными ваннами (УСВ) на фоне традиционной противоязвенной терапии (фамотидин, амоксициллин, метронидазол) – 1 ЛК (60 чел.), а также курортного лечения без медикаментов – 2 ЛК (60 чел., контроль).

**Результаты и обсуждение.** В конце курса лечения в группе больных, получавших комплексное медикаментозное и физиотерапевтическое лечение, отмечалось повышение оценки общего и психи-

ческого здоровья в 95% случаев против 80% в контроле ( $p < 0,05$ ). С такой же достоверностью отмечалось улучшение морфофункциональных показателей, перекисного и гормонального гомеостаза в группе больных, получавших комбинированную терапию, по сравнению с контрольной группой. Значение сочетанного применения сульфидных вод и медикаментозной терапии в лечении больных с тяжелыми формами гастродуоденальной патологии подтверждается результатами отдаленных наблюдений. Отмечено, что число обострений заболевания и трудопотерь в течение года после курортного лечения по сравнению с таким же сроком до курортного лечения уменьшилось в 2–2,5 раза, достигнутый на курорте терапевтический эффект в послекурортном периоде в большинстве случаев продолжал сохраняться или даже нарастал, оставаясь на высоком уровне в течение 6 месяцев, а у части больных в течение всего послекурортного периода.

**Вывод.** В проведенном исследовании показано, что комбинированное применение курортных факторов и противоязвенных медикаментов направлено на достижение фазы стойкой ремиссии заболевания, снижение частоты рецидивов и риска развития осложнений, инвалидизации, улучшение качества жизни пациентов.

## Ж

### 30. Статус питания у пациентов с болезнью Вильсона-Коновалова

Жигальцова О.А., Лихачев С.А., Плешко И.В.  
БелМАПО, Минск, Беларусь,  
e-mail: zhigaltsova-olga@rambler.ru

**Цель исследования:** оценить статус питания пациентов с болезнью Вильсона-Коновалова.

**Материал и методы.** Статус питания определен у 28 пациентов (12 мужчин и 16 женщин; возраст от 18 до 54 лет, медиана – 25 лет) с болезнью Вильсона-Коновалова с использованием антропометрических методов – индекса массы тела (ИМТ) и толщины кожно-жировой складки над трицепсом (КЖСТ). Оценка ИМТ проводилась с учетом возраста, КЖСТ – пола. Признаки поражения печени имелись у всех пациентов: хронический гепатит – у 8 (29%), цирроз печени – у 20 (71%), в том числе в стадии декомпенсации – у 13.

**Результаты.** Определение ИМТ было возможным у 25 пациентов (у трех имели место асцит и выраженные отеки). Его значения соответствовали нормальному уровню у 19 (76%) пациентов, недостаточности питания – у 2 (8%; в обоих случаях 1 степени), избыточной массе тела – у 6 (24%), ожирению – у 1 (4%). При оценке статуса питания по КЖСТ среди мужчин оказалось, что результаты теста соответствовали норме только у одного и у одного превышали норму, а у 10 были снижены (легкое снижение у двух, тяжелое – у 8). У всех обследованных женщин толщина КЖСТ выходила за пределы надлежащих значений: снижение легкой степени отмечено у одной, средней – у двух, тяжелой – у 10, но у трех превышала норму. Анализ полученных результатов оценки антропометрических тестов показал, что в группе пациентов с хроническим гепатитом мальнутрицию имели 7 из 8, с циррозом печени – 18 из 20 (различия оказались незначимыми –  $\chi^2=0,23$ ;  $p=0,63$ ). Стоит отметить, что все пациенты с асцитом имели тяжелое нарушение статуса питания. Частота недостаточности питания у мужчин и женщин не различалась ( $\chi^2=0,05$ ;  $p=0,82$ ).

**Заключение.** Большинство пациентов с болезнью Вильсона-Коновалова имели антропометрические признаки мальнутриции.

## З

### 31. Инфекция *H.pylori* у больных острым вирусным гепатитом

Зуевская С.Н., Белая О.Ф., Белая Ю.А., Кокорева Л.Н., Туркадзе К.А.  
МГМУ им. И.М. Сеченова, Москва, Россия,  
e-mail: ofbelaya@mail.ru

**Цель:** оценить частоту встречаемости *H.pylori* (Hр) у больных острым вирусным гепатитом.

**Материалы и методы.** У 97 больных ОВГ различной этиологии с помощью реакции коагутинации в кале и ЦИК сыворотки выявляли О-антигены (О-АГ) Hр, а также их маркеры патогенности – VacA и высокомолекулярные белки (ВМБ), включая CagA.

**Результаты и выводы.** Установлена высокая частота циркуляции О-АГ Hр в кале и ЦИК (у 57,7% больных), причем выше – у больных с синдромом холестаза. Присутствие антигенов VacA и ВМБ установлено в 38,5% и 68,1% случаев в составе ЦИК, что свидетельствует не только о размножении Hр у больных ОВГ, но и об активной продукции ими их токсинов. Относительно низкие уровни маркеров токсинов в составе ЦИК свидетельствуют о недостаточно эффективном иммунном ответе.

## И

### 32. Частота и характер паразитарных инвазий у детей с постдиарейным синдромом

Ибадова Г.А., Захидова Н.А., Атабекова Ш.Р., Меркушкина Т.А.

НИИ эпидемиологии, микробиологии и инфекционных заболеваний, Ташкентский институт усовершенствования врачей, Узбекистан, Ташкент

**Цель исследования:** изучить частоту и характер паразитарных инвазий у детей с постдиарейным синдромом и провести сравнительный анализ клинических симптомов при различных паразитозах у этих больных.

Для достижения поставленной цели нами были проанализированы результаты клинического обследования 165 детей в возрасте до 3 лет, перенесших острую диарею за 3–6 месяцев до обследования. У 81 (49,1%) из них были обнаружены кишечные паразитозы: лямблиоз у 19 (23,5%), blastocystоз – у 11 (13,6%), энтеробиоз – у 51 (63,0%).

Отмечено, что по клиническому течению эти кишечные паразитозы особых отличий не имели. У всех больных отмечались астеновегетативные, диспепсические проявления, в том числе и абдоминальный болевой синдром, а также различные аллергические проявления. Однако выявлены и некоторые особенности течения паразитозов у обследованных больных. Так, у больных с энтеробиозом нарушения со стороны нервной системы (капризность – 54,9%, нарушение сна – 23,5%, раздражительность 54,9%, различные тики – 9,8%) выявлялись достоверно чаще, а у больных лямблиозом отмечалась более высокая частота аллергических высыпаний (36,8%). У детей с blastocystозом ведущим симптомом заболевания было нарушение стула, что проявлялось в виде периодического жидкого частого стула (36,4%) и сочеталось со значительными нарушениями микробиоценоза кишечника. Боли в животе наблюдались во всех группах детей, но чаще у больных с энтеробиозом.

Таким образом, кишечные паразитозы у детей в значительной степени обуславливают и поддерживают многообразие и выраженность проявлений постдиарейного синдрома, в том числе и со стороны нервной системы, желудочно-кишечного тракта, а также сенсibilизацию организма в виде различных аллергических реакций после перенесенной острой диареи. Результаты исследований показали, что клиническое течение полиморфно и носит неспецифический характер, а преобладание тех или иных симптомов зависит от видового состава паразитов.

### 33. Состояние кишечного микробиоценоза у детей раннего возраста с постдиарейным синдромом и сопутствующим паразитозом

Ибадова Г.А., Набиева Ш.А., Захидова Н.А., Атабекова Ш.Р.  
Ташкентский институт усовершенствования врачей,  
НИИ эпидемиологии, микробиологии и инфекционных  
заболеваний, Ташкент, Узбекистан

Известно, что кишечные паразиты, проникая в организм человека, часто становятся причиной развития дисбаланса естественного микробиоценоза кишечника. Изменения качественного и количественного состава кишечной микрофлоры может быть косвенным диагностическим признаком наличия кишечных паразитозов.

Целью наших исследований явилось изучение состояния кишечной микрофлоры у детей в сроки от 3 до 6 мес после перенесенной острой диареи с сопутствующими кишечными паразитозами.

Материалы и методы. Нами были обследованы 144 больных в возрасте до 3 лет. Из общего числа обследованных детей blastocysty в диагностических титрах были выявлены у 47 (32,6%), лямблии (вегетативные и/или цисты) – у 29 (20,1%), острицы – у 68 (47,2%).

При анализе результатов бактериологического исследования кишечной микрофлоры мы установили, что во всех группах детей отмечалось снижение количества нормальной микрофлоры (коли-, бифидо-, лактобактерий). При сравнительном изучении этих показателей снижение общего количества кишечной палочки с нормальной ферментативной активностью было более выражено у больных с blastocysty (в 48,9±7,3% случаев, чем у детей с лямблиозом – в (24,1±7,9)% и энтеробиозом – (27,9±5,4)% случаев ( $p<0,05$ ). Количество бифидобактерий снижалось в (63,8±7,0)%, (44,8±9,2)% и (57,4±6,0)% случаев, лактобактерий – в (53,2±7,3)%, (34,5±8,8)% и (52,9±6,1)% случаев соответственно. В 35 случаях (24,3% от общего числа больных) отмечалось увеличение роста условно патогенной микрофлоры: лактозонегативной *E. coli* – в 29 (20,1%) случаях, гемолизирующей кишечной палочки – в 4 (2,7%), протей – в 12 (8,3%) и в 21 (14,6%) случае – золотистого стафилококка. При анализе частоты выявления условно патогенной флоры в сравниваемых группах больных значимых различий не отмечено. Также выявлено увеличение роста грибов рода *Candida* в 46,8%, 48,3% и 36,8% случаев соответственно, которое было более высоким в группе больных с лямблиозом.

Выводы. Таким образом, у детей с постдиарейным синдромом с сопутствующими паразитозами отмечается дисбаланс кишечного микробиоценоза, что проявлялось снижением количества нормальной микрофлоры и увеличением условно патогенной микрофлоры. Выявление этих изменений у детей служит показателем для углубленного обследования на кишечные паразитозы.

### 34. Всегда ли состояние желудка внушает опасения при распространенном атеросклерозе?

Иванов М.А., Зайцев В.В.  
СЗГМУ им. И.И. Мечникова, Россия

Цель исследования: выявить обстоятельства, влияющие на состояние слизистой желудка у больных распространенным атеросклерозом.

Материал и методы. В основу работы легли наблюдения над 114 пациентами, оперированными по поводу атеросклеротического поражения аорты и ее ветвей. В ходе обследования анализировалась степень выраженности ишемических изменений, изучался лодыжечно-плечевой индекс (ЛПИ), выполнялась эзофагогастроскопия с выявлением пилорического хеликобактера. Анализу подвергались основные причины изменений слизистой желудка (эрозивно-язвенные гастропатии – ЭЯГ) с отбором наиболее значимых для поражения эпителия влияний.

Результаты. Исследование причин ЭЯГ показало, что имеется безусловная взаимосвязь между наличием язвы в анамнезе и гастропатией ( $p<0,00002$ ). Пилорический хеликобактер определял особенности течения гастрита, а также возникновение язв ( $p<0,000002$ ). Тяжесть состояния пациентов (оценка по ASA) влияла на развитие ЭЯГ ( $p=0,007$ ). Изменения слизистой желудка связаны со степенью выраженности ишемии (ЛПИ<0,4;  $p=0,005$ ).

Исследование частоты послеоперационных осложнений, обусловленных ЭЯГ, продемонстрировало увеличение риска желудочных кровотечений при продолжительности операции более 3 часов, а также в случае эрозивно-язвенных изменений желудка ( $p<0,0002$ ). Использование адекватной терапии блокаторами протонной помпы в периоперационном периоде положительно сказалось на частоте осложнений после операции ( $p=0,001$ ).

Выводы. Из наиболее значимых причин, способствующих послеоперационным осложнениям, следует выделить обсеменение пилорическим хеликобактером, язвенный анамнез, тяжелое состояние больных, продолжительность вмешательства более 3 часов.

### 35. Влияние кислородных минеральных вод и фитотерапии на гормональную регуляцию метаболических процессов (однократные исследования)

Иванчук М.Ю., Леончук А.Л., Чалая Е.Н., Елизаров А.Н., Естенкова М.Г.

Пятигорский государственный НИИ курортологии ФМБА России, e-mail: orgotdel@gniik.ru

Цель исследования: оценить эффективность комплексного применения минеральных вод и фитокомпозиций при артериальной гипертензии (АГ) в сочетании с метаболическими нарушениями (однократные исследования).

Материал и методы. Проведены однократные исследования (клинические, биохимические, гормональные) у 40 больных АГ (средний возраст 49,6±4,1) года).

В первой серии исследований больные получали питьевую слабоминерализованную минеральную воду в количестве 3–3,5 мл/кг массы тела за 30–40 минут до еды, 3 раза в день, в теплом виде; нарзанные ванны (НВ) с температурой воды 36–37°C, экспозицией 12–15 минут, через день, № 10 на курс лечения; через 20–30 минут после приема ванн пациенты получали 200,0 мл настоя из травы пустырника, ягод боярышника и шиповника, листьев перечной мяты, взятых в равных пропорциях.

Во второй серии исследований больные получали НВ с фитоотваром из пустырника, душицы, шалфея, листьев красной свеклы, жема винограда в равных пропорциях.

Результаты и обсуждение. Как и предполагалось, внутренний прием минеральной воды в сочетании с фитонастоем несколько повысил эффективность воздействия на основные патогенетические звенья метаболических нарушений при артериальной гипертензии. При этом, во-первых, немного усилился эффект, присущий самой минеральной воде, во-вторых, существенно расширился спектр благоприятных изменений. Введение в минеральную ванну фитоотвара также способствовало интенсификации восстановительных процессов в различных функциональных системах. Быстро и весьма значительно уменьшались параметры артериального давления (в среднем на 10,5%), с первых минут уменьшались исходно повышенная базальная секреция инсулина и кортизола, альдостерона и концентрация натрия и калия. Достоверно уменьшалась концентрация в крови общего холестерина и триглицеридов, соответственно на 10,3% и 19,6%; на 18,6% уменьшалось содержание в крови малонового диальдегида при возрастании активности каталазы.

Вывод. Полученные данные однозначно свидетельствуют, что фитотерапия в комплексе с минеральными водами повышает эффективность лечения как за счет увеличения степени благоприятных изменений, так и за счет расширения сферы воздействия.

### 36. Соотношение некроза, апоптоза и репарации гепатоцитов при инфекциях различной этиологии у новорожденных

Извекова И.Я., Иванов Г.Я., Михайленко М.А.

Муниципальная детская клиническая больница № 3,  
Новосибирский ГМУ, Россия, e-mail: izvekova@inbox.ru

Цель исследования: изучение морфологических и функциональных особенностей поражения печени в зависимости от этиологии инфекций перинатального периода.

Материал и методы. Исследовали секционный материал 45 умерших детей: выявляли ДНК и РНК возбудителей ВУИ в пе-

чени, провели анализ цитолиза гепатоцитов в сопоставлении с морфометрическими исследованиями их некроза, дистрофии и репарации (по плотности двухъядерных гепатоцитов), и экспрессией маркеров апоптоза и репарации (p53, p57, bcl2, Ki67, СК19). **Результаты.** Течение инфекций у погибших новорожденных сопряжено с поражением деструктивными процессами от 70 до 98% гепатоцитов; общий объем альтерации-деструкции достоверно больший при бактериальных и бактериально-грибковых инфекциях (БИ, БГИ), чем при тех же инфекциях, ассоциированных с ВУИ (АВУИ). Выраженность компенсаторных реакций обратно пропорциональна объему некрозов без четкого соответствия между некрозом + дистрофией и репаративной активностью гепатоцитов. Максимальные объемы некрозов и цитолиз выявлены при моно-БИ, в соотношении p53/bcl2 при этом преобладала экспрессия bcl2. На фоне АВУИ уменьшена выраженность деструкции и цитолиза в сочетании изменением соотношения p53/bcl2 в сторону индукции апоптоза. Экспрессия Ki67 максимальна при моно-БИ (14,45±1,1) и снижена при БГИ (3,69±0,55), но достигает минимальных значений при АВУИ (2,89±0,22). В гепатоцитах пациента с максимальным подавлением репаративных процессов выявлена экспрессия цитокератина (СК19), что отражает, видимо, вовлечение стволовых клеток в активацию пролиферации.

**Выводы.** Соотношение между некрозом, апоптозом и репарацией гепатоцитов при инфекциях новорожденных детерминировано этиологией инфекции.

## К

### 37. Минеральные воды Теберды в курортном лечении больных с мультиорганный патологией

Кайсинова А.С., Болатчиев А.Х., Байчорова Л.Х., Гербекова Д.Ю.  
Пятигорский государственный НИИ курортологии ФМБА России, e-mail: orgotdel@gniik.ru

**Цель исследования:** изучить влияние среднеминерализованной воды курорта «Теберда» при сочетанной патологии кардиореспираторной и пищеварительной системы.

**Материал и методы.** Проведены наблюдения 100 больных ИБС (стабильной стенокардией напряжения ФК1-2) в сочетании с хроническим обструктивным бронхитом в фазе ремиссии с легочно-сердечной недостаточностью не выше I ст. В сравнительном аспекте изучены 2 лечебных комплекса (ЛК). В 1 ЛК (50 чел., контроль) больные на фоне базовой медикаментозной терапии получали традиционное для курорта Теберда лечение: щадящий двигательный режим, диетическое питание, терренкур по маршруту № 1. Во 2 ЛК (50 чел., основная группа) дополнительно назначалось бальнеолечение: питьевая слабоуглекислая среднеминерализованная борная, кремнистая, железистая, хлоридно-гидрокарбонатная натриевая минеральная вода (МВ) в количестве 3-3,5 мл/кг массы тела, за 30 минут до еды, 3 раза в день, в теплом виде и минеральные ванны из этой же МВ с температурой воды 36°C, экспозицией 12-15 минут, через день, № 10 на курс лечения.

**Результаты и обсуждение.** Анализ эффективности курортного лечения показал, что такое назначение лечебных факторов оказывает позитивное действие на сердечно-сосудистую и бронхолегочную системы, способствует улучшению метаболических процессов в миокарде, нормализации спирографических показателей, бронхиальной проходимости и тем самым улучшению состояния дыхательной и сердечно-сосудистой систем, позволяет улучшить качество жизни данной категории больных. Общая эффективность при применении 2 ЛК оказалась выше на 18,7% по отношению к 1 ЛК, где не применялось бальнеолечение.

**Вывод.** Выявленное благоприятное действие среднеминерализованных минеральных вод курорта «Теберда» на регуляцию и метаболизм органов кардио-респираторной и пищеварительной системы, состояние системы гемостаза, функцию внешнего дыхания служит обоснованием для включения их в современные технологии немедикаментозного лечения при мультиорганный патологии.

### 38. Системная магнитотерапия в комплексе курортного лечения при сочетанной патологии

Кайсинова А.С., Демченко А.П., Синьков В.А., Джюева А.С.  
Пятигорский государственный НИИ курортологии ФМБА России, e-mail: orgotdel@gniik.ru

Системная магнитотерапия (МТ) позволяет одновременно воздействовать на все системы организма, в том числе нервную, эндокринную, сердечно-сосудистую и лимфатическую, а также на обмен веществ и окислительно-восстановительные процессы и др., что обуславливает ее применение при сочетанной патологии. **Цель исследования:** повысить эффективность восстановительного лечения больных с сочетанной кардиоэндокринной патологией путем комплексного применения лечебных курортных факторов и вращающегося магнитного поля.

**Материал и методы.** Проведены наблюдения 80 больных ИБС в сочетании с сахарным диабетом 2 типа (средний возраст (46,8±5,3) года).

В сравнительном аспекте проведены исследования в 2 группах больных: 1-я (30 чел., контроль) получала внутренний прием минеральной воды Эссентуки-Новая по 200,0-250,0 мл (из расчета 3,0-3,5 мл/кг массы тела), 3 раза в день, за 45 минут до еды и углекислые минеральные ванны при температуре воды 36-37°C, через день, продолжительностью 12-15 минут, на курс лечения 8 процедур. 2-я группа больных (30 чел., основная) дополнительно получала МТ (перемещающееся в пространстве вращающееся магнитное поле от магнитотерапевтического комплекса «Алма» в прямом циклическом режиме), начиная с 6-8 циклов до 12-16 циклов, курс лечения 10-12 процедур.

**Результаты исследования** показали преимущество комплексного применения перемещающегося в пространстве вращающегося магнитного поля и природных лечебных факторов Эссентукского курорта. Улучшение показателей липидного, углеводного обмена, функционального состояния системы гомеостаза, антиоксидантной активности, психоэмоционального статуса у больных 2-й группы было выше на 18-20% по сравнению с 1-й группой ( $p_{1,2} < 0,05$ ).

**Выводы.** Впервые научно обосновано применение перемещающегося в пространстве вращающегося магнитного поля от магнитотерапевтического комплекса «Алма» в общем комплексе курортной терапии ИБС в сочетании с сахарным диабетом 2 типа.

### 39. Бальнеопелоидотерапия при гастродуоденальной патологии в сочетании с заболеваниями пародонта

Кайсинова А.С., Кочиева Д.П.  
Пятигорский государственный НИИ курортологии ФМБА России, e-mail: orgotdel@gniik.ru, ООО «Дента», Владикавказ, Россия

Сочетанное поражение гастродуоденальной слизистой оболочки и пародонта существенноотягощает общее состояние больных, отрицательно отражается на качестве их жизни. Многофакторность данных заболеваний диктует необходимость поиска новых технологий коррекции нарушений гормональной регуляции, гуморального и клеточного иммунитета, дисбаланса липидного обмена и процессов свободнорадикального окисления.

**Цель исследования.** Изучить эффективность пелоидотерапии при хроническом гастродуодените, ассоциированном с хеликобактериозом, в сочетании с пародонтитом.

**Материалы и методы.** Проведены наблюдения 60 больных хроническим гастродуоденитом. У всех пациентов диагностирован хронический генерализованный пародонтит в фазе неполной ремиссии.

С целью определения эффективности применения гомеопатических препаратов из Тамбуканской грязи в общем комплексе восстановительной терапии больные были разделены на 2 группы, одна из которых (30 чел., контроль) получала стандартную противоязвенную медикаментозную терапию, линкомицин 1,0 г парадентально № 10, ультрафонофорез масляного раствора пелоидов области верхней и нижней челюстей интенсивностью 0,2 Вт/см<sup>2</sup>, продолжительностью 10 мин, на курс № 10 процедур; другая группа (20 чел., основная) дополнительно получала го-

меопатические препараты из иловой сульфидной грязи озера Тамбукан (гомеопатическая смесь масляного экстракта и эссенции пелоидов в соотношении 2:1) по 1 десертной ложке 3 раза в день за 30 минут до еды.

**Результаты.** После проведенного комплексного восстановительного лечения у 91,9% больных наблюдалась положительная динамика основных клинических и параклинических показателей, характеризующих общее самочувствие, состояние гастродуоденальной слизистой оболочки и тканей пародонта ( $r=+0,71$ ;  $p<0,001$ ). Достоверное увеличение показателей общего и психологического здоровья по данным шкалы MOS-SF-36 отмечалось в основной группе в 1,6 раза чаще.

**Вывод.** Таким образом, результаты проведенных наблюдений свидетельствуют, что включение в комплекс лечения больных с гастродуоденальной патологией в сочетании с пародонтитом бальнеогомеопатических препаратов в 1,4 раза эффективнее традиционных методов лечения.

#### 40. Этиология хронического гастродуоденита (ХГД) у детей и подростков

Калинина Е.Ю., Крулевский В.А., Новикова В.П., Цех О.М. СЗГМУ им. И.И. Мечникова, СПбГПМА, Россия

**Цель исследования:** изучить этиопатогенетическую гетерогенность хронического гастродуоденита у детей и подростков.

**Материалы и методы.** Обследованы 120 детей в возрасте от 6 до 17 лет. Всем проведена ФГДС с биопсией тела и антрального отдела желудка, двенадцатиперстной кишки (ДПК). Проводилось морфологическое, морфометрическое и иммуногистохимическое исследование биоптатов слизистой оболочки желудка и ДПК для выявления антигенов вируса Эпштейна-Барр (ВЭБ) АВС-методом с помощью моноклональных антител к латентному мембранному протеину ВЭБ производства Novocastra. Для диагностики лямблиоза использовали трехкратную микроскопиюкала, выявление антигенов лямблий в кале методом ПЦР. Диагностика целиакии проводилась комплексом методов (гистологическое исследование, уровень антиглиадиновых антител, антител к тканевой трансглутаминазе, генотипирование). Диагностика НР-инфекции комплексная: дыхательный уреазный тест, хелп-тест, серологический тест.

**Результаты.** Выявлена высокая частота хеликобактериоза – 105 детей (87,5%). ВЭБ инфекция наблюдалась у 61 ребенка (51%), лямблиоз – у 40 (33,3%). Латентная целиакия выявлена у 26 детей (21,8%), причем только у 1 ребенка без сопутствующих инфекций. Моноинфекция выявлена у 31 ребенка (25,8%): у 23 (74%) – хеликобактериоз, у 5 (16%) – лямблиоз, у 2 (6,5%) – ВЭБ. У остальных отмечалась смешанная этиология ХГД с участием двух или трех агентов. У 5 детей (4,2%) этиологию заболевания установить не удалось.

**Заключение.** Этиология ХГД гетерогенна. При ХГД высока частота хронических инфекций и паразитарных инвазий. Не исключена роль этих инфекционных агентов в генезе латентной целиакии, встречающейся при ХГД в 21,8% случаев.

#### 41. Нарушение кишечного микробиоценоза у больных с неалкогольной жировой болезнью печени

Каримов М.М., Собинова Г.Н., Салихова С.Б. Республиканский специализированный научно-практический центр терапии, Ташкент, Узбекистан

**Цель исследования:** оценка состояния микробиоценоза толстой кишки у больных с неалкогольной жировой болезнью печени (НАЖБП).

**Материал и методы.** Обследованы 20 больных (8 (40%) мужчин и 12 (60%) женщин) с диагнозом НАЖБП, из них 8 – со стеатогепатозом (СГ) и 12 – с неалкогольным стеатогепатитом (НАСГ). Возраст обследованных находился в пределах от 18 до 53 лет, средний возраст составил  $(34,5 \pm 0,6)$  года. Проводились клинические и бактериологические исследования.

**Результаты.** Нарушения кишечного микробиоценоза (за исключением 4-й степени) выявлялись у всех обследованных больных НАЖБП. При этом дисбактериоз 1-й степени диагностировался у

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

**Выводы.** Выявлено, что нарушения толстокишечной микрофлоры у больных с НАЖБП коррелировали с тяжестью клинического течения заболевания.

#### 42. Пробиотики как компонент эрадикационной терапии язвенной болезни

Каримов М.М., Якубов А.А., Саатов З.З. Республиканский специализированный научно-практический центр терапии, Ташкент, Узбекистан, e-mail: mirvasit61@rambler.ru

**Цель исследования:** оценка результатов эрадикационной терапии язвенной болезни при комбинации стандартной «тройной» схемы лечения в комбинации с пробиотиками.

Обследованы 40 пациентов с ЯБДПК в фазе обострения, разделенные на две группы. Пациентам первой группы назначали стандартную «тройную» терапию: с омепразол по 40 мг в сутки, амоксициллин по 2,0 г в сутки, кларитромицин по 1,0 г в сутки в течение 10 дней. Второй группе на фоне аналогичной терапии дополнительно назначали пробиотический комплекс бифидо- и лактобактерий по  $4,5 \cdot 10^9$  КОЕ в течение 2 недель. Пациентам проводили ЭГДФС, pH-метрию желудка («АГМ-03», Исток-система), определение  $H. pylori$  неинвазивным дыхательным Хелик-тестом (АМА, Санкт-Петербург) и инвазивным СЛО-тестом, изучали содержание секреторного иммуноглобулина А (sIg A) в желудочном соке.

В результате терапии в обеих группах болевой синдром был полностью купирован на 10-й день лечения у 100% пациентов. Симптомы желудочной диспепсии в первой группе купировались у 75% пациентов на 10-й день лечения, тогда как во второй группе это составило 95%. У 40% пациентов первой группы на 5-й день лечения появились симптомы кишечной диспепсии в виде легкой диареи, тогда как во второй группе данный симптом отмечался у 1 (5%) пациента. Результаты эрадикационной терапии в первой группе составили 80%, во второй группе – 90%. У больных первой группы отмечено увеличение sIg A в желудочном соке на 52%. Во второй группе отмечался достоверный рост содержания sIg A на 90%.

Таким образом, результаты исследований показали, что включение пробиотика в комплекс терапии больных ЯБДПК повышает эффективность противоязвенного лечения.

#### 43. Фетальный гемоглобин у больных циррозом печени с легочной гипертензией

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

**Цель исследования:** изучить изменения уровня фетального гемоглобина (HbF) – маркера тканевой гипоксии – при циррозе печени (ЦП) в зависимости от наличия легочной гипертензии (ЛГ).

**Материалы и методы.** Концентрацию HbF в крови исследовали у 98 больных ЦП (мужчин 56, женщин 42, возраст от 35 до 60 лет), контрольная группа (КГ) – 30 доноров. Для количественного анализа HbF разработан и запатентован способ ракетного электрофореза в агаровом геле. Использовались моноспецифические

антисыворотки к HbF, полученные самостоятельно на кафедре биохимии АГМА и прошедшие строгий контроль чистоты и специфичности. Всем больным проводилось определение диаметра легочной артерии (ДЛА) и среднего давления в легочной артерии (СрДЛА) с помощью ультразвукового сканера «ALOKA-5500 Prosaund» (Япония).

**Результаты.** Содержание HbF в крови в группе больных ЦП составило в среднем  $(2,98 \pm 0,07)\%$  от общего Hb ( $p < 0,001$  по сравнению с контролем), причем превышение нормальной концентрации HbF имело у 72 пациентов. У 49 больных ЦП отмечены признаки ЛГ, т.е. увеличение ДЛА и СрДЛА выше 25 мм рт. ст., из них в 12 случаях в пределах от 30 до 35 мм рт. ст. В этой подгруппе показатель HbF составил в среднем  $(3,02 \pm 0,03)\%$ . У 49 больных СрДЛА было не более 25 мм рт. ст., а уровень HbF в среднем  $(2,86 \pm 0,01)\%$  от общего Hb. Выявленные различия между сравниваемыми подгруппами были статистически достоверными.

**Заключение.** Увеличение уровня HbF в крови как маркера тканевой гипоксии у взрослых при ЦП связано с наличием ЛГ. Повышение давления в легочной артерии является следствием гемодинамических изменений в малом круге кровообращения при патологии печени. ЛГ может приводить к нарушению оксигенации крови и к развитию тканевой гипоксии. HbF, являясь маркером тканевой гипоксии, способствует лучшей адаптации, чем Hb взрослого организма к хронической гипоксии.

#### 44. Содержание эндотелина-1 и гемодинамические особенности портального кровотока при циррозе печени

Касьянова Т.Р., Левитан Б.Н., Ларина Н.Н., Сальникова О.А., Серина О.В.  
Астраханская ГМА, Россия

**Цель исследования:** установить связь изменений уровня эндотелина-1 (ЭТ-1) у больных циррозом печени (ЦП) с гемодинамическим типом портального кровотока (ПК).

**Материалы и методы.** Уровень ЭТ-1 в плазме крови исследовали методом иммуноферментного анализа с помощью набора Biomedica у 64 больных ЦП, контрольная группа (КГ) – 30 здоровых лиц. Импульсная доплерография и цветное доплеровское картирование сосудов брюшной полости проводились на ультразвуковом сканере «Logic-500» (США) конвексным датчиком 3,5 МГц, у всех больных определялся тип ПК (Левитан Б.Н. и соавт., 2000).

**Результаты.** Анализ средних показателей ЭТ-1 у больных ЦП и КГ выявил его статистически достоверное повышение при ЦП (соответственно  $(1,14 \pm 0,30)$  фмоль/л и  $(0,24 \pm 0,06)$  фмоль/л;  $p = 0,0005$ ). Оценка уровня ЭТ-1 была проведена в зависимости от 5 типов ПК – нормокинетического – 11% больных, гиперкинетического с увеличением линейной скорости кровотока в воротной вене (ВВ) – 12%, гиперкинетического с увеличением диаметра ВВ – 22%, гипокинетического – 38%, псевдонормокинетического – 17%. Наиболее значимый рост ЭТ-1 отмечен у больных в подгруппах с III и V типами ПК, соответственно  $(1,62 \pm 0,30)$  фмоль/л и  $(2,03 \pm 0,40)$  фмоль/л. Данные типы ПК признаны наиболее неблагоприятными в прогностическом плане, они чаще выявлялись у больных ЦП класса C и B по Child-Pugh с выраженными клиническими признаками портальной гипертензии. У больных ЦП с V типом ПК зарегистрировано значительное снижение линейной скорости кровотока в ВВ при существенном увеличении ее диаметра, а также признаки, свидетельствующие об истощении компенсаторных возможностей селезенки.

**Заключение.** Рост уровня ЭТ-1 как маркера эндотелиальной дисфункции, обладающего вазоконстрикторным действием, связан с выраженностью гемодинамических нарушений ПК у больных ЦП, что демонстрирует его важное патогенетическое и диагностическое значение при оценке состояния портального кровотока.

#### 45. Триада: ожирение, артериальная гипертензия и гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь у лиц трудоспособного возраста

Качина А.А., Хлынова О.В., Туев А.В.  
Пермская ГМА им. акад. Е.А. Вагнера, Россия,  
e-mail: olgakhlynova@mail.ru

**Цель исследования:** изучить частоту встречаемости сочетанного течения ожирения, артериальной гипертензии (АГ) и гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (ГЭРБ) у лиц трудоспособного возраста.

**Материалы и методы.** В исследование были включены 124 пациента с ожирением в возрасте от 28 до 65 лет (женщин 65%, мужчин 35%). Все они обследованы на предмет наличия сопутствующих АГ и ГЭРБ с проведением диагностического комплекса согласно МЭС по данным нозологическим формам.

**Обсуждение результатов.** В результате проведенного обследования оказалось, что в 75% случаев среди обследованных была выявлена АГ I стадии (2/3 больных) и II стадии (1/3 больных), при этом степень АГ колебалась от 1 до 3 даже у лиц, получавших гипотензивную терапию. Также в группе наблюдения изжога – как ведущий симптом ГЭРБ – отмечали 40% осмотренных лиц. Проведение ЭФГДС позволило верифицировать диагноз эрозивной формы ГЭРБ у 1/3 больных в этой группе, в 2/3 случаев это были проявления катарального эзофагита или эндоскопически негативной формы ГЭРБ. Гендерной особенностью данной синтропии (ожирение + АГ + ГЭРБ) явился преваленс для мужчин (57%).

**Выводы.** Особенностью ассоциированного течения ряда заболеваний, таких как ожирение, АГ и ГЭРБ необходимо тщательно заниматься, так как частота данной синтропии не вызывает сомнений. Более того, с учетом факторов риска данных нозологий прогнозируем их рост именно у трудоспособного населения.

#### 46. Состояние внутрипеченочной гемодинамики у больных неалкогольной жировой болезнью печени

Керученко А.Л., Ахмедов В.А., Алексеева И.В.,  
Чугулева Э.Б.  
МСЧ № 9, Омск, Россия

**Цель исследования:** оценить состояние внутрипеченочной гемодинамики у больных с неалкогольной жировой болезнью печени (НАДЖБ).

**Материалы и методы.** Под наблюдением находились 80 пациентов с метаболическим синдромом, средний возраст больных составил  $(41,4 \pm 3,8)$  года. Всем больным проводилась доплерография брюшной полости с определением линейной скорости кровотока в воротной и селезеночной венах, диаметров воротной и селезеночной вен в мм, систолической и диастолической скорости кровотока в общей печеночной артерии и селезеночной артерии, пульсационного и резистентного индексов общей печеночной и селезеночной артерии. Также всем больным проводилась эластография печени на аппарате «ФиброСкан» (Echosens, Франция). Оценивались средний, максимальный и минимальный коэффициенты эластичности в кПа.

**Результаты.** Значение систолического артериального давления имело достоверную положительную корреляцию со средним ( $r = 0,337$ ,  $p < 0,05$ ) и максимальным ( $r = 0,419$ ,  $p < 0,05$ ) значениями коэффициента эластичности по данным кратковременной эластографии паренхимы печени, а диастолическое артериальное давление достоверно коррелировало с выраженностью изменений в ткани печени по данным УЗИ ( $r = 0,435$ ,  $p < 0,05$ ), с наличием изменений внутрипеченочных сосудов ( $r = 0,333$ ,  $p < 0,05$ ), со средним ( $r = 0,409$ ,  $p < 0,05$ ) и максимальным ( $r = 0,518$ ,  $p < 0,01$ ) коэффициентами эластичности по данным кратковременной эластографии. Кроме того, были выявлены достоверные положительные корреляции между линейной скоростью кровотока в воротной вене и наличием изменений сосудов по данным УЗИ ( $r = 0,605$ ,  $p < 0,01$ ).

**Вывод.** У больных НАДЖБ отмечается наличие значимых изменений внутрипеченочной гемодинамики.

**47. Особенности выработки цитокинов (ФНО $\alpha$ , ИЛ-2, ИЛ-4) у больных неалкогольной жировой болезнью печени**  
Керученко А.Л., Ахмедов В.А., Генш Е.М., Чернова С.А.  
МСЧ № 9, Омск, Россия

**Цель исследования:** оценить характер выработки провоспалительного (ФНО $\alpha$ ) и противовоспалительных (ИЛ-2, ИЛ-4) цитокинов у больных с неалкогольной жировой болезнью печени (НАДЖБ).

**Материалы исследования.** Были обследованы 80 больных с НАДЖБ. Средний возраст обследованных составил (41,42 $\pm$ 3,82) года. Всем пациентам при поступлении в стационар проводилось исследование иммуноферментным методом уровня ФНО $\alpha$ , ИЛ-2 и ИЛ-4 в сыворотке крови. Для исключения влияния на цитокиновые показатели сопутствующей патологии в исследование включались пациенты, находящиеся в стадии ремиссии по сопутствующим заболеваниям. Группу сравнения составили 20 здоровых лиц, сопоставимых по полу и возрасту. Исследование проводилось на тест-системах производства Вектор-Бест (Кольцово).

**Результаты исследования.** При оценке показателей ФНО $\alpha$  было отмечено статистически значимое повышение активности данного цитокина у больных НАДЖБ до (42,7 $\pm$ 0,8) пг/мл в сравнении с показателями группы сравнения (2,30 $\pm$ 0,34) пг/мл ( $p$ <0,001). Также выявлялась достоверная корреляция средней силы между повышением уровня ФНО $\alpha$  и показателем ГГТП ( $r$ =0,421,  $p$ <0,05). При оценке выработки противовоспалительного цитокина ИЛ-2 было отмечено статистически значимое снижение его активности у пациентов до (1,2 $\pm$ 0,7) пг/мл относительно показателя группы сравнения – (7,8 $\pm$ 0,7) пг/мл ( $p$ <0,01). Аналогичная тенденция прослеживалась и при оценке показателей ИЛ-4 – статистически значимое снижение его активности у пациентов до (0,01 $\pm$ 0,34) пг/мл в сравнении с показателем группы сравнения – (2,9 $\pm$ 0,57) пг/мл ( $p$ <0,05).

**Выводы.** 1. У пациентов с НАДЖБ отмечается выраженное усиление активности провоспалительного цитокина ФНО $\alpha$ , сопровождающееся активацией маркера холестаза – ГГТП. 2. Особенностью выработки противовоспалительных цитокинов (ИЛ-2 и ИЛ-4) является выраженное снижение их активности при НАДЖБ в сравнении со здоровыми лицами.

**48. Оценка рациона № 1 ЛПП и его вклада в фактическое питание лиц, получающих лечебно-профилактическое питание при работе с источниками ионизирующего излучения**  
Кобелькова И.В.

Головной центр гигиены и эпидемиологии Федерального медико-биологического агентства России, Москва, Россия

**Цель исследования:** изучить фактическое питание, в том числе лечебно-профилактическое (ЛПП), лиц, работающих с источниками ионизирующего излучения (ИИИ) для анализа адекватности рациона № 1 ЛПП современным позициям нутрициологии, а также взаимосвязи питания и состояния здоровья этого контингента работников.

**Материалы и методы.** Оценка фактического питания проводилась у 158 лиц, работающих с ИИИ на трех предприятиях. Питание изучали с использованием компьютерной программы «Частотный анализ», версия 1.2.4 ГУ НИИ питания РАМН. Основные показатели здоровья работников изучались на основании специального опроса и осмотра. Статистическая обработка и анализ данных проводились в статистической программе SPSS14.

**Результаты.** Рацион № 1 характеризуется высокой калорийностью – 1380 ккал, содержанием общего жира (33%) и белка животного происхождения (17% от калорийности рациона). По составу продуктов – избыточным содержанием мяса и субпродуктов (печени), сливочного масла, яиц, сахара, картофеля, невысоким содержанием рыбы и морепродуктов, растительных жиров, фруктов, отсутствием свежей зелени. Подобный набор продуктов является основным поставщиком насыщенных жирных кислот и легкоусвояемых углеводов в питание этой группы «профессионалов». В целом питание большинства обследованных также не соответствует современным представлениям об оптимальном питании и

характеризуется высоким потреблением жира и доли в нем НЖК, простых углеводов при недостатке полиненасыщенных жирных кислот семейства  $\omega$ -3- и  $\omega$ -6, кальция, пищевых волокон, витаминов группы В, витамина РР, микронутриентов-антиоксидантов. Оценка пищевого статуса выявила распространенность избыточной массы тела у 70% лиц старше 40 лет, в том числе у 28% – с ожирением. Избыточное потребление жирового компонента, в том числе насыщенных жирных кислот (НЖК), явилось фактором риска увеличения заболеваемости органов пищеварения и эндокринной системы, сердечно-сосудистыми заболеваниями.

**Выводы.** В настоящее время требуется коррекция рациона № 1 лечебно-профилактического питания лиц, работающих с ИИИ, в сторону снижения энергетической ценности и оптимизации набора продуктов. Нами разработаны 2 варианта нового типового примерного 10-дневного меню с учетом выявленных диспропорций.

**49. Лямблиоз сегодня. Правда и вымысел**

Козлов С.С.

Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова, Санкт-Петербург, Россия

**Цель исследования:** изучить клинические проявления и эффективность паразитологической диагностики лямблиоза в различных возрастных группах.

**Материал и методы:** 27 пациентов с предварительным диагнозом «лямблиоз», из них 16 человек взрослых и 11 детей в возрасте от 1,5 месяцев до 14 лет. На момент обращения к паразитологу всем этим пациентам по месту жительства врачом был установлен диагноз «лямблиоз» на основании положительных паразитологических (12 чел. – 44,4%), молекулярно-биологических (6 чел. – 22,2%) и серологических (9 чел. – 33,4%) методов обследования. При этом у всех пациентов отсутствовали признаки манифестного лямблиоза. Изучение данных анамнеза позволило установить, что ранее 22 пациента (81,5%) уже принимали паротивопаразитарные препараты для лечения лямблиоза, однако после проведенной терапии лабораторные исследования вновь «подтверждали» у них наличие лямблий (на основании серологических тестов, методов ПЦР и копроскопии), что служило поводом для проведения повторной противопаразитарной терапии. Трехкратное паразитологическое обследование этих лиц в специализированной паразитологической лаборатории с использованием седиментационного метода позволило обнаружить цисты лямблий только у двух пациентов, которые пришли на прием первый раз. У всех остальных лиц патогенные простейшие и яйца гельминтов не обнаруживались. Вместе с тем, практически у всех обследованных (25 чел. – 92,6%) в испражнениях выявлялось избыточное содержание грибов, у 12 чел. (44,4%) обнаруживались бластоцисты, у 3 (11,1%) – цисты кишечной амебы. Таким образом, в клинической практике сохраняется высокая частота ошибочного установления диагноза «лямблиоз», который основывается только на лабораторных данных без учета анамнеза, особенностей эпидемиологического процесса и клинической картины заболевания.

**50. Эхо- и электрокардиографические признаки изменения работы сердца у больных с вирусным гепатитом и циррозом печени**

Коньшева А.А.

МГУ им. М.В. Ломоносова (ФФМ), Москва, Россия,

e-mail: alexgrebenkina@yandex.ru

**Цель исследования:** оценка функциональных изменений сердца у пациентов с вирусными гепатитами и циррозами печени.

**Материалы и методы.** В исследование были включены 120 пациентов, наблюдавшихся в клинике им. Е.М. Тареева, из них 60 пациентов с вирусными гепатитами (1-я группа) и 60 пациентов с вирусными циррозами (2-я группа). Всем больным проводилось стандартное клиничко-лабораторное обследование, включающее в себя сбор анамнеза, физическое исследование; биохимический анализ крови; вирусологический анализ крови; ЭКГ; УЗИ органов брюшной полости; ЭХО-КГ.

**Результаты.** Удлинение интервала QT зафиксировано у 6,6% пациентов на стадии гепатита и у 25% на стадии ЦП, причем отмечалось прогрессивное увеличение доли пациентов по мере ухудшения печеночной функции (в группе пациентов с ЦП класс А по Child-Pugh 19,4%, В – 42%, С – 60%. Также было показано статистически значимое отличие при определении размеров левого предсердия, в 1-й группе – (3,2±0,5), во 2-й – (3,7±0,7),  $p < 0,05$ , остальные камеры сердца в группах не отличались. В то же время было выявлено, что у пациентов во 2-й группе толщина миокарда больше, чем в 1-й (ТМЖП составила (0,91±0,13) см и (0,99±0,09) см соответственно ( $p < 0,05$ ). При наличии ЦП выявлено более значимое ухудшение диастолической функции левого желудочка: показатель E/A в 1-й группе составил (1,3±0,4), во 2-й – (0,94±0,27),  $p < 0,05$ .

**Выводы.** Таким образом, можно говорить об изменениях структурно-функциональных особенностей сердечно-сосудистой системы по мере прогрессирования печеночного процесса, что проявляется удлинением интервала QT, увеличением ЛП и толщины ТМЖП, ухудшением диастолической функции миокарда левого желудочка.

### 51. Дисбиоз различных биотопов и его коррекция при бронхиальной астме

Корвяков С.А.

РНИМУ им. Н.И. Пирогова, ЦКБ РАН, Москва, Россия

**Цель работы:** оценить влияние микрофлоры (МФ) дыхательных путей и кишечника на течение бронхиальной астмы (БА).

**Материалы:** 178 больных БА, в том числе 74,5% с тяжелым и среднетяжелым течением.

**Результаты.** Нарушения МФ зева не коррелировали с характером течения БА (25 исследований). В мокроте (78 исследований) у больных с торпидным течением БА, в отличие от контролируемой астмы, патогенная и условно патогенная МФ обнаружена во всех случаях, в том числе у 85% – в ассоциациях с грибами. Этиотропное лечение в 82% позволило добиться контроля над течением БА.

МФ кишечника изучена у 75 больных БА, получавших стандартную терапию заболевания. У 71 обнаружены нарушения: дисбиоз I-II ст. – у 49 больных, III ст. – у 26, (34,7±5,5)%. Степень дисбиоза коррелировала с тяжестью БА. Проведена коррекция МФ. По окончании приема пробиотиков 27 больных, преимущественно с тяжелым течением БА, наблюдались в течение 1 года. По окончании коррекции наблюдалось улучшение состояния кишечной МФ, у 8 пациентов – нормализация. Клиническое наблюдение за течением БА на фоне коррекции МФ, при необходимости – повторными курсами, показало улучшение у 21 (77,8±8,0)%, отсутствие динамики – у 5 больных. Удалось добиться контроля над БА с отсутствием приступов удушья у 13 пациентов, уменьшить частоту приступов – у 8. У всех больных с положительной динамикой также наблюдалось уменьшение или исчезновение одышки и кашля, улучшение самочувствия, эмоционального восприятия своего заболевания, переносимости физической нагрузки. В некоторых случаях стало возможным снижение дозы (5) и даже отмена (1) системных ГКС, прежде принимаемых постоянно.

**Заключение.** После коррекции МФ отмечена благоприятная динамика клинических проявлений БА, что объясняется снижением сенсибилизации, а также влиянием бифидо- и лактобактерий на состояние местного и общего иммунитета, ферментацию пищевых антигенов и детоксикацию.

### 52. Микрофлора полости рта при дисбиозе кишечника в пожилом возрасте

Корвякова Е.Р.

ЦКБ РАН, Москва, Россия

В поддержании гомеостатического равновесия играют роль микроорганизмы разных биотопов, в том числе ротовой полости. Дисбиоз полости рта обнаружен нами у 8% пациентов с дисбиозом кишечника (ДК), наиболее часто – у пожилых.

Под наблюдением находились 40 больных стоматитом (и/или глосситом) в сочетании с ДК. Средний возраст составил 70,5 го-

да. У всех больных неблагоприятный гастроэнтерологический анамнез: СРК в 100% случаев, в том числе с ДК II ст. у 16, III ст. – у 24. Сахарным диабетом (СД) страдали 18 больных. Проявления дисбиоза полости рта (стоматит, глоссит) возникли после антибиотикотерапии бронхита или пневмонии. Выделены: *S.aureus*, *S.pyogenes*, *S.faecalis*, *Leptotrix*, *E.coli* и другие энтеробактерии, а также грибы *Candida*. У каждого пациента обнаруживалось не менее двух видов микроорганизмов, чаще – грибы в сочетании с лептотрихиями или кокками. У больных старше 70 лет они сочетались с наиболее патогенными бактериями – золотистым стафилококком, пиогенным стрептококком, протеем. У (37,5±7,7)% пациентов видовой состав УПМ ротовой полости и кишечника был близким.

В лечении без эффекта использованы фузафунгин, антисептики, поливалентный бактериофаг. Клинически значимый результат получен при местной коррекции иммунодомом (I гр.: 22 чел.) или лактобактерином (II гр.: 18 чел.) в течение 10 дней; при кандидозе – с добавлением полосканий 3% содовым раствором не менее 6 раз в день. Улучшение отмечено в I гр. через (4,1±0,5) дня, во II гр. – через (5,9±0,5) дня ( $p < 0,01$ ); репаративные процессы длились дольше, особенно при СД. Бактериологический контроль через неделю после лечения подтвердил санацию; у отдельных больных (соответственно: 2 и 4) продолжалось выделение грибов, что потребовало пролонгации полосканий на 10-14 дней. Микробный пейзаж кишечника имел тенденцию к улучшению за счет подавления УПМ.

Результаты исследований позволяют составить более полное представление о дисбиозе, гомеостазе и саногенезе ЖКТ в целом.

### 53. Влияние минорных сахаров на иммунную систему мышей с экспериментальным дисбиозом кишечника

Корнеева О.С., Черемушкина И.В.

Воронежская государственная технологическая академия, Россия, e-mail: ospp@vgt.vrn.ru

**Цель исследования:** изучить влияние пребиотической терапии на иммунологические показатели и структуру иммуноглобулинов у опытных животных.

**Материалы и методы.** Белым беспородным мышам с дисбиозом кишечника перорально вводили маннозу и манноолигосахариды. Контролем служили интактные мыши. Для изучения факторов неспецифического иммунитета определяли уровни цитокинов в сыворотке крови животных, уровень фактора некроза опухоли TNF- $\alpha$ , фагоцитарную активность нейтрофилов и макрофагов. Изучение влияния минорных сахаров на синтез иммуноглобулинов проводили по разработанной схеме масс-спектрометрического анализа гликанов основных классов иммуноглобулинов.

**Результаты.** Пероральное введение маннозы и манноолигосахаридов оказывало стимулирующее действие на функциональную активность макрофагов, усиливая поглотительную и переваривающую способность клеток. Коррекция дисбиоза выбранными препаратами способствовала уменьшению воспалительной защитной реакции макроорганизма посредством стимулирования выработки регуляторного цитокина IL-10. Установлено достоверное повышение активности нейтрофилов при экспериментальном дисбиозе относительно интактных животных. Введение в рацион минорных пребиотических препаратов индуцировало экспрессию про- и противовоспалительных цитокинов. Проведенные исследования иммуноглобулинов, синтезируемых при различном углеводном питании, позволило установить, что качественный состав структур иммуноглобулинов существенно меняется после применения маннозной диеты.

**Заключение.** Принимая во внимание все полученные данные, можно утверждать, что эффективная добавка маннозы и манноолигосахаридов является предпосылкой восстановления биохимических процессов в организме и улучшения его иммунного статуса.

**54. Изменение гематологических показателей мышей под действием экстракта *F. hepatica***

Красникова Е.В.

Пермская ГСХА, Россия, e-mail: viki-eva1002@mail.ru

**Цель исследования.** Наличие гельминтов сказывается на нормах крови. Цель нашего исследования – определение гематологических изменений при фасциолозе.

**Материалы и методы.** Экстракт *F. hepatica* однократно внутрибрюшинно вводили белым мышам массой 18-20 г в дозе 100 мкг белка. Убой мышей проводили через 4, 12, 24, 48, 72 часа методом цервикальной дислокации. Собирали кровь в количестве 200 мкл в одноразовые пластиковые пробирки с ЭДТА-К2 и исследовали на автоматическом анализаторе Abacus junior vet. Также готовили мазки крови и окрашивали по Романовскому.

**Результаты.** Общее состояние животных оставалось удовлетворительным на протяжении всего периода эксперимента.

В лейкограмме через 12 часов повысилось количество палочкоядерных нейтрофилов в 2,4 раза, а через 24 часа увеличилось количество сегментоядерных нейтрофилов в 1,4 раза по сравнению с количеством эозинофилов, через 48 часов увеличилось в 3,1 по сравнению с контролем. Также были обнаружены такие патологии, как двухядерные лимфоциты и бластные формы. При исследовании на автоматическом гематологическом анализаторе уменьшение количества лейкоцитов отмечали через 4, 12, 48 часов и повышение количества лейкоцитов в 1,5 раза – через 72 часа. Количество средних клеток оказалось в 3 раза выше контроля через 4 часа и в 2 раза выше через 48 часов. Количество нейтрофилов на 8% ниже через 12, 48 часов, а через 24 часа выше на 4,7%.

**Выводы.** Таким образом, на фоне общего незначительного снижения количества лейкоцитов под действием экстракта *F. hepatica* наблюдается увеличение количества лимфоцитов и эозинофилов, что свидетельствует об активации иммунных процессов и аллергизации организма.

**55. Результаты применения активной хирургической тактики лечения спонтанного разрыва пищевода (СРП)**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 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 эмпиемой плевры (у 4 – двусторонней). При первичной госпитализации СРП был выявлен в течение первых суток только у двух больных, а в остальных случаях прошло от 3 до 23 суток от момента разрыва. 6 больным при поступлении в МОНИКИ произведено ушивание разрыва пищевода, который чаще всего располагался на левой задне-боковой стенке наддиафрагмального сегмента. После интенсивного консервативного лечения, антибактериальной терапии, стабилизации общего состояния больного все больные были оперированы. Операция производилась у 1 больного из торакотомного доступа, у 4 – из лапаротомного и у 1 – из двух 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 первые сутки. После адекватной подготовки

выполнение ушивания пищевода возможно вне зависимости от его давности. Операция Ниссена является надежным способом профилактики несостоятельности швов при СРП.

**56. Экспрессия Ki-67 при хроническом гастрите (ХГ) у пациентов с ВЭБ-инфекцией**

Крулевский В.А., Петровский А.Н., Аничков Н.М., Новикова В.П.

СЗГМУ им. И.И. Мечникова, СПбГПМА, Россия

**Цель исследования:** оценить пролиферативную активность эпителиоцитов желудка при ХГ у пациентов с ВЭБ-инфекцией.

**Материалы и методы.** Экспрессия Ki-67 изучена в двух группах биоптатов слизистой оболочки желудка (СОЖ), отобранных по результатам иммуногистохимического исследования СОЖ для выявления антигена вируса Эпштейна-Барр (ВЭБ) АВС-методом с помощью моноклональных антител к латентному мембранному протеину ВЭБ производства Novocastra. Группа 1 состояла из 15 ВЭБ-положительных биоптатов, группа 2 – из 12 ВЭБ-негативных. Биоптаты брались у пациентов 18-60 лет с НР-негативным ХГ, верифицированным морфологически. Для выявления Ki-67 препараты обрабатывались антителами («Novostain Universal Detection Kit», «Novocastra») с последующим выявлением мест преципитации антител биотин-стрептавидиновым методом. Антиген-положительные клетки идентифицировали по их коричневому окрашиванию. Индекс пролиферации Ki67 определяли как среднее значение от числа меченых ядер на 100 утченных. Использовали положительный и отрицательный контроль.

**Результаты.** Индекс пролиферации Ki67 в фовеолярном эпителии антрального отдела (6,5-4,2) и тела желудка (5,0-2,7) был одинаков ( $p > 0,05$ ). В шеечном эпителии антрального отдела (26,0 и 5,3;  $p < 0,05$ ) и тела желудка (24,0 и 3,4;  $p < 0,05$ ), в донном эпителии антрального отдела (10,0 и 2,3;  $p < 0,05$ ) и тела желудка (8,5 и 1,5;  $p < 0,05$ ) и в строме антрального отдела (3,0 и 9,7;  $p < 0,05$ ) и тела желудка (34,0-8,1;  $p < 0,05$ ) экспрессия Ki67 была выше в группе 1.

**Заключение.** Пролиферативная активность шеечного и донного эпителии желудка и клеток стромы при хроническом гастрите у пациентов с ВЭБ-инфекцией выше, чем при ее отсутствии.

**57. Изменения параметров эритроцитов при неалкогольном стеатогепатите**Кручинина М.В., Курилович С.А., Громов А.А., Генералов В.М.<sup>1</sup>НИИ терапии СО РАМН, Новосибирск, <sup>1</sup>ФГУН ГНЦ вирусологии и биотехнологии «Вектор», Кольцово, Россия

**Цель:** исследовать особенности электрических и вязкоупругих характеристик эритроцитов (Эр) у пациентов с первичным неалкогольным стеатогепатитом (НАСГ) для определения дополнительных акцентов в терапии.

**Материалы и методы.** Обследованы 37 мужчин в возрасте от 39 до 62 лет с НАСГ (минимальная активность процесса отмечена у 11 человек, умеренная – у 26) и 33 практически здоровых. Электрические, вязкоупругие параметры Эр изучены методом диэлектрофореза в частотном диапазоне  $5 \cdot 10^4 - 10^6$  Гц.

**Результаты.** У пациентов с НАСГ Эр отличались достоверно сниженной амплитудой деформации под действием электрического поля, поляризуемостью, емкостью мембран, скоростью движения клеток к электродам и более высокими уровнями обобщенных показателей жесткости, вязкости, электропроводности, индексов деструкции и агрегации по сравнению с контролем ( $p < 0,001-0,05$ ). Выявлена корреляция параметров Эр с биохимическими показателями, отражающими воспалительный синдром, синдромы цитолиза, холестаза, белоксинтетическую функцию печени. Повышение активности индикаторных ферментов (АЛТ, АСТ) коррелировало с электропроводностью мембран ( $r = 0,711$ ,  $p < 0,03$  для АЛТ;  $r = 0,542$ ,  $p < 0,01$  для АСТ) и поляризуемостью ( $r = 0,517$ ,  $p < 0,02$  для АЛТ;  $r = 0,426$ ,  $p < 0,048$  для АСТ). Гипербилирубинемия (за счет повышения непрямой фракции) оказалась прямо связанной с индексом деструкции ( $r = 0,716$ ,  $p < 0,02$ ), индексом агрегации Эр ( $r = 0,603$ ,  $p < 0,03$ ). Установлены связи между показателем деформируемости Эр и маркерами метаболического синдрома (ИМТ,

АД, степень нарушения углеводного обмена ( $r=0,571$ ,  $p<0,044$ ), атерогенная дислипидемия), электрическими параметрами эритроцитов и микроальбуминурией ( $r=0,72$ ,  $p<0,033$ ).

**Выводы.** Измененные электрические, вязкоупругие параметры Эр у пациентов с НАСГ определяют нарастание микроциркуляторных нарушений, явлений тканевой гипоксии, приводящих к усилению фиброгенеза в печени. Поэтому терапия НАСГ должна предусматривать назначение комплекса дополнительных средств по улучшению состояния параметров Эр.

#### 58. Особенности клинико-лабораторного течения и морфологических изменений при HCV-инфекции с внепеченочными поражениями

Кузнецов П.Л., Борзунов В.М., Веревищikov В.К., Рузанов Е.В.  
Уральская ГМА, Екатеринбург, Россия

**Цель исследования:** сравнить клинико-лабораторные проявления и морфологические признаки при хронической HCV-инфекции с криоглобулинемией.

**Материал и методы.** Обследованы 72 больных с хронической HCV-инфекцией, из которых у 32 диагностирована криоглобулинемия. Диагноз ХВГС подтверждался обнаружением RNA и антител к HCV в сыворотке крови. Диагностика криоглобулинемии включала: клинические проявления и выделение криоглобулинов из сыворотки крови по методу Kalovidoris A.E. Всем пациентам проведена чрескожная биопсия печени.

**Результаты.** При сравнении групп больных HCV-инфекцией с криоглобулинемией (32 чел.) и без нее (40 чел.) отмечалось: преобладание женского пола – 55,9% против 35,5%,  $p<0,05$ , длительное течение HCV-инфекции – (6,4±0,7) года против (2,1±0,5) года,  $p<0,05$ , преобладание жалоб на артралгию – 75,0% против 15,0%,  $p<0,05$ , астеновегетативный синдром – 90,6% против 52,5%,  $p<0,05$ , экзантему – 87,5% против 2,5%,  $p<0,05$ . Лабораторные показатели: достоверное увеличение ревматоидного фактора – (56,47±16,50) МЕ/мл против (17,60±5,23) МЕ/мл,  $p<0,05$ , С-реактивного белка – (5,90±2,37) мг/мл против (2,13±1,09) мг/мл,  $p<0,05$ . Достоверных различий по циркулирующим иммунным комплексам не выявлено – (83,12±10,12) у.е. против (82,56±4,59) у.е.,  $p>0,05$ . Морфологические изменения: преобладание в биоптатах лимфоидных фолликулов в 1,9 раза – 47,6% против 25,1%,  $p<0,05$ , более выраженный индекс гистологической активности (по Knodell) – (9,89±0,85) балла против (6,51±0,43) балла,  $p<0,05$ , средний гистологический индекс склероза (по Desmet) не показал достоверных различий – (1,55±0,12) балла против (1,51±0,09) балла,  $p>0,05$ .

**Выводы.** HCV-инфекция с криоглобулинемией чаще встречается у женщин с продолжительным заболеванием и имеет выраженные клинико-лабораторные и морфологические проявления.

#### 59. Оценка клинической эффективности синбиотического напитка «Бифидомарин», содержащего бифидобактерии и комплекс полисахаридов с пребиотической активностью

Кузнецова Т.А., Запорожец Т.С., Беседнова Н.Н., Тимченко Н.Ф., Звягинцева Т.Н.  
НИИ эпидемиологии и микробиологии СО РАМН,  
Владивосток, Россия; e-mail: niem\_vl@mail.ru

**Цель исследования:** оценка клинической эффективности инновационного синбиотического напитка «Бифидомарин» (СН), содержащего бифидобактерии и полисахариды фукоидан и альгинат из бурой водоросли *F. evanescentes*.

**Результаты.** Критериями клинической эффективности СН считали клинические симптомы и лабораторные данные по составу микробиоценоза кишечника больных с хроническими заболеваниями ЖКТ. Обследованы 60 человек, из которых бактериологические сдвиги выявлены у 35. Нарушение состава кишечной микрофлоры у этих больных соответствовали II степени дисбактериоза. Из обследованных 15 человек получали в течение 6 недель дважды в день СН (I гр.), 20 человек – кислomолочный бифидобактерин (II гр.). Лечение оказалось эффективным для 86,7% пациентов I гр. и для 75% больных II гр. У

больных обеих групп лечение сопровождалось положительной клинико-лабораторной динамикой. По окончании курса лечения выявлено статистически значимое повышение содержания бифидобактерий до границ нормы. Также наблюдалось снижение содержания условно патогенной микрофлоры в кишечнике, в частности, элиминация лактозонегативной и гемолитической кишечной палочки до нормальных значений. Таким образом, СН является эффективным средством устранения дисбиотических нарушений и может быть рекомендован для лечения больных с хроническими заболеваниями кишечника, сопровождающимися дисбактериозом.

## Л

#### 60. Иммуноглобулины класса Е в патогенезе воспалительных заболеваний кишечника

Лазебник Л.Б., Сагынбаева В.Э.  
ЦНИИ гастроэнтерологии, Москва, Россия,  
e-mail: venera\_32@rambler.ru

Важная роль в патогенезе воспалительных заболеваний кишечника (ВЗК) отводится нарушению барьерной функции слизистой оболочки кишечника и ее способности к регенерации. Считается, что через дефекты слизистой оболочки в более глубокие ткани кишки могут проникать разнообразные пищевые и бактериальные агенты, которые затем запускают каскад воспалительных и иммунных реакций. Основную роль в развитии пищевой аллергии играют содержащиеся в пище белки. Нарушение местного иммунитета, снижение продукции IgA слизистой оболочкой кишечника и образование иммунных комплексов способствуют возникновению пищевой аллергической реакции, которые сопровождаются расстройствами стула и болями в животе.

**Цель исследования:** изучить роль сывороточного IgE в сыворотке крови в патогенезе воспалительных заболеваний кишечника.

**Материал и методы.** Обследованы 40 больных ВЗК с хроническим непрерывно рецидивирующим течением, находившихся на лечении в отделении патологии кишечника ЦНИИГ. Из обследованных 26 больных язвенным колитом (ЯК) (16 мужчин, 10 женщин) и 14 – с болезнью Крона (БК) (8 мужчин, 6 женщин). Возраст больных составлял 16-70 лет, средний возраст – (43,0±2,5) года (M±σ).

Диагноз верифицирован данными клинических, лабораторных, гистологических и инструментальных методов исследования. Больные в зависимости от проводимой терапии разделены на 3 группы: в 1-й группе (9 чел.) проводилась трансплантация мезенхимальных стволовых клеток (МСК), во 2-й группе (26 чел.) больные получали ремикейд, в 3-й группе (5 чел.) проводилась стандартная терапия (5-АСК, глюкокортикостероиды и/или цитостатики). IgE в сыворотке крови определяли иммуноферментным методом с применением тест-систем «Вектор-Бест» (Новосибирск). Статистическая обработка данных проводилась с использованием компьютерной программы «STATISTICA 6.0»

**Результаты.** Из 40 больных ВЗК IgE обнаружен у 9 больных, что составило 22,5%. Уровень IgE колебался от 130 МЕ/мл до 656 МЕ/мл, достигая в среднем (353,8±52,7) МЕ/мл при норме менее 100 МЕ/мл. При ЯК среди 26 больных IgE выявлен у 5 (12,5%), уровень его колебался от 220 МЕ/мл до 656 МЕ/мл, а концентрация в среднем составляла (358,0±81,5) МЕ/мл. Среди 14 больных БК IgE обнаружен у 4 (10%), уровень IgE колебался от 130 МЕ/мл до 470 МЕ/мл при средней концентрации (348,5±74,8) МЕ/мл. Необходимо отметить, что, как правило, IgE выявлялся при ВЗК, сопровождающихся частой диареей и болями в животе. Так, у больных ВЗК с частотой стула до 8-10 раз в сутки с примесью крови и слизи, а также с болями в животе концентрация IgE колебалась от 400 МЕ/мл до 656 МЕ/мл, в то время как при менее выраженной диарее (частота стула 2-3 раза в день), не сопровождавшейся болями в животе, концентрация IgE была значительно менее выраженной (130-300 МЕ/мл).

**Вывод.** При воспалительных заболеваниях кишечника происходит повышение проницаемости слизистой оболочки для антигенов, что сопровождается усилением их всасывания, степень которого коррелирует с выраженностью воспалительного процесса.

**61. Содержание антител к кардиолипину при хроническом гепатите и циррозе печени**

Левитан Б.Н., Иванников В.В., Колчина О.С.  
Астраханская ГМА, Россия

**Цель:** определить концентрацию антител к кардиолипину (АКЛ) – серологическому маркеру антифосфолипидного синдрома (АФС) – у больных хроническим гепатитом (ХГ) и циррозом печени (ЦП).

**Материал и методы.** У 30 здоровых доноров и 84 больных хроническими диффузными заболеваниями печени (ХДЗП; 39 – ХГ, 45 – ЦП), были определены АКЛ методом иммуноферментного анализа. При оценке уровня АКЛ выделялись нормальный ( $M \pm 2SD$ ), умеренно повышенный (от  $M \pm 2SD$  до  $M \pm 5SD$ ) и высокий (более  $M \pm 5SD$ ) уровни АКЛ, где  $M$  – средняя концентрация АКЛ у здоровых лиц, а  $SD$  – стандартное отклонение. У всех больных исследовались показатели коагулограммы и маркеры ДВС-синдрома – фибрин-мономеры и продукты деградации фибриногена (ПДФ).

**Результаты.** Средние показатели АКЛ у здоровых лиц составили ( $11,42 \pm 0,54$ ) МЕ/мл, у больных ХДЗП – ( $35,4 \pm 3,8$ ) МЕ/мл ( $p < 0,01$ ). Разброс значений АКЛ при ХДЗП составлял от 6,64 до 157,2 МЕ/мл, что указывает на гетерогенность выборки. Умеренное повышение АКЛ наблюдалось в 8,3% случаев, а значительное повышение – в 39,3%. Средняя величина АКЛ в группе больных ЦП была выше, чем при ХГ (соответственно ( $38,2 \pm 4,5$ ) МЕ/мл и ( $27,4 \pm 4,3$ ) МЕ/мл), но различия не были достоверны. При этом умеренные и высокие значения концентрации АКЛ у больных с ХГ наблюдались в 37,5% случаев, а с ЦП – в 54,3%. Показано, что при ХДЗП с высоким уровнем АКЛ изменения коагулограммы характеризовались явлениями гиперкоагуляции.

**Заключение.** Почти у половины больных ХДЗП (47,6%) обнаружено повышение уровня АКЛ, что может указывать на участие последних в патогенезе хронических заболеваний печени и способствовать развитию гиперкоагуляционных изменений коагулограммы.

**62. Изменения в печени крыс при моделировании колоректального рака у крыс**

Линчак О.В., Рибальченко В.К., Островська Г.В.,  
Бабута О.М.

Киевский национальный университет им. Тараса Шевченка, Киев, Украина, e-mail: lynchak@mail.ru

**Цель исследования:** изучить влияние 1,2-диметилгидразина (ДМГ) в дозе 20 мг/кг на морфофункциональное состояние печени крыс на протяжении 20 недель и через 6 недель после его отмены при моделировании колоректального рака у крыс.

**Материал и методы.** Исследования проводили на беспородных белых крысах-самцах. ДМГ в дозе 20 мг/кг вводили подкожно один раз в неделю на протяжении 20 недель (данный срок при данных условиях введения является достаточным для индукции и последующего развития колоректального рака у крыс). Парафиновые срезы печени окрашивали гематоксилин-эозином. Измеряли площади поперечного сечения гепатоцитов и их ядер в перипортальной и центрлобулярной зонах печеночной дольки. Статистическую обработку полученных данных проводили с использованием программы Microsoft Excel с расчетом средних величин, их ошибок, критерия Стьюдента.

**Результаты.** Установлено, что ДМГ приводит к значительным морфофункциональным изменениям в печени крыс: достоверно увеличиваются размеры гепатоцитов и их ядер, изменяется структура цитоплазмы гепатоцитов, происходят структурные изменения в ядре, возникают признаки воспаления в портальных трактах, утолщаются стенки сосудов портальных трактов. На 26-й неделе эксперимента (через 6 недель после отмены ДМГ) описанные изменения уменьшаются, что свидетельствует о прохождении процессов восстановления структуры и функций печени после отмены канцерогена.

**Выводы.** Таким образом, 1,2-диметилгидразин приводит к значительным изменениям морфофункционального состояния печени крыс, что связано с активным метаболизмом ДМГ печенью, после отмены канцерогена в печени проходят процессы восстановления.

**63. Миллиметровая терапия в лечении хронического панкреатита**

Лушева В.Г., Богданкевич Н.В., Николаев Ю.А.

Научный центр клинической и экспериментальной медицины Сибирского отделения РАМН, Новосибирск

**Цель исследования:** оценить эффективность включения ММ-терапии в снятии болевого синдрома при обострении хронического панкреатита (ХП).

**Материалы и методы исследования.** Были обследованы 30 человек с болевым синдромом при обострении ХП. Для оценки влияния ММ-терапии на эффективность комплексного лечения с целью снятия болевого синдрома были сформированы 2 группы, в каждую из которых вошли по 15 пациентов, средний возраст которых составил ( $38,5 \pm 13,4$ ) года ( $p > 0,05$ ). Группы формировались методом рандомизации. В 1-ю группу вошли 9 женщин и 6 мужчин, во 2-ю группу – 7 женщин и 8 мужчин. Курс лечения в среднем составил ( $9,6 \pm 1,4$ ) дня. Клиническое обследование пациентов включало сбор анамнеза, лабораторные и ультразвуковое исследования. Для оценки болевого синдрома использовали визуально-аналоговую шкалу (ВАШ). В 1-й группе (контрольной) проводилась традиционная терапия: диета и медикаментозное лечение. Во 2-й группе дополнительно назначалась ММ-терапия от аппарата «Явь-1» с частотами 5,6 и 7,1.

**Результаты исследования.** Клинические показатели до начала лечения достоверно не отличались в обеих группах. В результате проведенного лечения во 2-й группе наблюдалось отчетливое улучшение состояния пациентов уже к третьему дню, снятие болевого синдрома полностью – к пятому дню. В контрольной группе улучшение наступило к пятому дню, снятие болевого синдрома – к 7-8 дню. Средняя интенсивность боли по шкале ВАШ в контрольной группе до лечения составила ( $6,5 \pm 1,5$ ) балла, после лечения – ( $3,6 \pm 1,2$ ) балла, во 2-й группе до лечения – ( $7,5 \pm 1,1$ ) балла, после лечения – ( $1,7 \pm 1,4$ ) балла.

**Заключение.** Полученные результаты свидетельствуют об эффективном использовании электромагнитного излучения миллиметрового диапазона в комплексном лечении болевого синдрома при ХП.

**М****64. Метаболическая коррекция остеопороза при возрастной инволюции овуляторного цикла**

Маевский Е.И., Учитель М.Л., Болотанова М.А.,

Васильева А.А., Симонова М.А., Гришина Е.В.,

Погорелов А.Г., Погорелова В.Н., Богданова Л.А.,

Нечаев А.Н., Мурашов А.Н.

Институт теоретической и экспериментальной биофизики

РАН, Филиал Института биоорганической химии РАН,

Пушино, Россия, e-mail: eim11@mail.ru

**Цель исследования:** уменьшение инволюционного остеопороза с помощью пищевой добавки, не содержащей гормонов.

**Материалы и методы:** 18 самок мышей и крыс репродуктивного возраста с нормальным овуляторным циклом и 64 самки с прерванным овуляторным циклом вследствие возрастной инволюции фазы эструса.

**Результаты.** Нами создан препарат «Амберен», включающий соли аммония, кислые соли Ca, Mg и Zn природных конформеров сукцината и fumarата, глицин, глутамат и витамин E (Производитель Lunada Biomedical, USA). В основу создания амберена положены исследования В. Дильмана, В. Анисимова и М. Кондрашовой (1976 г.), повысивших с помощью сукцината и глутамата чувствительность гипоталамуса к регуляторным сигналам.

Курс амберена восстанавливал овуляторный цикл и репродуктивную функцию у пожилых (9-10 месяцев) самок животных и даже восстанавливал утраченную фазу эструса у старых (двухлеток) рожавших крыс. Изменялась активность сукцинатдегидрогеназы, уменьшалось свободнорадикальное окисление в митохондриях лимфоцитов периферической крови животных. В плацебо контролируемых клинических исследованиях в 2005 г.

А. Песков купировал амбереном патологически протекающий климактерический синдром и обнаружил повышение концентрации эстрадиола в крови. Приращение эстрадиола могло препятствовать развитию остеопороза. Действительно, после курса амберена у самок животных повысились рентгеноденситометрическая плотность, влажный, сухой и минеральный вес костной ткани, а также увеличилось на 30% суммарное содержание кальция в бедренной кости, возросло количество остеобластов.

#### 65. К раскрытию механизма дислипидемий при хеликобактериозе

Мартусевич А.К., Симонова Ж.Г.

Кировская КМА, Нижегородский НИИ травматологии и ортопедии, Нижний Новгород, Россия

Эмпирические данные наших исследований и исследований других авторов (Павлов О.Н., 2011) косвенно указывают на существование связи между хеликобактериозом и состоянием липидного профиля крови, однако механизмы реализации этого феномена остаются нераскрытыми.

**Цель исследования:** рассмотреть возможные механизмы формирования нарушений липидного обмена у пациентов с хеликобактерной инфекцией.

Исходя из анализа известных факторов патогенности *Helicobacter pylori* и особенностей реакции макроорганизма на его присутствие, можно предположить, что связующим звеном в реализации хеликобактер-ассоциированных гиперлипидемий является печень. В данном случае речь может идти о трех основных механизмах: аутоиммунизация, развитие малабсорбции и непосредственное метаболическое действие микроорганизма. В пользу первого механизма следует указать сравнительно высокую иммуногенность *H. pylori*, причем антитела к бактерии сохраняются в достаточно высоком титре и вне периодов обострения связанной с ним гастродуоденальной патологии. Присутствие в печени большого ассортимента рецепторных структур с возможностью их перекрестного реагирования на антихеликобактерные антитела способно спровоцировать печеночную дисфункцию, в том числе приводящую к нарушениям липидного метаболизма с формированием дислипидемии. С другой стороны, имеются сведения об обнаружении микроорганизма в желчи. Это является косвенным свидетельством возможности непосредственного метаболического эффекта *H. pylori* с соответствующим сдвигом функционирования гепатоцитов. Третий гипотетический путь формирования дислипидемии может быть реализован через внутригастроинтестинальные механизмы: хеликобактериоз, приводя к сдвигу интрагастрального pH, способен провоцировать развитие синдрома малабсорбции.

**Заключение.** Формирование хеликобактер-ассоциированной гиперлипидемии может быть реализовано за счет участия печени.

#### 66. Состояние антиоксидантной системы при хроническом панкреатите

Меринова Н.И., Козлова Н.М., Колесниченко Л.С.

Иркутский ГМУ, Россия

**Цель исследования:** комплексное изучение изменений в системе глутатиона у больных с хроническим панкреатитом (ХП).

**Материал и методы.** Обследованы 54 больных с ХП: 35 – в фазе обострения заболевания, 19 – в фазе неполной ремиссии (НР). Контрольную группу (КГ) составили 23 практически здоровых человека. В эритроцитах (Эр) и плазме крови определяли восстановленный глутатион (GSH), глутатионтрансферазу (ГТ), глутатионпероксидазу (ГПО) и глутатионредуктазу (ГР). Достоверность различий определяли по критерию Манна-Уитни.

**Результаты и обсуждение.** В плазме крови у больных ХП были установлены повышение уровня GSH при обострении на 96% ( $p < 0,006$ ), в фазе НР – на 36% ( $p < 0,034$ ). В Эр крови выявлено снижение концентрации GSH на 20% ( $p < 0,001$ ) в фазе обострения, в фазе НР – на 30% ( $p < 0,001$ ). Отмечено снижение ГР в Эр крови в фазе обострения на 41% ( $p < 0,001$ ), в фазе НР – на 57% ( $p < 0,001$ ), снижение ГР в плазме крови в фазе обострения на 44% ( $p < 0,001$ ), в фазе НР – на 13% ( $p < 0,032$ ). Выявлено повышение ГТ в плазме крови в фазе обострения на 48% ( $p < 0,002$ ), в фазе

НР – на 72% ( $p < 0,01$ ). Уровень ГТ в Эр крови значимо не отличался от КГ. Отмечено значительное повышение активности ГПО в плазме крови в фазе обострения – на 210% ( $p < 0,007$ ), в фазе НР более значительно – на 598% ( $p < 0,001$ ). Повышенная активность ГПО отмечалась в Эр крови в фазе обострения на 78% ( $p < 0,001$ ), в фазе НР – на 390% ( $p < 0,001$ ).

**Выводы.** 1. В плазме крови у больных ХП выявлено повышение уровня GSH, более выраженного в фазе обострения ХП, что обусловлено интенсивностью окислительного стресса. 2. В Эр крови больных с ХП выявлено снижение концентрации GSH, что может свидетельствовать о напряжении антиоксидантной защиты. 3. При ХП увеличивается активность ГПО в плазме и в Эр крови, ГТ в плазме крови, снижается активность ГР в плазме и в Эр крови.

#### 67. Курортное лечение лиц с гастродуоденальной патологией, работающих на производствах с вредными условиями труда

Меркулова Г.А.

Пятигорский государственный НИИ курортологии ФМБА России, e-mail: orgotdel@gniik.ru

**Цель исследования:** разработать методы комплексной реабилитации лиц с гастродуоденальной патологией, работающих во вредных условиях.

**Материал и методы.** 60 пациентов с эрозивно-язвенным поражением гастродуоденальной зоны, работающих во вредных условиях, профессиональный стаж от 5 до 25 лет. Обследование: общеклинические, эзофагогастродуоденоскопия, состояние адаптации (спироартериокардиоритмография и показатели неспецифической резистентности по Л.Х. Гаркави), психологическое тестирование. Больным основной группы (30 чел.) назначалась диета № 5, внутренний прием маломинерализованной сульфатно-гидрокарбонатной кальциево-натриевой минеральной воды Славяновского источника по 250 мл 3 раза в день за 45 минут до еды, минеральные ванны из этой же воды при температуре 37°C, по 15 минут, № 10 и адаптол по 500 мг 2 раза в день в течение 10 дней. Больным группы сравнения (30 чел.) назначался вышеперечисленный курс без адаптола.

**Результаты.** После лечения наблюдалась положительная динамика клинических и параклинических показателей в обеих группах, причем в 1,5 раза более выраженная в основной группе, где назначался адаптол, также в 2 раза чаще определялось повышение адаптационных резервов и улучшение психологического статуса по всем показателям психотестирования, в то время как в контрольной группе улучшились лишь показатели самочувствия, активности и настроения. Полученные данные способствовали уменьшению эрозивно-язвенного поражения слизистой гастродуоденальной зоны в основной группе больных у 62,5%, в контрольной – у 30%. Эффективность восстановительного лечения в основной и контрольной группах составила 93,3% и 66,7% ( $p < 0,05$ ).

**Выводы.** Комплексное применение лечебных курортных факторов и адаптола при гастродуоденальной патологии у работников с профессиональными вредностями способствует повышению адаптационных резервов, улучшению психоэмоционального статуса и вегетативной регуляции, что обеспечивает коррекцию основных патогенетических механизмов при данной патологии и высокий терапевтический эффект.

#### 68. Экспресс-тест «ГАСТРО-тест» для диагностики *H. pylori* – перспективы внедрения

Милейко В.Е.<sup>1</sup>, Иванов А.В.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>ООО «Синтана СМ», <sup>2</sup>ООО «Доктор Иванов», Санкт-Петербург, Россия

**Цель исследования:** оценить удобство и информативность индивидуального экспресс-тестов на *H. pylori*.

**Материалы и методы.** Были обследованы 97 человек в возрасте от 25 до 69 лет – детских гастроэнтерологов и педиатров, которым для самообследования был предложен диагностический набор для неинвазивной диагностики хеликобактериоза ГАСТРО-тест ООО «Доктор Иванов», Санкт-Петербург. По окончании самообследования всем участникам предлагалось оценить про-

цедуру и полученный результат по критериям: быстрота, простота, эффективность, удобство применения.

**Результаты исследования.** Ввиду того, что чувствительность и специфичность используемой тест-системы 90-95%, что неоднократно показано в многочисленных исследованиях, а процедура исследования неинвазивна, важно было рассмотреть преимущества или недостатки по сравнению с другими экспресс-методами диагностики *H. pylori*, оценить простоту применения с точки зрения пользователя. Все обследованные респонденты указали на простоту проведения анализа, отметили его быстроту, соизмеримую со временем визита пациента, конкретизацию конечного результата по типу «да» (есть инфицирование) или «нет» (инфицирование отсутствует). Незначительное количество респондентов (3%) указало на необходимость развернутой информации об инфицировании *H. pylori*, стандартных схемах лечения, показаниях и противопоказаниях к обследованию.

**Выводы.** Таким образом, все опрошенные врачи – детские гастроэнтерологи и педиатры положительно оценили преимущества данного экспресс-теста. Тест-система может быть рекомендована для использования в гастроэнтерологической и педиатрической практике и продажи через аптечные сети.

#### 69. Распространенность хеликобактериоза в группах риска

Милейко В.Е., Милейко М.В.  
ООО «Синтана СМ», ООО «Доктор Иванов»,  
Санкт-Петербург, Россия,  
e-mail: mileiko@mail.ru, marimile@mail.ru

**Цель исследования:** оценить частоту инвазии *H. pylori* у детей старшего дошкольного и младшего школьного возраста и работников детских дошкольных и медицинских учреждений Санкт-Петербурга.

**Материалы и методы.** Были обследованы 125 человек, из них 43 ребенка в возрасте от 3 до 8 лет, 82 взрослых в возрасте от 24 до 65 лет – родители обследованных детей (15 человек) и 67 работников детских учреждений Санкт-Петербурга. Обследование проводилось по методике Хелик-тест индикаторными трубками (ГАСТРО-тест, ООО «Доктор Иванов», Санкт-Петербург).

**Результаты исследования.** Среди детей частота обнаружения *H. pylori* составила 68%, у родителей этих детей инвазия *H. pylori* – 30%. При оценке результатов в парах ребенок-родитель инфицирование *H. pylori* и у ребенка, и у родителя выявлено в половине случаев. Среди работников детских дошкольных учреждений частота обнаружения *H. pylori* составила 93%, причем у одной трети обследованных присутствует совместная инвазия *H. pylori* и лямблиями.

**Выводы.** Таким образом, среди работников детских дошкольных и медицинских учреждений степень инфицированности *H. pylori* крайне высока и становится существенным фактором распространения инфекции среди детей старшего дошкольного и младшего школьного возраста. Именно эту категорию населения необходимо в первую очередь обследовать и лечить, чтобы предупредить массовое распространение гастродуоденальной патологии, ассоциированной с *H. pylori*.

#### 70. Возможности ультразвукового исследования в диагностике новообразований пищевода

Минько Б.А., Пручанский В.С., Джабари Х.К.  
Российский научный центр радиологии и хирургических технологий, Санкт-Петербург, Россия,  
e-mail: gabari72@hotmail.com

С появлением новых ультразвуковых приборов с высокой разрешающей способностью и тканевой чувствительностью в настоящее время в клинической практике для диагностики новообразований полых органов все более широкое применение находят ультразвуковые методики исследования.

**Цель исследования:** оценка эффективности применения комплекса современных ультразвуковых методик в диагностике новообразования пищевода.

**Материал и методы исследования:** нами обследован 41 пациент (26 мужчин и 15 женщин) в возрасте от 38 до 67 лет с установ-

ленным диагнозом «новообразование пищевода». Всем больным было проведено комплексное лучевое обследование, включающее современные ультразвуковые методики. Ультразвуковое исследование проводилось на аппарате Aplio MX «Toshiba».

**Результаты.** В обследованной группе пациентов у 17 была поражена верхняя треть пищевода, у 12 больных – грудная, у 12 пациентов был рак нижней трети. Группу больных с впервые выявленным раком пищевода составили 16 пациентов. Ультразвуковое исследование у 14 больных было выполнено после оперативного лечения на этапе проведения химиолучевой терапии. У всех больных УЗИ были выполнены по определенной программе с использованием трехмерной реконструкции изображений, что позволяло детально оценить распространенность патологических изменений пищевода у 85% больных.

**Выводы.** Показаны возможности УЗИ в уточняющей диагностике рака пищевода. С учетом возможностей визуализации всей стенки пищевода и дифференциации ее слоистого строения УЗИ позволяет диагностировать повреждения слизистой, оценивать размеры и структуру новообразования и выявлять увеличенные лимфатические узлы, что в целом обеспечивает уточняющую диагностику опухолевых поражений пищевода.

#### 71. Скорость развития клинического ответа при применении адалимумаба у больных с тяжелой гормонозависимой формой болезни Крона

Морозова Н.А., Белоусова Е.А., Никитина Н.В.  
МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского, Москва, Россия

Подбор и проведение адекватной терапии больным с тяжелой гормонозависимой формой болезни Крона (БК) является актуальной проблемой гастроэнтерологии. Для преодоления гормонозависимости применяют цитостатические и антицитокиновые препараты.

**Цель исследования:** оценить сроки достижения клинической ремиссии у больных БК с тяжелым гормонозависимым течением при лечении адалимумабом.

**Материалы и методы.** Наблюдались 2 пациентки с гормонозависимой формой БК в возрасте 27 и 36 лет. Длительность заболевания более 10 лет, постоянный прием глюкокортикоидных препаратов в течение 2 и 3 лет соответственно. Цитостатическая терапия эффекта не оказала. Для преодоления гормонозависимости и достижения клинической ремиссии назначен адалимумаб по стандартной схеме (каждые 2 недели) и в стандартной дозе. Длительность антицитокиновой терапии составила 6 месяцев. Для оценки активности БК до начала и в период лечения адалимумабом применяли индекс Беста (ИБ).

**Результаты исследования.** Исходный ИБ составлял 410 и 432. Через 2 недели после 1-й инъекции адалимумаба ИБ снизился до 280 и 310. Через 4 недели (после 2 инъекций) ИБ составил 150 и 147, что позволило начать уменьшение дозы системных стероидов и полностью отменить глюкокортикоидные препараты через 2 месяца от начала антицитокиновой терапии. В последующий период наблюдения состояние больных оставалось стабильным (ИБ 146 и 140).

**Заключение.** Назначение адалимумаба позволило достичь клинической ремиссии у больных с тяжелой формой БК через 4 недели и успешно преодолеть длительную гормонозависимость.

#### 72. Этиологическая структура хронических холециститов у детей

Муратходжаева А.В., Хамидова Н.Х.  
Ташкентский педиатрический медицинский институт,  
Ташкент, Узбекистан

Одной из основных причин развития воспалительных процессов в желчном пузыре и желчевыводящих путях являются функциональные расстройства билиарного тракта, аномалии желчного пузыря, которые способствуют длительному холестазу. При ухудшении пассажа желчи по билиарному тракту, изменениях ее коллоидного и бактерицидного состояния и нарушения иммунологического гомеостаза ребенка происходит инфицирование билиарной системы за счет условно патогенной аутофлоры в ос-

новном из кишечного отдела пищеварительного тракта и хронических очагов инфекции.

**Цель исследования:** изучить характер и этиологическую структуру холецистита у детей школьного возраста.

Было проведено микробиологическое и паразитологическое исследование желчи 73 детей в возрасте 7-14 лет с клинически установленным хроническим холециститом.

В результате исследования инфекционная этиология хронического холецистита была установлена у 42 (57%) детей.

В этиологической структуре преобладала бактериальная инфекция (26, 61,9% случаев), кроме того была выявлена грибковая инфекция, обусловленная *Canida albicans* (16, 38,1% случаев).

Из общего числа больных с выявленной бактериальной инфекцией желчевыводящих путей моноинфекция установлена в 11 (42,3%) случаях и микст-инфекция – в 15 (57,6%). Моноинфекция была обусловлена *Enterococcus faecalis* в 5 (19,2%) случаях, *E.coli* – в 6 (23,0%) случаях из общего числа больных с выявленной бактериальной инфекцией. Микст-инфекция была обусловлена ассоциацией *Peptostreptococcus* + *E.coli* в 10 (38,4%) случаях и ассоциацией *Peptostreptococcus* + *Klebsiella pneumoniae* в 5 (19,2%) случаях из общего числа больных с выявленной бактериальной инфекцией.

Таким образом, в этиологической структуре хронического холецистита обследованных больных преобладала бактериальная инфекция, обусловленная *Escherichia coli* в виде моноинфекции и в ассоциации с пептострептококком. Также представляет интерес высокая частота выявления грибов *Canida albicans*, этиологическая роль которых в патологии желчевыводящих путей некоторыми исследователями ставится под сомнение.

## Н

### 73. Зависимость активности матричных металлопротеиназ от длительности применения НПВП у больных остеоартрозом

Наумова О.В., Ахмедов В.А.  
Омская ГМА, Россия

**Цель исследования:** оценить активность матричной металлопротеиназы-9 (ММП-9) и тканевого ингибитора матричной металлопротеиназы-1 (ТИМП-1) у больных остеоартрозом в зависимости от длительности приема неселективных НПВП.

**Материал и методы.** Были обследованы 45 пациентов с остеоартрозом, их средний возраст составил (46,7±2,9) года. Больные были разделены на три группы в зависимости от длительности приема НПВП: 1-я группа – 15 человек, ежедневно принимавших НПВП не более 5 лет; 2-я группа – 15 больных, получавших эти препараты от 5 до 10 лет, 3-я группа – 15 человек, продолжительность ежедневного приема НПВП которыми составила более 10 лет. Для определения содержания ММП-9 и ТИМП-1 в сыворотке крови применялся метод ИФА на наборах производства «Bender MedSystems GmbH» (Австрия).

**Результаты исследования.** При оценке особенностей выработки ММП-9 и ТИМП-1 у трех групп обследованных было обнаружено, что в первой группе содержание ММП-9 в сыворотке составило (62,4±1,1) нг/мл, во второй – (81,8±0,8) нг/мл, а в третьей – (95,3±0,7) нг/мл ( $p < 0,01$  в сравнении с показателем в первой группе). Аналогичная особенность отмечена и в отношении ТИМП-1. В первой группе содержание ТИМП-1 в сыворотке крови составило (94,2±1,2) нг/мл, во второй – (145,8±1,8) нг/мл, а в третьей – (193,2±0,6) нг/мл ( $p < 0,01$  в сравнении с показателем в первой группе). При оценке биохимического анализа крови у больных третьей группы в 86,6% случаев выявлялось повышение печеночных проб, в то время как у больных первой группы данные изменения выявлялись лишь у 13,3%, а у второй – в 33,3%.

**Вывод.** Повышение активности ММП-9 и ТИМП-1 у больных остеоартрозом может быть связано с влиянием препаратов на печень с постепенным формированием НПВП-гепатопатии.

### 74. Оценка содержания трансферрина в кале как косвенный метод диагностики НПВП-энтеропатии

Наумова О.В., Ахмедов В.А.  
Омская ГМА, Россия

**Цель исследования:** оценить возможности количественного определения трансферрина в кале в качестве косвенного метода диагностики НПВП-энтеропатии у больных с остеоартрозом, находящихся на длительной терапии НПВП.

**Материал и методы.** Были обследованы 50 пациентов с остеоартрозом, их средний возраст составил (49,7±3,6) года. Больные были разделены на две группы: 1-я группа – 30 человек, ежедневно принимавших НПВП; 2-я группа – 20 больных, принимавших НПВП не более одного раза в неделю. Всем пациентам для исключения возможных источников кровопотери из тех или иных отделов пищеварительной системы проводились фиброгастродуодено- и колоноскопия. Для определения содержания трансферрина в кале применялся дискретный анализатор клинической химии NS-Plus C 15 («Otsuka Electronics Co Ltd, Япония»).

**Результаты исследования.** При оценке клинических особенностей больных по диспепсическим проявлениям со стороны верхних отделов желудочно-кишечного тракта достоверных различий между группами пациентов выявлено не было. Вместе с тем обращало на себя внимание наличие статистически значимого преобладания у пациентов 1-й группы признаков железодефицитной анемии в виде слабости ( $p=0,001$ ), ломкости волос ( $p=0,001$ ) и извращения вкуса ( $p=0,001$ ), бледности кожных покровов и слизистых оболочек ( $p=0,001$ ). Увеличение содержания трансферрина в кале выше установленной нормы у пациентов 1-й группы отмечалось в 83,8% случаев, тогда как у пациентов, изредка принимавших НПВП, в 5% ( $p=0,001$ ).

**Вывод.** Исследование содержания трансферрина в кале является косвенным неинвазивным методом диагностики НПВП-энтеропатии.

### 75. Дисбаланс эссенциальных микроэлементов у больных с заболеваниями органов пищеварения

Нейман К.П.<sup>1</sup>, Дроздов В.Н.<sup>1</sup>, Петраков А.В.<sup>1</sup>, Елисеев А.А.<sup>2</sup>  
<sup>1</sup>ЦНИИ гастроэнтерологии, <sup>2</sup>МГУ им. М.В. Ломоносова,  
Москва, Россия

**Цель работы:** оценить содержание эссенциальных микроэлементов (ЭМ) в цельной крови и сыворотке крови у пациентов с различными заболеваниями органов пищеварения.

**Материалы и методы.** Обследованы 118 больных с различными заболеваниями органов пищеварения, включая цирроз печени различной этиологии (47,5% случаев), гепатит (13,8%), воспалительные заболевания кишечника (13,8%) и другие (16,3%). Средний возраст больных составил 50,0 лет. ЭМ определяли в цельной крови и сыворотке крови методами атомно-эмиссионного и масспектрометрического анализа.

**Результаты.** В цельной крови и сыворотке обследованных больных отмечен дефицит железа, селена, цинка и меди. Частота дефицита ЭМ по результатам исследования цельной крови и плазмы была различной. Так, дефицит меди по данным исследования цельной крови установлен у 76 (67,9%) больных, в то время как по данным исследования плазмы он отмечался у 22 (17,2%), достоверность различий значений по  $\chi^2=63,46$ ;  $p < 0,001$ . Анализ взаимных корреляций содержания ЭМ в крови по критерию Пирсона выявил наличие значимых взаимосвязей между содержанием цинка и железа ( $r_s=0,52$ ), а также цинка и селена ( $r_s=0,43$ ), обусловленных снижением общего количества эритроцитов в крови больных. Дефицит селена коррелирует с дефицитом цинка ( $r_s=0,43$ ), в меньшей степени – с дефицитом меди ( $r_s=0,24$ ) и железа ( $r_s=0,28$ ). Дефицит марганца коррелирует только с дефицитом селена, причем корреляция обратная ( $r_s=-0,24$ ). Дефицит меди коррелирует с дефицитом цинка ( $r_s=0,36$ ) и селена ( $r_s=0,26$ ). Такие взаимоотношения, вероятно, связаны с общим патогенезом нарушения всасывания и обмена ЭМ.

**Выводы.** Для выявления дефицита микроэлементов необходимо проводить исследование цельной крови. У больных циррозом печени отмечается снижение содержания всех микроэлементов,

за исключением марганца. Концентрация марганца выше или приближена к норме во всех группах обследуемых больных.

#### 76. Правда и ложь о биологически активных добавках к пище

Некрасова В.Б.

Лесотехническая академия, Санкт-Петербург, Россия

**Цель исследования:** оценить возможность применения БАД в качестве средств профилактики расстройств здоровья.

**Материал и методы:** анализ фактического материала и литературных данных.

В средствах массовой информации рекламируют БАДы, а также публикуют негативную информацию о них. Из 8,5 тыс БАД, разрешенных к применению в РФ, все безвредны, но не все эффективны. Из-за агрессивной рекламы формируется мнение о вреде БАД. На конференциях докладывают о клиническом изучении БАД, их роли в питании. Н.В. Лазарев создал теорию о применении адаптогенов для профилактики заболеваний и о состоянии неспецифически повышенной сопротивляемости организма (СНПС). СНПС помогает переносить стрессы, некачественную еду, вредные привычки, способствует самовосстановлению организма. Здоровому питанию принадлежит главная роль в профилактике патологий человека. БАД – элемент здорового питания.

БАД не являются пищевыми добавками (консервантами и проч.), применяемыми для улучшения цвета и запаха, снижающими пищевую ценность продуктов питания. Натуральные БАД отличаются от синтетических витаминов.

БАД повышают пищевую ценность еды, не являются лекарствами, не содержат вредных, токсичных, наркотических компонентов. БАД принимают длительными курсами. БАД – важные средства профилактики и вспомогательные средства в комплексном лечении многих заболеваний, особенно при реабилитации, при хронических заболеваниях для снижения доз лекарств, последствий фармакотерапии, в период ремиссии.

**Заключение.** Не доверяйте рекламе. Применяйте натуральные БАД известного состава, прошедшие клинические испытания в научно-медицинских центрах России.

#### 77. Риск развития рака толстой кишки при язвенном колите

Никитина Н.В., Белоусова Е.А., Никулина И.В.,

Великанов Е.В., Морозова Н.А.

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

**Цель.** Хорошо известно, что риск развития колоректального рака (КРР) повышен у больных воспалительными заболеваниями кишечника. Цель исследования – анализ случаев развития КРР у больных язвенным колитом (ЯК), госпитализированных в МОНИКИ в период с января 1990 г. по ноябрь 2010 г.

**Материалы и методы:** 558 больных ЯК (мужчин 253, женщин 305) в возрасте от 20 до 78 лет. Диагноз ЯК верифицирован эндоскопически и гистологически.

**Результаты исследования.** КРР обнаружен у 24 пациентов с ЯК (4,3%, средний возраст 33,6 года). Исходя из возраста начала заболевания было сформировано 2 группы: в 1-ю вошли пациенты, у которых ЯК диагностирован в возрасте до 30 лет (8, М=6, Ж=2), 2-ю группу составили лица с началом заболевания после 30 лет (16, М=11, Ж=5). Средний возраст начала ЯК у пациентов 1-й группы был 19,1 года, при этом средняя длительность заболевания до момента обнаружения КРР была 16,6 года, во 2-й группе – 48,4 года и 12,1 года соответственно. У пациентов 1-й группы тотальный колит обнаружен в 87,5% случаев, во второй группе – в 62,5%. Случаев дистального поражения толстой кишки не отмечено. Рак прямой кишки выявлен у 3 больных 1-й группы, ободочной – в 5 случаях, в то время как во второй группе неоплазия обнаружена в прямой кишке у 7 больных, в сигмовидной – у 3, ободочной – у 5, в 1 случае выявлен мультицентрический метастазирующий синхронный рак толстой кишки с различной клеточной структурой (высоко-, умеренно-, низкодифференцированная аденокарцинома, солидный рак, слизистый рак и перстневидноклеточный рак) в ободочной кишке и сигмовидной кишке.

**Заключение.** Риск КРР при ЯК повышен у больных с тотальным поражением толстой кишки после 10-15 лет течения заболевания. В нашей популяции больных ЯК возраст начала заболевания не является фактором риска развития КРР.

#### 78. Этиология хронического гастрита у детей и подростков с заболеваниями щитовидной железы

Новикова В.П., Мельникова И.Ю., Земскова Е.А.

СЗГМУ им. Мечникова, СПбГПМА, Санкт-Петербург, Россия

**Цель исследования:** оценить этиологию ХГ у детей с сопутствующим АИТ и другими заболеваниями ЩЖ.

**Материалы и методы.** У 93 пациентов в возрасте 3-17 лет с хроническим гастритом проводилась идентификация НР-инфекции гистологическим методом и Хелипил-тестом и определялись антитела к Н<sup>+</sup>/К<sup>+</sup>-АТФазе париетальных клеток желудка.

**Результаты.** Полученные данные выявили, что большинство детей во всех изучаемых группах имели ХГ, ассоциированный с хеликобактериозом (54-64%), без достоверной разницы между группами. Об аутоиммунной природе заболевания можно говорить у 4 детей (31%) из группы ХГ+АИТ и 12 (26%) из группы ХГ+ТП, что достоверно чаще, чем в контрольной группе детей с ХГ.

Сочетание двух этиологических факторов (антитела к Н<sup>+</sup>/К<sup>+</sup>-АТФазе и НР-инфекция) отмечалось у 3 детей (23%) из группы ХГ+АИТ и у 8 детей (17%) из группы ХГ+ТП, что достоверно чаще, чем в контрольной группе.

С одинаковой частотой (33-38%) во всех группах отмечались дети, у которых этиология ХГ не была установлена.

**Выводы.** Таким образом, среди больных ХГ с сопутствующим АИТ и другими заболеваниями ЩЖ выявлены дети, гастрит у которых имеет аутоиммунную и смешанную (аутоиммунную и хеликобактерную) этиологию.

## О

#### 79. Функциональные нарушения органов пищеварения при муковисцидозе

Орешко Л.С., Балагаева М.С.

СЗГМУ им. И.И. Мечникова,

Санкт-Петербург, Россия, e-mail: oreshkol@yandex.ru,

maryabalagaeva@yandex.ru

**Цель исследования:** установить особенности морфофункционального состояния органов пищеварения у больных муковисцидозом взрослых.

**Материал и методы.** Были обследованы 7 пациентов с муковисцидозом смешанной формы вне обострения. Возраст пациентов составил 23 года. Проведены лабораторно-инструментальные исследования: ФГДС с определением *Helicobacter pylori*, посев кала на дисбактериоз, электрогастроэнтерография (ЭГЭГ) в суточном режиме.

**Результаты.** По данным эндоскопического обследования у больных были выявлены функциональные нарушения моторики пищевода (недостаточность кардии) и эндоскопические признаки воспаления слизистой оболочки желудка. Воспалительные изменения слизистой оболочки желудка, выражающиеся в ее гиперемии и отеке, увеличивались от проксимального его отдела к дистальному и были ассоциированы с *Helicobacter pylori*. По данным ЭГЭГ установлено повышение относительной электрической активности (Р<sub>с</sub>/Р<sub>с</sub>) всех отделов тонкой кишки и снижение Р<sub>с</sub>/Р<sub>с</sub> толстой кишки у всех обследуемых. Установлено повышение коэффициента ритмичности двенадцатиперстной кишки (К<sub>ритм</sub> = 3,95 ± 0,61), выявлены гастроэзофагеальные рефлюксы, что указывало на нарушение пропульсивности сокращений двенадцатиперстной кишки и замедление эвакуации пищи. На основании микробиологического исследования были установлены дисбиотические изменения толстой кишки: снижение лактобактерий, бифидобактерий, бактероидов, кишечной палочки с нормальной ферментативной активностью, рост условно патогенных микроорганизмов: грибов рода *Candida*, *Enterobacter sakazakii*,

гемолитического *Enterococcus faecalis*, сапрофитического и эпидермального стафилококков.

**Выводы.** Полученные данные о нарушениях моторной и эвакуаторной активности органов пищеварения у больных муковисцидозом требуют новых терапевтических взглядов. Выявленные дисбиотические изменения указывают на необходимость включения препаратов пробиотического ряда с целью восстановления эндоэкологии и повышения функциональных резервов организма.

#### 80. Влияние дисплазии соединительной ткани на активность воспалительного процесса у больных язвенным колитом

Орешко Л.С., Коновалова Н.О.  
СЗГМУ им. И.И. Мечникова, Санкт-Петербург, Россия,  
e-mail: oreshkol@yandex.ru

**Цели исследования.** 1. Выявить фенотипические признаки дисплазии соединительной ткани у больных язвенным колитом. 2. Оценить влияние дисплазии соединительной ткани на активность воспалительного процесса у больных язвенным колитом.

**Материалы и методы.** Обследованы 86 пациентов с язвенным колитом. Средний возраст обследованных 46,6 года (от 20 до 79 лет). В I группу (n=44) включены больные язвенным колитом с сочетанной патологией желудочно-кишечного тракта, ассоциированной с недифференцированной дисплазией соединительной ткани. Группу II (n=42) составили пациенты язвенным колитом без сопутствующей патологии органов пищеварения. Верификация недифференцированной дисплазии соединительной ткани проводилась по внешним фенотипическим признакам. Всем пациентам проведены эзофагогастроуденоскопия, ректороманоскопия, фиброколоноскопия. Активность язвенного колита оценивалась по критериям Рахмилевича (эндоскопический индекс активности (EI) по Rachmilewitz). От каждого пациента получено письменное информированное согласие на проведение исследования.

**Результаты.** При анализе клинических проявлений у больных язвенным колитом выявлены следующие симптомы: ректальное кровотечение у 91,86%, расстройства стула у 93,02%, абдоминальные боли – у 86,04%. Наряду с классическими симптомами наблюдались боли в эпигастральной области у 35 (79,54%) больных, изжога – у 29 (65,90%), отрыжка – у 25 (56,81%), тошнота – у 34 (77,27%), ощущение горечи во рту – у 21 (47,72%). Кроме того, у обследуемых с сочетанной патологией были выявлены нарушение зрения – у 15 (34,09%), плоскостопие – у 7 (15,90%), нарушение осанки (сколиоз, лордоз, кифоз) – у 17 (38,63%), гипермобильность суставов – у 6 (13,63%), варикозная болезнь – у 10 (22,72%), слабость мышц живота – у 4 (9,09%), астенический тип телосложения – у 5 (11,36%), деформация грудной клетки – у 3 (6,81%), гиперрастяжимость кожи – у 7 (15,90%).

По данным эндоскопического исследования у 11 (25,00%) больных диагностирована скользящая грыжа пищеводного отверстия диафрагмы (СПЮД), у 17 (38,63%) – гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ), у 9 (20,45%) – дуоденогастральный рефлюкс, функциональные расстройства желудка – у 5 (11,36%) пациентов. При анализе данных выявлено, что у больных со СПЮД среднее значение (EI) составило 8,81 балла; у больных с ГЭРБ – 8,35; у больных с дуоденогастральным рефлюксом – 8,22; у больных с функциональным расстройством желудка – 7,80 балла.

В обследуемых группах средние значения индекса эндоскопической активности были более 2 баллов, что соответствовало активности заболевания. При этом у больных I группы средние значения EI были достоверно выше значений у больных II группы (EI I группы составил 8,29 балла, EI II группы – 5,97 балла).

**Выводы.** У больных язвенным колитом выявлены внешние фенотипические признаки, такие как нарушение зрения, плоскостопие, нарушение осанки, гипермобильность суставов, варикозная болезнь, слабость мышц живота, астенический тип телосложения, деформация грудной клетки, гиперрастяжимость кожи, а также висцеральные признаки недифференцированной дисплазии соединительной ткани, такие как скользящая грыжа пищеводного отверстия диафрагмы, гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь, дуоденогастральный рефлюкс, функциональные рас-

стройства желудка, которые влияют на активность воспалительного процесса в слизистой оболочке толстой кишки у пациентов с язвенным колитом.

#### 81. Выявление патогенных *E.coli* у детей в ходе исследования на дисбактериоз кишечника

Оришак Е.А., Бойцов А.Г., Нилова Л.Ю., Щеглов В.С.  
СЗГМУ им. И.И. Мечникова, Россия

**Цель исследования:** оценить распространенность кишечных инфекций, вызванных патогенными *E.coli*, у лиц с дисбактериозом кишечника.

В ходе 8174 исследований на дисбактериоз (дети до 1 года – 5092 исследования; дети 1-6 лет – 2101; дети старше 6 лет и взрослые – 981) выделено 114 патогенных кишечных палочек (1,4%), в том числе 65 изолятов в группе детей до 1 года (57% от общего числа находок), 40 штаммов – в группе детей 1-6 лет (35%), 9 находок – в группе детей старше 6 лет и взрослых (8%). В группе детей до 1 года 22 штамма относились к группе энтеропатогенных кишечных палочек (34%), 35 штаммов – к группе энтеротоксигенных *E.coli* (53,6%), 1 – к группе энтерогеморрагических *E.coli* (1,4%), 7 изолятов (10,6%) относились к серогруппам, представители которых наиболее часто вызывают такие внекишечные поражения, как инфекции мочевыводящих путей (УРЕС), бактериемии, менингиты новорожденных (NMEC). В группе детей 1-6 лет 29 штаммов относились к энтеротоксигенным *E.coli* (72,5%), 7 культур – к энтеропатогенным *E.coli* (17,5%), 1 штамм – к энтерогеморрагическим *E.coli* (2,5%), 3 изолята (7,5%) к серогруппам, представители которых вызывают внекишечные поражения. В группе детей старше 6 лет и взрослых 5 культур относились к энтеротоксигенным *E.coli*, 2 – к энтеропатогенным *E.coli*, 2 – к энтероинвазивным *E.coli*. Одновременно в микробиоценозе кишечника пациентов с выявленными кишечными палочками наблюдались дисбиотические изменения. В группе детей до 1 года и детей 1-6 лет отмечалось увеличение количества условно патогенных энтеробактерий, *S.aureus*, гемолитической *E.coli*, грибов рода *Candida*. В возрастной группе детей старше 6 лет и взрослых изменение микробного пейзажа определялось появлением гемолитических *E.coli*. Полученные данные указывают на значительную выявляемость у детей до 6 лет кишечной инфекции, вызванной патогенными *E.coli*, на фоне дисбактериоза.

#### 82. Выявление вирусов – возбудителей кишечных инфекций в ходе исследования на дисбактериоз кишечника

Оришак Е.А., Бойцов А.Г., Щеглов В.С., Нилова Л.Ю.  
СЗГМУ им. И.И. Мечникова, Россия

**Цель исследования:** оценить распространенность и выявляемость кишечных инфекций вирусной этиологии при проведении расширенного исследования на дисбактериоз.

**Материалы и методы.** Проведено 150 исследований на дисбактериоз в параллели с целенаправленным выявлением вирусных инфекций методом ПЦР. Группа обследованных представляет собой случайную выборку лиц, направленных врачами разного профиля для исследования на дисбактериоз. Отбор по специфическим жалобам или клиническим проявлениям, могущим указывать на наличие кишечной инфекции, не производился с целью отразить значимость расширенного исследования или отсутствие таковой при диагностике дисбактериоза. Обследовались возрастные группы: 1) дети до 1 года – 55 человек; 2) дети от 1 года до 6 лет – 45 человек; 3) дети старше 6 лет и взрослые – 50 человек. У 23 обследованных (15,3%) выделены вирусные возбудители кишечных инфекций: *Adenovirus* – у 6 (4%), *Rotavirus* – у 6 (4%), *Norovirus* – 7 (4,7%), *Astrovirus* – у 4 (2,7%). В группе детей до 1 года вирусные возбудители выявлялись в 9 случаях (16,4%): *Astrovirus* – у 2 (3,6%), *Rotavirus* – у 3 (5,4%), *Norovirus* – у 3 (5,4%), *Adenovirus* – у 1 (1,8%). В группе детей от 1 года до 6 лет вирусные возбудители выявлялись в 9 случаях (20%), а именно *Adenovirus* – у (11,1%), *Norovirus* – у 3 (6,7%), *Astrovirus* – у 1 (2,2%), *Rotavirus* – у 1 (2,2%). Примечательно, что в 4,4% слу-

чаев в группе детей 1–6 лет отмечалась микст-инфекция: у одного ребенка были одновременно выделены *Salmonella* sp. и *Adenovirus*, в одном случае были выделены *Rotavirus* и *Norovirus*. В группе детей старше 6 лет вирусные возбудители выявлялись в 4 случаях (8% от числа обследованных в данной группе). При этом *Astrovirus* был выявлен у 1 человека (2%), *Norovirus* – у 1 (2%), *Rotavirus* – у 2 (4%). Каждой из находок соответствовали изменения в микробиоценозе кишечника. Полученные данные указывают на недооценку роли выявления кишечных инфекций вирусной этиологии как причины развития дисбиотических состояний.

### 83. Оценка эффективности цинка в профилактике ОРВИ у людей трудоспособного возраста

Орлова С.В., Никитина Е.А., Карушина Л.И.,  
Василевская Л.С., Тарасова Д.И.  
РУДН, Москва, Россия

**Цель исследования:** изучить эффективность приема цинксодержащей БАД в отношении профилактики ОРВИ у людей трудоспособного возраста.

**Методы.** При оценке фактического питания с помощью компьютерной программы было выявлено 98 человек (51 женщина и 47 мужчин) в возрасте 36–52 лет, у которых потребление цинка с пищей не соответствовало нормам физиологической потребности. Были сформированы две группы: участники основной группы (n=50) получали 10 мг цинка в сочетании с коровьим молозивом в день в форме жевательных таблеток на протяжении двух месяцев в зимний период, в контрольной группе (n=48) использовалось плацебо. Проводилась оценка заболеваемости ОРВИ в обеих группах во время приема цинка и в течение 2 месяцев после его окончания.

**Результаты.** Заболеваемость ОРВИ в группе пациентов, получавших цинк, была ниже во время приема цинка (ОР 0,46;  $p < 0,001$ ), в течение 2 месяцев после окончания приема (ОР 0,62;  $p < 0,01$ ), а также наблюдался более низкий уровень повторных заболеваний острыми вирусными инфекциями в наблюдаемый период (ОР 0,77;  $p < 0,01$ ). Среди заболевших ОРВИ в основной группе отмечалась меньшая продолжительность заболевания – ( $3,4 \pm 1,3$ ) дня в основной группе против ( $5,7 \pm 3,3$ ) дня в контрольной.

**Выводы.** Прием цинксодержащей БАД способствует уменьшению заболеваемости ОРВИ в зимне-весенний период у людей трудоспособного возраста. Целесообразно проведение дальнейших исследований для изучения механизма действия данной БАД на местный и системный иммунитет.

### 84. Микробиота кишечника при рассеянном склерозе

Осипов Г.А.  
Академическая группа акад. РАМН Ю.Ф. Исакова при НЦ  
ССХ им. А.Н. Бакулева РАМН, Москва, Россия,  
e-mail: osipovga@mail.ru

Состав микробиоты кишечника здоровых людей зависит от генотипа хозяина, диеты, возраста и пола и подвержен влиянию эмоциональных, химических и физических факторов. Поскольку этот сложный симбиоз с микроорганизмами влияет на метаболизм, физиологию и экспрессию генов хозяина, возникло предположение, что человека надо рассматривать с общеприродных позиций как сложный биологический суперорганизм, в котором единое целое составляют как собственные клетки хозяина, так и населяющие его микроорганизмы. Стало известно, что они производят более 60% веществ, необходимых для функционирования внутренних органов и кожи. Полагают, что они оказывают влияние и на психоэмоциональное состояние хозяина. Отечественные работы последнего десятилетия показали возможность рутинного использования масс-спектрометрии микробных маркеров (МСММ) и клинического мониторинга метаболома в реальном времени. Этим методом нами проведен анализ микробиологического статуса пациентов 45 и 53 лет с рассеянным склерозом. Обнаружено резкое снижение содержания лактобацилл на стенке толстой кишки в 10 и 100 раз, что не наблюдается при других патологиях. В то же время зафиксирован избыток колонизации кишечника бифидобактерия-

ми и актинобактериями родов *Streptomyces*, *Nocardia*, *Rhodococcus*, *Pseudonocardia* и *Actinomadura*. Увеличена численность анаэробов *Eubacterium*, *Prevotella*, грамотрицательных бактерий рода *Klebsiella* и *Moraxella*. У старшей из обследованных оказалась выше нормы концентрация маркеров *Peptostreptococcus anaerobius* и *Candida*, а также существенно увеличена концентрация маркера цитомегаловируса. Теоретически это серьезно нарушает функции внутренних органов, в том числе мозга, и можно полагать, что коррекция микробиоты будет, по крайней мере, способствовать улучшению качества жизни больных рассеянным склерозом.

### 85. Микробиота кишечника: транслокация, эндогенная инфекция и полезные микробы

Осипов Г.А.  
Академическая группа акад. РАМН Ю.Ф. Исакова при НЦ  
ССХ им. А.Н. Бакулева РАМН, Москва, Россия,  
e-mail: osipovga@mail.ru

В недавних исследованиях спонтанного бактериального перитонита и синовита была обнаружена транслокация большинства микроорганизмов – обитателей кишечника в очаг воспаления. Избыточный рост (инфекцию) определили методом масс-спектрометрии микробных маркеров (МСММ) по маркерам, концентрация которых аномально высока в органе по сравнению с кровью того же пациента. Инфицирование внутренних органов за счет транслокации бактерий из кишечника или ротовой полости известно давно и признается большинством клиницистов. Считается, что транслокация кишечной микробиоты является основным механизмом эндогенного инфицирования. Это означает, что следует ожидать появления в зоне воспаления любых обитателей кишечника – их известно 1200 фенотипов (по данным анализа ДНК). А почему не всех сразу? Это вопрос чувствительности и информативности метода. Метод, примененный в настоящем исследовании, позволил сканировать одновременно 170 маркеров микроорганизмов разного таксономического уровня и их групп. А зачем все кишечные микробы приходят в сустав при воспалении? Причем приблизительно в той пропорции, в которой они работают в кишечной биопленке. Может, для того, чтобы и в месте воспаления создать сбалансированную лечебную биопленку и тем самым препятствовать одностороннему развитию бактерий в состоянии экспрессии факторов патогенности? Возможно, это своеобразная скорая помощь организма – **самолечение с антибиотикотерапией и репарацией органов**, поскольку такая совокупность микробов способна непосредственно в очаге воспаления синтезировать необходимые для этих процессов биологически активные вещества. Надо научиться помогать этому процессу, или, по крайней мере, не мешать. Каким образом помогать? – Например, восстановлением микробиоценоза кишечника, под контролем МСММ.

### 86. Курортное лечение как один из основных факторов реабилитации

Осипов Ю.С., Ефименко А.П., Жигунова Т.П.,  
Мкртчян А.М.  
Пятигорский государственный НИИ курортологии ФМБА  
России, e-mail: orgotdel@gniik.ru

Как показывают результаты многолетних исследований ученых Пятигорского государственного НИИ курортологии, комплексные лечебные мероприятия, включая этап долечивания, повышают эффективность лечения в 1,5 раза. Внедрение природных целебных факторов санаторно-курортного комплекса и современных малозатратных технологий увеличивает эффективность оздоровления и профилактики на 25–30%, снижая на 10–15% экономические издержки при лечении в условиях поликлиник и стационаров.

Вся история отечественной курортологии свидетельствует о том, что ранее всего люди стали применять минеральную воду (МВ) внутрь с целью лечения самых разных болезней и общего укрепления организма. Впоследствии многочисленными научными исследованиями были доказаны мощные целебные свойства питьевой МВ, особенно при повторных курсах ее приема. Это

значительно повышало общую эффективность и качество санаторно-курортного лечения, о чем свидетельствовало четырехкратное увеличение периода стойкой ремиссии, соответствующее уменьшению обострений заболевания, сокращение дней временной нетрудоспособности и выплаты по больничным листам в 3,5-4 раза.

Трудно переоценить значение санаторно-курортной помощи, которая на протяжении многих десятилетий доказала свою медико-экономическую эффективность. Так, например, издержки, произведенные на санаторно-курортном этапе реабилитации больных, оперированных по поводу заболеваний органов пищеварения, окупают себя в трехкратном размере, а издержки на долечивание постинфарктных больных – в семикратном.

Природные факторы, не вызывая эффекта привыкания, аллергии организма, активируют важнейшие эндогенные биорегуляторные системы и позволяют существенно снизить дозы применяемых медикаментов, уменьшить рецидивирование, предупредить осложнения, улучшить качество жизни.

Проведенные на протяжении нескольких десятков лет совместные исследования Пятигорского государственного НИИ курортологии Федерального медико-биологического агентства с ведущими медицинскими центрами страны по реабилитации больных с различными социальными значимыми заболеваниями показали высокую эффективность и необходимость направления на курорт данной категории пациентов.

#### 87. Методика лечения больных с эрозивно-язвенными поражениями гастродуоденальной системы при укороченных сроках пребывания на курорте (10–12 дней)

Осипов Ю.С., Жигунова Т.П., Саакова Л.М.  
Санаторий «Русь», Железноводск, Россия,  
e-mail: saakova-rus@rambler.ru

Необходимость изучения проблемы обусловлена тем, что в последние годы возросло число больных, прибывающих на курорт с утяжеленными формами заболеваний органов пищеварения: язвенной болезнью, эрозивными гастродуоденитами, гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью. У многих больных заболевание протекает с умеренно выраженной клинической картиной, возможно, поэтому часть из них приезжает на курорт на короткие сроки лечения – 10–12 дней. В связи с этим представляет интерес использование комбинированного метода лечения, включающего традиционную фармакотерапию и курортное лечение с применением физических факторов, воздействующих на патогенетические механизмы патологического процесса.

**Цель исследования:** оценка эффективности комплекса восстановительного лечения на этапе курортной реабилитации при лечении больных с эрозивно-язвенными поражениями гастродуоденальной системы, прибывших на курорт на короткий срок лечения.

**Материалы и методы.** Наблюдалось 40 больных с эрозивно-язвенными поражениями гастродуоденальной системы: 12 – с эрозивной гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью, 16 – с эрозивным гастродуоденитом, 12 – с язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки.

Больные получали комплекс санаторно-курортного лечения, который включал прием минеральной воды Смирновского источника, минеральные ванны, диетическое питание, медикаментозное лечение (омез, кларитромицин, амоксициллин).

В результате лечения у 6 из 12 больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки отмечено рубцевание язвы (стадия красного рубца), у 4 – уменьшение размеров язвы. У 8 из 16 больных с эрозивным гастродуоденитом отмечено исчезновение эрозий. У больных с эрозивной ГЭРБ динамика была выражена в меньшей степени: только у 5 из 12 пациентов отмечено исчезновение эрозий, у остальных уменьшились явления отечности и гиперемии слизистой на всем протяжении пищевода.

**Выводы.** Короткие сроки курортного лечения в сочетании с медикаментозной терапией дают положительные результаты, которые можно считать начальной стадией регресса патологического процесса, требующего продолжения медикаментозного лечения по месту жительства.

#### 88. Оптимизация санаторно-курортного лечения больных хроническим хеликобактерным гастритом на стадии предраковых повреждений желудка

Осипов Ю.С., Пак А.Г.  
Пятигорский государственный НИИ курортологии ФМБА  
России, e-mail: orgotdel@gniik.ru

**Цель исследования:** научно обосновать комплексное применение медикаментов и минеральных вод в реабилитации больных хроническим антральным гастритом, ассоциированным с *Helicobacter pylori*.

**Материалы и методы.** В 1 ЛК – 50 человек на курорте получали антихеликобактерную терапию в комплексе с слабосульфидными минеральными ваннами с содержанием сероводорода 10 мг/л, № 10 и внутренний прием минеральной воды в количестве 3–3,5 мл/кг массы тела за 30 минут до еды 3 раза в день. Во 2 ЛК 50 больных амбулаторно принимали только антихеликобактерную терапию.

**Результаты.** Уменьшение болевого синдрома отмечено у 97,7% пациентов в 1 ЛК и у 91,5% – во 2 ЛК, диспепсического синдрома – соответственно у 57,1% и 52,4%. Достоверно снизилось число больных с атрофическими изменениями слизистой антрального отдела в 1 ЛК (по данным ФГДС). Процент исчезновения *H. pylori* на 4% больше в 1 ЛК, чем во 2 ЛК. По данным интрагастральной рН-метрии отмечено достоверное преимущество в ошелачивающей функции антрального отдела желудка у больных 1 ЛК по сравнению со 2 ЛК ( $p < 0,05$ ). Повышение уровня гастрин-17 при применении 1 ЛК выявлено у 79,4% с  $(2,11 \pm 0,12)$  пмоль/л до  $(6,21 \pm 0,19)$  пмоль/л и во 2 ЛК – у 38,5% с  $(2,06 \pm 0,3)$  пмоль/л до  $(3,12 \pm 0,49)$  пмоль/л. У этих же больных отмечено улучшение показателей пепсиногена-1 в 1 ЛК с  $(36,1 \pm 1,2)$  мг/л до  $(40,2 \pm 0,1)$  мг/л, во 2 ЛК – с  $(38,6 \pm 0,2)$  мг/л до  $(38,9 \pm 0,1)$  мг/л.

**Выводы.** Сопоставление эффективности различных лечебных комплексов позволило отдать предпочтение сочетанному применению минеральных вод и медикаментозного лечения.

## II

#### 89. Оценка антиокислительной активности лецитина в эксперименте

Панова Л.Д., Панова А.Н., Никифорова Р.Ш.,  
Бабенкова Е.В., Минигазимова А.Я.  
Башкирский ГМУ, Уфа, Россия

**Цель исследования:** изучить влияние БАД «Лецитин» на процессы свободнорадикального окисления (СРО) в эксперименте. Лецитин – это комплекс фосфолипидов, разрешен для использования в качестве пищевых добавок в России (Е322, Сан.ПиН 2.3.2.1078-01).

**Материал и методы.** Влияние лецитина исследовали в модельной системе цитрат-фосфат-люминол, генерировавшей активные формы кислорода (АФК), и в субстратах липосом, в которых протекали реакции перекисного окисления липидов (ПОЛ) с использованием метода регистрации хемиллюминесценции (ХЛ) по стандартной методике Р.Р. Фархутдинова (2000). Для оценки влияния БАД «Лецитин» на генерацию АФК клетками крови конкретного больного использовали цельную гепаринизированную кровь. Интегральным и наиболее информативным показателем ХЛ являлась величина светосуммы свечения (S).

**Результаты.** Лецитин вызывал достоверное угнетение свечения в модельной системе, генерирующей АФК, причем степень угнетения свечения нарастала с увеличением концентрации препарата ( $p < 0,05$ ). Воздействие лецитина на ПОЛ также зависело от его концентрации: в больших дозах он проявлял антиоксидантную активность, в средних – прооксидантную, а в малых концентрациях вызывал недостоверное незначительное угнетение ХЛ. В концентрациях, близких к терапевтическим, лецитин *in vitro* значительно подавлял фагоцитарную активность клеток крови, что указывает на возможность применения этой аминокислоты при гиперэргических фагоцитарных реакциях с избыточной продукцией АФК.

**Выводы.** Исследование ХЛ можно рекомендовать для скрининга антиокислительной активности препаратов и мониторинга изменения СРО при различных медикаментозных воздействиях на организм.

#### 90. Эффективность бифидумбактерина «Бифишка» для коррекции дисбиоза у детей с хроническим гастродуоденитом

Пирогова З.И., Рябчук Ф.Н., Александрович И.В., Кряжева Е.В.  
СЗГМУ им. Мечникова, ДП № 77 Приморского района, Санкт-Петербург, Россия

**Цель исследования:** оценить эффективность использования в комплексе лечения детей с хроническими гастродуоденитами бифидумбактерина «Бифишка». Бифидумбактерин «Бифишка» – кисломолочный продукт, содержит живые, в активной форме кислотоустойчивые бифидобактерии штамма *B.bifidum* 791 БАГ ГНЦВБ «Вектор», патент 2165454, 2001 г. В состав препарата входит симбиотический комплекс антагонистических активных бифидобактерий (*B.bifidum* 8-3, *B.bifidum* 791 БАГ, *B.longum*) в физиологической концентрации, биологически активные вещества и метаболиты бифидобактерий.

Под наблюдением находились 34 ребенка в возрасте от 7 до 17 лет с хроническим гастродуоденитом хеликобактерной этиологии, из них у 5 пациентов при ФГДС были обнаружены эрозии, у 2 в антральном отделе, у 3 – в луковице двенадцатиперстной кишки. Гастродуоденит у 20 больных обострился после перенесенной кишечной инфекции (у 12 – ротавирусной, у 8 – неуточненной этиологии). Диагноз основного заболевания подтверждался данными анамнеза, клинического осмотра и инструментальных и лабораторных методов обследования. На момент обследования дисбиотические нарушения отмечались у всех больных и характеризовались снижением титра бактерий бифидум – у 89%, лактобацилл – у 100%, наличием увеличения роста *E.coli* со сниженными ферментативными свойствами – у 69,5%.

Из условно патогенной флоры высевались золотистый стафилококк – у 3, клебсиелла – у 2, цитробактер – у 4, кампилобактер – у 4, *E.coli* 01 – у 1, *E.coli* 06 – у 2 пациентов. В программу лечения основного заболевания с целью коррекции микробиотоза был включен бифидумбактерин «Бифишка». После проведенного лечения отмечена положительная динамика – на ФГДС эрозии не обнаруживались ни у одного больного. В посевах на дисбиоз отмечался прирост как бифидобактерий, так и лактобацилл, из условно патогенной флоры высевался только золотистый стафилококк (у 3 детей), титр которого был незначительным. Препарат хорошо переносился детьми.

#### 91. Микробиота кишечника и клинико-гистологическая активность при воспалительных заболеваниях кишечника

Пракопович Л.В., Ларина А.А., Дуданова О.П.  
Петрозаводский государственный университет, Россия

**Целью исследования** явилось определение зависимости показателей воспаления от степени дисбиоза кишечника у больных воспалительными заболеваниями кишечника (ВЗК) – болезнью Крона (БК) и неспецифическим язвенным колитом (НЯК).

**Материалы и методы.** Обследованы 16 больных: 6 – БК (у 4 – терминальный илеит, у 2 – илеоколит) и 10 – НЯК (у 6 – проктосигмоидит, у 4 – тотальный колит). Определялись клинические, эндоскопические и гистологические показатели активности. Среди последних оценивалась степень воспалительной инфильтрации слизистой двенадцатиперстной и подвздошной кишки, атрофия ворсин, наличие гранулем, воспалительная инфильтрация слизистой толстой кишки, наличие нейтрофилов, крипт-абсцессов, уменьшение числа бокаловидных клеток. Выполнялось бактериологическое исследование кала.

**Результаты.** У всех 16 (100%) больных ВЗК отмечалось снижение уровня бифидобактерий в 10-1000 раз, у 5 (31,3%) – лактобактерий – в 10-100 раз. У 5 (31,3%) пациентов обнаружен избыточный рост факультативной микробной флоры – золотисто-

го и гемолитического стафилококка, гемолитической кишечной палочки. У 3 (18,8%) выявлялась условно патогенная флора – клебсиелла, цитробактер и протей. Среди больных БК отмечались более выраженные клинические симптомы, эндоскопические и гистологические показатели воспаления при значительном дефиците бифидобактерий и наличии условно патогенной флоры. Среди больных НЯК с тотальным поражением кишечника, наличием псевдополипов, крипт-абсцессов наблюдался более значительный дефицит бифидо- и лактобактерий по сравнению с больными с проктосигмоидитом и умеренным воспалением.

**Выводы.** Тяжесть клинических симптомов, степень эндоскопических и гистологических изменений слизистой тонкой и толстой кишки у больных ВЗК зависели от выраженности нарушения микробиоты кишечника.

## Р

#### 92. Диагностика, обучение и лечение гастроэнтерологических больных с признаками тревожности и депрессии

Решетова Т.В., Жигалова Т.Н.  
СЗГМУ им. И.И. Мечникова, Санкт-Петербург, Россия

По свидетельствам интернистов различных медицинских специальностей число больных с сопутствующими тревожными и депрессивными расстройствами составляет от 35 до 87%, и между интенсивностью боли, уровнем тревоги, депрессии и длительностью обострения есть взаимосвязи. Снижение уровня тревоги и депрессии позитивно влияет на интенсивность клинических проявлений основного заболевания.

**Цель исследования:** оптимизация лечебного процесса путем делегирования его психотерапевтической части в Школы обучения пациентов для экономии врачебного времени.

Были исследованы слушатели Школ для пациентов: 348 больных ВЗК, алиментарным ожирением и сахарным диабетом.

**Методы исследования:** фокус-группа и структурированное интервью для больных, анонимное анкетирование врачей.

**Результаты исследования** показали, что при всех трех диагнозах 33-37% больных нуждаются в профилактике стрессовых обострений, 5-14% желают полностью вылечиться и вообще отказаться от лекарств, 17,5-23% хотят решить свою конкретную личную проблему (отдохнуть в санатории, пройти шоферскую комиссию и т.д.). Ожидают новую информацию о лечении всего 9-10%. Нуждаются в информации о диете или питании 5-24%. Никаких ожиданий от Школы не было более чем у 40%. Анализ достижений больных на фоне текущего заболевания продемонстрировал, что они могут помочь обучить друг друга (поездка за границу для 27% – проблема, для 31% – уже достигнута цель). Возможно проведение Школ в виде групповой супервизии, когда под руководством врача пациенты учатся друг у друга. Больные с тревожными и депрессивными симптомами требуют от врача большего времени и эмоциональных затрат. Перевод решения вопросов обучения методом доступной самодиагностики и самопомощи в формат Школ для пациентов позволяет врачу рационально использовать время на приеме.

#### 93. Показатели иммунологической реактивности у детей с хроническим гастродуоденитом, ассоциированным с хеликобактером и герпесвирусами

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

**Цель исследования.** Оценка степени нарушений общей иммунологической реактивности у детей ХГД при поражении СОЖ ассоциациями возбудителей: хеликобактеры и вирусы семейства герпеса – вирус Эпштейна – Барр (ВЭБ), герпесвирус (HV1,2 типа), цитомегаловирус (ЦМВ).

**Материалы и методы.** Под наблюдением находились 32 пациента в возрасте 5-11 лет с диагнозом «ХГД, ассоциированный с Нр(+)

и вирусами семейства герпеса». 20 детей составляли группу контроля. В комплекс обследования включали оценку клинико-anamnestических данных, ФГДС с хелпил-тестом, дыхательный тест, ИФА крови на типоспецифические антитела к вирусам ВЭБ, НВ1,2 типа, ЦМВ (субстрат – кровь, секрет носоглотки). Оценивали гемограмму, рассчитывали коэффициент фагоцитарной защиты (КФЗ), иммунный лимфоцитарный потенциал (ИЛМП) и лейкоцитарный индекс интоксикации (ЛИИ).

**Результаты.** Иммуноферментное и вирусологическое тестирование выявило микст-формы инфекций у больных ХГД: Нр+ВЭБ+НВ1,2 типа у 65,6% обследованных детей, Нр+ВЭБ – у 28,1% и Нр+ВЭБ+ЦМВ – у 6,3%. КФЗ у детей с микст-формами ХГД оказался достоверно сниженным по сравнению со средне-возрастной нормой и составил соответственно  $0,540 \pm 0,030$  и  $0,946 \pm 0,030$  ( $p < 0,01$ ).

Отклонение величины показателя ИЛМП имело противоположную направленность, этот показатель оказался достоверно повышенным у больных с микст-формами ХГД по сравнению с контролем и составил соответственно  $1,070 \pm 0,050$  и  $0,827 \pm 0,040$  ( $p < 0,001$ ). Увеличение показателя ИЛМП у детей, инфицированных герпесвирусами, еще раз подтверждает лимфотропность вирусных антигенов. У больных с микст-формами ХГД ЛИИ оказался достоверно повышенным по сравнению с контролем и составил соответственно  $0,90 \pm 0,01$  и  $0,35 \pm 0,06$  ( $p < 0,001$ ), что свидетельствовало о наличии эндогенной интоксикации у наблюдаемых детей.

**Выводы.** У больных ХГД при инфицировании СОЖ ассоциациями возбудителей выявляется выраженный иммунный дисбаланс в клеточно-фагоцитарном и лимфоидном звене иммунитета. Повышение ЛИИ свидетельствует о значительности эндогенной интоксикации при микст-формах поражения СОЖ при ХГД. Противовирусные и эрадикационные схемы лечения должны предусматривать коррекцию иммунологического дисбаланса и эндогенной интоксикации.

## C

### 94. Комплексное серологическое и бактериологическое обследование лиц с функциональными нарушениями желудочно-кишечного тракта

Савельяева М.В., Попкова С.М., Сердюк Л.В., Ракова Е.Б.  
НЦ ПЗСРЧ СО РАМН, Иркутск, Россия

**Цель исследования:** оценить иммуномикробиологические особенности у лиц с функциональными нарушениями желудочно-кишечного тракта (ЖКТ).

**Материал и методы.** Обследованы 149 детей дошкольного возраста с функциональными нарушениями ЖКТ. С помощью оригинального эритроцитарного иммунодиагностикума исследовались копрологические пробы на дисбиоз и наличие антител к бифидобактериям. Для дальнейшего исследования были отобраны дети с дефицитом бифидобактерий в кишечном биоценозе.

**Результаты.** На фоне дефицита индигенной микрофлоры регистрировались различные виды условно патогенной микрофлоры (стафилококк, клебсиелла, кандиды, атипичные формы кишечной палочки). Согласно ОСТ микробиологический статус состояния ребенка оценивался как дисбактериоз 2 степени. В предварительных исследованиях по изучению видовой архитектоники кишечных бифидобактерий было показано, что наиболее распространенным видом является *B.longum*, поэтому используемый нами лабораторный вариант иммунодиагностикума был сконструирован с использованием антигенов (клеточная стенка бактерий) данного вида. Результаты исследований по определению антител к *B.longum* в копрофильтратах (так называемый локальный иммунитет) показали, что у 26% лиц не имелось антител, 59% копропроб содержали антитела в низкой концентрации (1:2 – 1:16), остальные 15% имели высокие титры антител, иногда доходящие до титра 1:1024.

**Заключение.** Коррекция дисбиотических нарушений должна быть дифференцированной с учетом иммунологических показателей состояния локального иммунитета. При наличии высоких титров антител препаратом выбора может быть пребиотик, который не вызовет повышения иммунореактивности к бифидофлю-

ре, тогда как в отсутствие антител обоснована коррекция как пробиотическими препаратами, так и пребиотиками.

### 95. Основной белок миеллина в сыворотке крови при хроническом гепатите и циррозе печени

Савенкова В.А., Астахин А.В., Левитан Б.Н., Гребнева О.С.  
Астраханская ГМА, Россия

**Цель:** исследовать уровень основного белка миеллина (ОБМ) в сыворотке крови (СК) при хроническом гепатите (ХГ) и циррозе печени (ЦП).

**Методы исследования.** Исследована концентрация ОБМ в СК 30 больных ХГ, 25 ЦП и 30 здоровых доноров. Концентрацию ОБМ в СК определяли методом иммуноферментного анализа (ИФА) с помощью коммерческих тест-систем (449-5830 DSL MBR).

**Результаты.** Средние значения ОБМ в СК в группе больных ХГ достоверно не отличались от значений у здоровых доноров ( $p > 0,05$ ). В группе больных ЦП уровень ОБМ в среднем был повышен по сравнению с контрольной группой, однако различия не были достоверны ( $p > 0,05$ ). Достоверных различий в содержании ОБМ в СК между группами больных ХГ и ЦП выявлено не было ( $p > 0,05$ ). В то же время наиболее значительное повышение ОБМ в СК отмечалось у лиц с декомпенсированным ЦП алкогольной или смешанной этиологии (вирус + алкоголь) класса С по Чайльду – Пью, с выраженными проявлениями портальной гипертензии и печеночной энцефалопатии. Его величина в среднем составила  $(5,87 \pm 1,26)$  нг/мл, что было достоверно выше ( $p < 0,05$ ), чем в контрольной группе. У больных компенсированным ЦП класса А по Чайльду – Пью с начальными признаками портальной гипертензии концентрация ОБМ в СК также имела тенденцию к повышению по сравнению со здоровыми лицами, но найденное различие носило недостоверный характер.

**Заключение.** У больных ЦП наблюдается повышение концентрации ОБМ в сыворотке крови, причем, по мере прогрессирования заболевания, его декомпенсации и развития осложнений происходит нарастание значений ОБМ. Это может свидетельствовать о развитии деструктивных изменений в ЦНС при хронической патологии печени.

### 96. К вопросу возможности приема НПВП у больных с хроническим вирусным гепатитом С при суставном синдроме

Сарычева Ю.А., Чернышева Т.В., Ткаченко И.В.  
Оренбургская ГМА, Россия, e-mail: djsarycheva@rambler.ru

**Цель:** изучить возможность применения НПВП при суставном синдроме у больных с хроническим вирусным гепатитом С (ХВГС) с учетом развития основных нежелательных явлений.

**Материалы и методы.** Обследованы 20 больных ХВГС с суставным синдромом. Средний возраст составил  $(39,35 \pm 10,31)$  года, длительность заболевания гепатитом –  $(3,85 \pm 3,98)$  года, суставного синдрома –  $(3,43 \pm 5,91)$  года. Тромбоцитопения имелась у 8 (40%) больных, первоначальное увеличение уровня трансаминаз – у 12 (60%). Все больные были поделены на 2 сопоставимые группы по 10 человек. 1-я группа получала мовалис в суточной дозе 15 мг, 2-я группа – диклофенак в суточной дозе 100 мг. Лабораторный контроль проводился в динамике через 10 дней, с оценкой уровня трансаминаз и количества тромбоцитов. Общий курс лечения составил 20 дней.

**Результаты и обсуждение.** Через 10 дней у всех больных отмечалось уменьшение боли, припухлости в пораженных суставах с регрессом УЗИ-признаков воспалительных процессов. При этом в 1-й группе у 7 (70%) человек симптомы регрессировали полностью, а во 2-й группе больные нуждались в продолжении терапии. Несмотря на то, что в группы исследования были включены больные с тромбоцитопенией, на протяжении всего лечения изменения количества тромбоцитов не наблюдалось. Увеличение уровня трансаминаз относительно первоначальных показателей на фоне приема мовалиса составляло: АлАТ –  $(3,67 \pm 3,91)$  ЕД, АсАТ –  $(4,06 \pm 2,41)$  ЕД; на фоне приема диклофенака: АлАТ –  $(16,12 \pm 5,14)$  ЕД, АсАТ –  $(14,25 \pm 6,33)$  ЕД. После окончания терапии уровень трансаминаз имел тенденцию к снижению.

**Выводы.** Полученные данные свидетельствовали о более значительном повышении уровня трансаминаз у больных ХВГС на фоне лечения диклофенаком. Прием мовалиса сопровождался меньшей гепатотоксичностью у данной категории больных, но менее быстрым развитием клинического эффекта.

#### 97. Регулярность ритма кишечника и качество жизни студентов

Сенив О.И.<sup>1</sup>, Шемеровский К.А.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>СПбГПМА, <sup>2</sup>НИИ экспериментальной медицины СЗО РАМН, Санкт-Петербург, Россия

**Введение.** Качество жизни человека зависит от множества эндогенных и экзогенных факторов. Вместе с тем зависимость уровня качества жизни от регулярности околосуточного ритма эвакуаторной функции кишечника остается мало изученной.

**Цель данной работы** состояла в изучении зависимости уровня качества жизни от регулярности циркадианного ритма эвакуаторной функции кишечника.

**Материалы и методы.** Обследованы 100 студентов первого курса СПбГПМА: 23 юноши и 77 девушек 17-19 лет. Использованы специально разработанные анкеты по анализу уровня качества жизни и регулярности циркадианного ритма эвакуаторной функции кишечника. Анкеты состояли из 12 вопросов с 5 вариантами ответов.

**Основные результаты.** Регулярный ректальный ритм (РРР) при ежедневной реализации эвакуаторной функции кишечника с частотой не ниже 7 раз в неделю выявлен у 23 из 100 обследованных лиц. Нерегулярный ректальный ритм (НРР) при его частоте 3-4 или 5-6 раз в неделю был диагностирован у остальных 77 лиц. У лиц с РРР утренняя фаза стула встречалась чаще вечерней. У лиц с НРР кишечная брадиаритмия первой степени тяжести (5-6 раз в неделю) встречалась в 56% случаев, а второй степени тяжести (3-4 раза в неделю) – в 44% случаев. Среди лиц с НРР утренняя фаза стула встречалась в 1,4 раза реже, чем вечерняя. Высокий уровень качества жизни (в диапазоне 80%-100% от максимально возможного) у лиц с РРР (у 43% лиц) встречался почти в 4 раза чаще, чем у лиц с НРР (у 11% лиц). Низкий уровень качества жизни (в диапазоне 20%-40% от максимально возможного) диагностирован у 17% лиц с НРР, но не был выявлен ни у одного студента с регулярным циркадианном (ежедневным) ритмом кишечника.

**Выводы.** Уровень качества жизни студентов-медиков первого курса существенно зависит от регулярности циркадианного ритма эвакуаторной функции кишечника: высокий уровень качества жизни у лиц с регулярным стулом встречался почти в 4 раза чаще, чем среди лиц с нерегулярной эвакуаторной функцией кишечника.

#### 98. Диастолическая дисфункция и вид печеночного кровотока у больных инфарктом миокарда

Сердюков Д.Ю., Гордиенко А.В.

Военно-медицинская академия, Санкт-Петербург, Россия, e-mail: serdukovdu@yandex.ru

**Цель исследования:** оценить характер диастолической дисфункции сердца и печеночный кровоток у больных инфарктом миокарда в динамике.

**Материалы и методы.** Обследованы 140 больных в остром и подостром периодах инфаркта миокарда (ИМ). Всем обследованным при выписке выполнялась доплерография сердца и печени.

**Результаты исследования.** По типу диастолической дисфункции левого желудочка (ДД ЛЖ) определены 2 группы: I – больные ИМ с ригидной ДД ЛЖ – 106 (75%), II – с псевдонормальной и рестриктивной ДД ЛЖ – 34 (25%). В остром периоде ИМ печеночный застой определялся в 25,5% vs. 47% случаев ( $\chi^2=3,0$ ,  $p=0,05$ ), нарушение печеночного кровотока – в 49% vs. 55% соответственно. Встречались следующие виды кровотока: HV0 – 35% vs. 22%, HV1 – 20% vs. 28%, HV2 39% vs. 22%, гипердинамический – 4% vs. 11%, разнонаправленный – 2% vs. 17% ( $\chi^2=7,4$ ,  $p=0,047$ ).

В тех же группах при выписке печеночный застой выявлялся у 14% и 16% соответственно ( $p>0,05$ ); нарушение кровотока – у 25% и 33% ( $p>0,05$ ); кровоток HV0 в I группе у 56%, HV1 – у

19% vs. 33%, HV2 – у 25% vs. 40%, гипердинамический – во II группе в 27% случаев ( $\chi^2=7,3$ ,  $p=0,04$ ).

**Заключение.** Рестриктивный и псевдонормальный митральный кровоток при ИМ чаще сопровождается печеночным застоем и нарушением печеночного кровотока. В динамике в обеих группах наблюдается улучшение функционального состояния печени, более выраженное у больных ИМ с ригидным типом диастолической дисфункции ЛЖ.

#### 99. Состояние липидного обмена у пациентов с сочетанной гастроэнтерологической и кардиологической патологией в динамике эрадикационной терапии

Симонова Ж.Г., Мартусевич А.К.

Кировская ГМА, Нижегородский НИИ травматологии и ортопедии, Россия, e-mail: cryst-mart@yandex.ru

**Цель исследования:** оценить характер сдвигов липидного профиля крови у пациентов с язвенной болезнью желудка (ЯБЖ) и ишемической болезнью сердца (ИБС) при проведении эрадикации *Helicobacter pylori*.

**Материал и методы исследования.** Нами проведено комплексное обследование 64 пациентов (средний возраст (54,2±5,1) года) с ЯБЖ (фаза обострения; средняя продолжительность заболевания (10,6±3,1) года) и ИБС (средняя продолжительность заболевания (3,3±2,0) года). Критерием включения в исследование являлся подтвержденный не менее чем 2 методами хеликобактериоз. Изучали показатели липидного метаболизма (уровень холестерина и триглицеридемии, липопротеидный спектр крови). Всем пациентам проводили эрадикационную терапию по общепринятым алгоритмам. Статистическая обработка результатов производилась алгоритмами вариационной статистики с применением электронных таблиц Microsoft Excel 2003, а также SPSS 11.0 и Primer of biostatistics 4.03.

**Результаты.** До начала эрадикационной терапии у обследуемых пациентов регистрировали гиперхолестеринемию – (6,97±0,61) ммоль/л, повышенный уровень холестерина липопротеидов низкой плотности – (4,60±0,63) ммоль/л, что является дополнительным фактором утяжеления имеющейся кардиологической патологии. По завершении эрадикации наблюдали отчетливую положительную динамику по всем изучаемым показателям. Так, уровень общего холестерина снизился до (5,69±0,43) ммоль/л ( $p<0,05$ ), холестерина ЛПНП – до (4,23±0,38) ммоль/л ( $p>0,05$ ), триглицеридемии – до (1,38±0,15) ммоль/л ( $p<0,05$ ).

**Заключение.** Таким образом, проведение эрадикационной терапии при сочетанной кардиологической (ИБС) и гастроэнтерологической (ЯБЖ) патологии способствует нормализации липидного профиля крови данного контингента пациентов.

#### 100. Использование неинвазивных тестов (НТ) для диагностики фиброза печени (ФП)

Сирчак Е.С.

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

**Цель исследования:** оценить диагностические возможности НТ для определения стадий фиброза печени (СФП).

**Материалы и методы.** Под нашим наблюдением находились 246 больных с циррозом печени (ЦП), которые лечились в ЗОКБ им. А. Новака. Кроме общепринятых методов диагностики ЦП для определения СФП у больных применяли 10 специально разработанных тестов (СТ) (Forns, FibroIndex, FIB-4, APRI, HALT-C, MDA, GUCI, FPI, PGA, PGAA), используя для этого результаты таких лабораторных методов обследования, как уровень АСТ, АЛТ, тромбоцитов, протромбинового времени, холестерина, ГГТП,  $\gamma$ -глобулина, альбумина, щелочной фосфатазы, глюкозы, инсулина, аполипопротеина А1 и  $\beta$ 2-макроглобулина. Также учитывали возраст больных и употребление алкоголя в прошлом.

**Результаты.** После проведения клинико-лабораторных обследований больных с ЦП распределили по классам тяжести по Child-Pugh. В класс А вошли 78 (31%) больных, в класс В – 85 (35%), в класс С – 83 (34%).

У всех обследованных больных при использовании СТ для определения СФП, получили результаты, которые свидетельствуют о выраженном процессе фиброобразования в печени, а именно: значение теста Forns составляло  $5,12 \pm 0,56$ ; Fibroindex –  $3,01 \pm 0,96$ ; Fib-4 –  $4,22 \pm 1,23$ ; APRI –  $1,73 \pm 0,88$ ; HALT-C – 1 (100%); MDA –  $-(26,83 \pm 1,9)$ ; GUCI –  $7,02 \pm 0,89$ ; FPI –  $1,32 \pm 0,95$ ; PGA –  $13 \pm 6$ ; PGAA –  $15 \pm 7$ .

**Выводы.** СТ на основе биохимических показателей сыворотки крови являются альтернативным методом для определения СФП в связи с их независимостью, доступностью и точностью у больных с выраженным фиброзом и ЦП. Кроме того они могут использоваться для оценки определения принадлежности больных к соответствующим классам по Child-Pugh.

### 101. Оценка информативности системы скрининга больных с гепатобилиарной патологией

Собирова Г.Н., Каримов М.М., Рустамова С.Т.  
Республиканский специализированный научно-практический центр терапии, Ташкент, Узбекистан

**Цель исследования:** оценка информативности адаптированной на уровне врача общей практики системы скрининга больных с гепатобилиарной патологией (СБГП).

**Материал и методы.** Проведено неинтервенционное обсервационное одномоментное исследование в 4 исследовательских центрах Ташкента. Обследованы 1000 больных (основная группа) и 1000 больных (контрольная группа, на основе архива), находившихся под наблюдением врачей-терапевтов, врачей общей практики или других врачей, не являющихся специалистами в гастроэнтерологии и гепатологии. Проводили анамнестические, клинические и лабораторно-инструментальные исследования с учетом перечня признаков патологии печени по Kuntz.

**Результаты.** Ретроспективный анализ 1000 историй болезни и амбулаторных карт выявил вероятность наличия патологии печени (ПП) у 781 (77,1%) пациента. При этом среднее число обнаруженных на 1 больного признаков составляло  $3,3 \pm 0,6$ . Консультация специалиста была проведена только у 5,9% пациентов, и только у 1,9% была диагностирована ПП. Среди архивных больных по ответам на 13 целевых вопросов опросника не выявленными (или не описанными) оказались 5 признаков. Кроме того, не всегда были проведены обязательные лабораторные тесты. А УЗИ органов брюшной полости проведено у 44% больных. Эти данные показывают, что в реальной клинической практике вне поля зрения врачей остается большое количество недиагностированных пациентов.

**Выводы.** СБГП в практике позволит увеличить частоту раннего выявления больных с ПП и повысить эффективность лечения. Использование СБГП в эпидемиологических исследованиях позволит выявить группы пациентов высокого риска и уточнить их профиль на доклиническом уровне.

### 102. Взаимосвязь нарушений функций печени и микробиоценоза толстой кишки при остром алкогольном психозе

Соловьева Н.В.  
СГМУ, Архангельск, Россия

**Цель исследования:** установить роль нарушений микробиоценоза толстой кишки в патогенетических механизмах поражения печени при остром алкогольном психозе и оценить эффективность применения препаратов пробиотического действия для их коррекции.

**Материал и методы.** Обследованы 92 мужчины, из которых 66 с синдромом зависимости от алкоголя в состоянии острого алкогольного психоза (ОАП). Пациенты I группы (34 человека) получили только традиционную дезинтоксикационную терапию, II группы (32 человека) – биокоррекцию водорослевыми препаратами, обогащенными бифидобактериями и лактобактериями («Альгибиф» и «Альгилак»). Контрольную группу составили 26 практически здоровых мужчин. Проведено исследование ферментативной активности сыворотки крови и бактериологическое исследование кала.

**Результаты исследования.** Поражения печени алкогольного генеза проявлялись повышением ферментативной активности сыво-

ротки крови (АСТ, АЛТ, ГГТ, ЛДГ, ЩФ) и приводили к развитию дисбиоза толстой кишки тяжелых степеней, со снижением содержания бифидо-, лактобактерий, энтерококков и повышением частоты встречаемости золотистых стафилококков и гемолитических кишечных палочек. На высоте ОАП отсутствовали связи микроорганизмов с активностью ферментов, что свидетельствует о рассогласовании функций микробного гомеостаза и печени. После проведения терапии во II группе наблюдалось снижение активности ферментов и восстановление микрофлоры толстой кишки, что подтверждалось появлением взаимосвязей микроорганизмов с активностью ферментов той же силы и направленности, что и в контроле. Это указывает на восстановление сопряжения детоксикационной функции печени и кишечной микрофлоры. При этом в I группе отсутствовали значимые изменения активности ферментов и микробиоценоза; малочисленными были межсистемные взаимосвязи.

**Заключение.** Применение пробиотических препаратов способствует восстановлению количественного состава облигатной микрофлоры толстой кишки и восстановлению детоксикационной функции, что снижает нагрузку на ферментные системы печени и способствует уменьшению в ней метаболических и структурных изменений.

### 103. Применение нутрицевтиков в комплексной терапии нарушений микробиоценоза кишечника у детей

Солоница Л.П.  
ООО «Гастро», Сургут, Россия

**Цель исследования:** изучить эффективность применения БАД «Формулы баланса плюс» фирмы «Глорион» (Новосибирск) при лечении детей всех возрастов с сочетанием дисбиоза кишечника, хронических заболеваний желудочно-кишечного тракта и патологии кожи.

**Материал и методы.** Нами наблюдались 30 детей от 2 до 10 лет, имеющих атопический дерматит на фоне нарушений микробиоценоза кишечника при гастродуоденитах и дискинезиях желчевыводящих путей. Хронические заболевания желудочно-кишечного тракта выявлены у 22% родителей, дисбиоз кишечника – у 16%. У 88% детей аллергические кожные проявления были обусловлены заболеваниями ЖКТ. Дисбиоз кишечника выявлен у 91% детей, в том числе дисбиоз 3-4 видов микробов отмечен у 36% детей.

**Результаты.** Комплексное лечение у наблюдаемых детей помимо традиционного медикаментозного включало использование «Формулы баланса плюс» как витаминного и минерального комплекса с соответствующей возрасту дозировке для повышения иммунитета. Длительность приема составляла 1-2 месяца. При контроле через 2 месяца отмечалось восстановление титров бифидо- и лактобактерий в 66% случаев, снижение титра патогенной и условно патогенной флоры – в 56%. Отмечено значительное уменьшение кожных проявлений у 58% детей и выраженности заболеваний ЖКТ – у 47%. Улучшение аппетита отмечали 87% детей. Контрольное УЗ и эндоскопическое исследования выявили положительную динамику изменений слизистой желудка и двенадцатиперстной кишки, печени, желчевыводящих путей.

**Выводы.** БАД «Формулы баланса плюс» способствует коррекции микрофлоры кишечника при дисбиозе, уменьшению кожных проявлений у детей с заболеваниями желудочно-кишечного тракта и может применяться при лечении заболеваний, сопровождающихся снижением иммунитета.

### 104. Эффективность применения нового гепатопротектора «Прогепар» при НАЖЗП

Старостин Б.Д.  
ГП № 38, ГЭО, Санкт-Петербург, Россия,  
e-mail: borstar56@yandex.ru

**Цель исследования:** оценить эффективность гепатопротекторного препарата «Прогепар» у пациентов с неалкогольным жировым заболеванием печени (НАЖЗП).

**Материалы и методы.** Проведено открытое исследование, в котором пациенты с НАЖЗП – неалкогольным стеатозом печени (n=45)

или стеатогепатитом (n=27) принимали прогепар по 1 таблетке 3 раза в день. Прогепар – комплексный препарат, в состав которого входит гидролизат печени 70 мг, миоинозитол 25 мг, цианкобаламин – не менее 1,5 мкг, холина гидротартрат 100 мг, L-цистеина гидрохлорид 21,50 мг. Установление диагноза НАЖЗП проводилось в соответствии с критериями Powell E.E. и соавторов. У всех пациентов исключалось наличие других хронических заболеваний печени, проводилось ультразвуковое исследование печени для выявления признаков НАЖЗП по Бацкову С.С. В соответствии с медико-экономическими стандартами оценивались соответствующие биохимические показатели (функциональные печеночные пробы): АЛТ, АСТ, билирубин общий и его фракции, щелочная фосфатаза,  $\gamma$ -глутамилтранспептидаза, холестерин, глюкоза, общий белок и белковые фракции, а также амилаза сыворотки крови.

**Результаты.** В процессе лечения через 8 недель от начала приема прогепара определялась положительная динамика нормализации функциональных печеночных проб, нарушенных на входе в исследование. 67 пациентов из вошедших в исследование 72 отметили улучшение общего самочувствия, устранение клинических проявлений заболевания, улучшение качества жизни.

**Выводы.** Прогепар – эффективный препарат для лечения различных форм НАЖЗП (стеатоз печени или неалкогольный стеатогепатит).

#### 105. Ганатон в лечении пациентов с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью (ГЭРБ)

Старостин Б.Д., Старостина Г.А.

ГП № 38, ГЭО, Санкт-Петербург, Россия,  
e-mail: borstar56@yandex.ru

**Цель исследования:** оценить эффективность дополнительного использования ганатона при гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (ГЭРБ) на фоне приема ингибитора протонной помпы.

**Материалы и методы.** Проведено открытое сравнительное исследование, в котором пациенты 1-й группы с подтвержденной ГЭРБ принимали ганатон 0,05 г 3 раза в день за 30 минут до приема пищи и рабепразол (париет) 0,02 г 1 раз в день за 30-60 минут до утреннего приема пищи в течение 4 недель. Показаниями для применения ганатона являлось наличие нарушенной моторно-эвакуаторной функции желудка и/или дуоденогастрального рефлюкса. В контрольной 2-й группе пациенты принимали только рабепразол 0,02 г 1 раз в день за 30-60 минут до утреннего приема пищи в течение 4 недель. Сравнимые группы не имели статистически значимых различий, которые могли бы оказать влияние на результаты исследования. Установление диагноза ГЭРБ производилось в соответствии с общепринятым алгоритмом диагностики. В обеих группах оценивалась выраженность симптомов до и после лечения (в баллах от 0 до 4), динамика качества жизни (SF-36).

**Результаты.** В 1-й исследуемой группе при дополнительном применении ганатона на фоне приема рабепразола отмечалась более значимая динамика уменьшения выраженности симптомов заболевания, чем при монотерапии ингибитором протонной помпы. Отмечена также более значимая динамика качества жизни и более быстрые темпы улучшения качества жизни при комбинированной терапии ганатон плюс рабепразол.

**Выводы.** Ганатон повышает эффективность лечения пациентов с ГЭРБ при использовании рабепразола.

#### 106. Урсодекс в лечении запоров

Старостин Б.Д., Старостина Г.А.

ГП № 38, ГЭО, Санкт-Петербург, Россия,  
e-mail: borstar56@yandex.ru

**Цель исследования:** оценить эффективность урсодексохоловой кислоты (препарата «Урсодекс») у пациентов с запорами.

**Материалы и методы.** Проведено открытое мультицентровое сравнительное рандомизированное исследование, в котором пациенты с функциональным запором (ФЗ) (n=31) либо синдромом раздраженного кишечника (СРК) преимущественно с запорами (n=39) принимали урсодекс по 0,3 г 3 раза в день в течение 8 недель, либо дюфалак по 30,0 мл 1 раз в день (пациенты с ФЗ и СРК, n=41).

Обоснованием применения урсодекса при запорах являются данные, свидетельствующие о нарушении концентрации свободных желчных кислот в кишечнике у пациентов с запорами, а также установленный факт, что каждый второй пациент не удовлетворен приемом ранее применяемых слабительных. Повышение концентрации желчных кислот в толстой кишке приводит к стимуляции моторики и секреции. Обоснованием применения дюфалака являются данные об эффективности препарата в соответствии с критериями доказательной медицины при ФЗ и СРК с запорами. Сравнимые группы не имели статистически значимых различий, которые могли бы оказать влияние на результаты исследования. Установление диагноза проводилось в соответствии с Римскими III диагностическими критериями. Оценивались время наступления первой дефекации после приема препаратов, процент пациентов, имевших дефекацию в течение 24 часов после приема исследуемых препаратов, динамика клинических проявлений (выраженность болей в животе и других) через одну, четыре и восемь недель от начала лечения.

**Результаты.** Во всех четырех группах после приема урсодекса или дюфалака отмечалась положительная динамика клинических проявлений ХЗ и СРК (учащение частоты дефекаций, консистенция стула и других симптомов), улучшение качества жизни. Более значимые изменения отмечены у пациентов с ХЗ по сравнению с пациентами с СРК.

**Выводы.** Урсодекс по своей эффективности как слабительное средство не уступает лактулозе (дюфалаку).

#### 107. Урсодекс в лечении НАСГ

Старостин Б.Д., Старостина Г.А.

ГП № 38, ГЭО, Санкт-Петербург, Россия,  
e-mail: borstar56@yandex.ru

**Цель исследования:** оценить эффективность гепатопротекторного препарата «Урсодекс» у пациентов с неалкогольным стеатогепатитом.

**Материалы и методы.** Проведено контролируемое маскированное исследование, в котором пациенты с неалкогольным стеатогепатитом (n=35) принимали урсодекс по 0,3 г 3 раза в день. Установление диагноза НАСГ проводилось в соответствии с критериями Powell E.E. и соавторов. У всех пациентов исключалось наличие других хронических заболеваний печени (вирусной и иной этиологии), проводилось ультразвуковое исследование печени для выявления признаков НАЖЗП по Бацкову С.С., а также эластография печени для определения выраженности фиброза по METAVIR. В соответствии с медико-экономическими стандартами оценивались биохимические показатели: АЛТ, АСТ, билирубин, щелочная фосфатаза,  $\gamma$ -ГТП, холестерин, глюкоза, общий белок и белковые фракции, а также амилаза сыворотки крови; проводились клинический анализ крови, общий анализ мочи, копрограмма и другие исследования. В контрольной группе (n=11) пациенты принимали плацебо.

**Результаты.** В процессе лечения через 12 недель от начала приема урсодекса в исследуемой группе определялось статистически значимое уменьшение выраженности синдрома цитолиза, определяемое на входе в исследование. По данным эластографии отмечено умеренное снижение выраженности фиброза (статистически не значимое), но следует отметить недостаточную продолжительность курса лечения. Отмечено улучшение общего самочувствия, устранение клинических проявлений заболевания, улучшение качества жизни. Положительная динамика биохимических показателей, данных эластографии и др. не отмечены в контрольной группе.

**Выводы.** Урсодекс – эффективный препарат для лечения НАЖЗП и, в частности, НАСГ, который сопровождается повреждением гепатоцитов. В настоящее время препараты урсодексохоловой кислоты в комбинации с антиоксидантами следует рассматривать при НАСГ как терапию первой линии.

**108. Эссенциале форте как гастропротективный препарат при использовании аспирина**

Старостин Б.Д., Старостина Г.А.  
ГП № 38, ГЭО, Санкт-Петербург, Россия,  
e-mail: borstar56@yandex.ru

**Цель исследования:** оценить эффективность эссенциале форте для предупреждения развития повреждения слизистой желудочно-кишечного тракта при использовании аспирина.

**Материалы и методы.** Обоснованием использования эссенциале форте в качестве гастропротективного препарата являются данные о клеточной структуре эпителия желудка. Поверхностно-активные фосфолипиды важны для выполнения желудком барьерной функции для соляной кислоты. Кроме того, лечение ингибиторами протонной помпы может снижать биодоступность аспирина, приводя к уменьшению основного фармакологического действия аспирина (снижение тромбоцитарной ингибиции), с целью которой он используется у пациентов с ишемической болезнью сердца. Проведено открытое мультицентровое исследование, в котором пациенты принимали эссенциале форте по 2 капсулы 3 раза в день (n=45). Контроль состояния слизистой ЖКТ проводился эндоскопически. У всех пациентов до начала исследования проводилась фиброэзофагогастроуденоскопия. С целью уменьшения риска нежелательных явлений при приеме аспирина эссенциале форте назначался в качестве монотерапии только пациентам без признаков повреждения слизистой оболочки желудка.

**Результаты.** Через 3 месяца непрерывного приема аспирина и эссенциале форте проводилась контрольная фиброэзофагогастроуденоскопия. Результаты исследования свидетельствовали о значительной гастропротективной способности эссенциале форте, сравнимой с использованием малых доз ингибитора протонной помпы. На фоне гастропротективной способности эссенциале форте было показано отсутствие снижения тромбоцитарной ингибиции аспирина.

**Выводы.** Эссенциале форте может быть предложен как безопасный гастропротективный препарат без снижения тромбоцитарной ингибиции при использовании аспирина.

**109. Анализ микробиоты кишечника методом ПЦР в реальном времени**

Суворова М.А., Куртуков М.В., Людыно В.И.,  
Суворов А.Н.  
ООО НИЛ «Диагностика»; Клиника инфекционных  
болезней ВМедА им. С.М. Кирова, Санкт-Петербург,  
Россия

Оценка микробиоценоза кишечника методом полимеразной цепной реакции (ПЦР) в реальном времени представляет альтернативу бактериологическому исследованию.

**Цель работы** заключалась в апробации метода на большой выборке испытуемых и разработке практических рекомендаций по его внедрению в диагностическую практику.

**Результаты исследования** показали высокую степень сопоставимости предлагаемого подхода с данными бактериологического анализа и выявили ряд преимуществ, основные из которых – быстрота выполнения, менее жесткие требования, предъявляемые к транспортировке материала до лаборатории, и эффективность в определении анаэробной флоры. Последнее особенно важно, если учесть, что по современным данным бактероиды и непатогенные виды клостридий составляют до 90% от числа бактерий, населяющих желудочно-кишечный тракт. В ходе исследования выявлено несколько вариантов дисбиотических нарушений. Первый вариант – снижение числа лактобацилл, бифидобактерий, либо изолированное, либо сопровождаемое повышением числа представителей анаэробной флоры. Подобный дисбаланс может быть следствием нерациональной антибиотикотерапии. Второй по частоте вариант дисбиотических сдвигов, характерный, в частности, для пациентов с язвенным колитом – значительное увеличение числа *Bacteroides fragilis* и изменение соотношения *Bacteroides fragilis* / *Fecalibacterium prausnitzii*. К патологическим сдвигам следует отнести также снижение количества анаэробов, продуцирующих бутират. Последствия такого дисбаланса до конца не выяснены, но данные ли-

тературы указывают на его связь с формированием злокачественных новообразований кишечника. Наконец, в ряде случаев дисбиотические нарушения обусловлены присутствием представителей патогенной и условно патогенной флоры (*Clostridium difficile*, *Staphylococcus aureus*, *Klebsiella pneumoniae*), в особенности штаммов, несущих гены патогенности.

**110. Лимфосаркома илеоцекального отдела кишечника у ребенка**

Сурикова О.А., Лаптев Л.А., Горюнова Т.В., Субботина О.А.  
Первый МГМУ им. Сеченова, УДКБ, КБ УДП РФ, Москва,  
Россия

**Цель исследования:** представить трудности диагностики смешанной формы лимфосаркомы подвздошной кишки у ребенка 11 лет.

**Материал и метод.** Девочка поступила в клинику из инфекционного стационара с подозрением на болезнь Крона подвздошной кишки. В анамнезе пищевая аллергия, ноющие и интенсивные боли в животе в течение 3 месяцев (дважды госпитализирована с диагнозом «острый аппендицит»). Позже появилась диарея (до 7 раз в сутки), госпитализирована в инфекционную больницу, где лечение было неэффективным. При рентгеновском исследовании определялся дефект наполнения с неровными краями протяженностью 5 см, деформация складок. С подозрением на болезнь Крона больная переведена в гастроэнтерологическое отделение. При поступлении – интоксикация, дефицит веса 12%, диарея. ОАК – умеренная анемия, лимфо- и лейкоцитоз, ускоренная СОЭ, гипопроотеинемия. При илеоскопии картина терминального илеита: слизистая оболочка бледная, инфильтрирована, локальные сливные выбухания в виде «бульжной мостовой», гиперемия и эрозии на поверхности выбуханий, некоторые из них в виде узлов. Сосудистый рисунок местно деформирован. При пальпации цапками – подслизистые слои плотные, слизистая плохо отрывается при заборе биопсии. Гистологически: материал скудный, картина поверхностного воспаления. Через 2 месяца после выписки ребенок поступил в хирургическое отделение, где проведена резекция илеоцекального отдела кишечника. По данным исследования удаленного препарата – лимфосаркома.

**Заключение.** Данная демонстрация свидетельствует о трудности диагностики смешанной формы лимфосаркомы с терминальным илеитом и фазой инфильтрации болезни Крона. В этих случаях необходимо проводить расширенную петлевую биопсию для уточнения характера процесса в подслизистом слое.

**111. Частота эндоскопических признаков фазы ремиссии НЯК**

Сурикова О.А., Ратникова М.А., Горюнова Т.В.,  
Сичинава И.В.  
Первый МГМУ им. И.М. Сеченова, Лаборатория  
иммунопатологии у детей, УДКБ, Москва, Россия

Под нашим наблюдением находились 36 детей (от 3 до 16 лет) в фазе ремиссии НЯК. Сроки наблюдения от 1 года до 10 лет. На первое место выступает отсутствие контактной кровоточивости у всех больных (100%). Именно этот признак мы взяли за основу диагностики фазы ремиссии НЯК. Слизистая оболочка (СО) мо-заичная, тусклая, бледная у 23 (63,8%) детей, у 13 (36,1%) СО с пятнами гиперемии, зернистая. У 3 детей (8,3%) в прямой кишке выявлена расширенная сеть подслизистых вен. Сосудистый рисунок отсутствовал у 19 (52,7%) детей или был обрывистым, звездчатым у 17 (47,3%). У 6 детей (16,6%) отмечались отдельные эрозии. Просвет кишки был не изменен у 10 (27,7%) больных. У 26 (72,2%) выявлено сужение просвета, у 8 (22,2%) были стриктуры. Псевдополипы у 7 (19,4%) были в виде бесформенных «глыбок» различной величины и формы, по цвету не отличающихся от окружающей СО. Они представляют собой грануляционную ткань, покрытую СО (в отличие от болезни Крона, где псевдополипы, как правило, представляют собой СО в виде пальцеобразных разрастаний или перемычек – «чемоданные ручки»). Микроабсцессы отсутствовали у 30 детей (83,3%). Содержимым кишки была слизь (33 – 91,6%), у трех детей – с про-

жилками крови. При хронизации процесса (23 больных) отмечено исчезновение складчатости, просвет кишки просматривался в виде трубки, анатомические изгибы и физиологические сфинктеры были сглажены, стенка кишки (при пальпации цапками) была ригидной. При этом кишка «укорачивается» и становится «жестче», и проведение колоноскопии становится проще.

**Заключение.** Знание ценности эндоскопических признаков фазы ремиссии имеет большое значение, так как они являются основными в диагностике ремиссии НЯК и служат главным аргументом клиницистам для решения вопроса об эффективности лечения.

## T

### 112. Экспресс-диагностика острых кишечных инфекций методом ПЦР

Тарасова Е.А., Суворова М.А.

ООО НИЛ «Диагностика», НИИ ЭМ СЗО РАМН, Санкт-Петербург, Россия, e-mail: tarasovahellen@mail.ru

**Цель исследования:** обосновать необходимость дифференциальной диагностики острых кишечных инфекций (ОКИ) методом полимеразной цепной реакции (ПЦР).

ОКИ являются одними из самых распространенных инфекционных заболеваний. Зачастую из-за длительности выполнения и ограниченных возможностей бактериологического исследования врач вынужден лечить симптомы инфекционной патологии, а не реальную причину болезни. Это в свою очередь ведет к бесконтрольному, а в случае с вирусами – и бесполезному применению антибиотиков, увеличивает продолжительность болезни и затраты на лекарственные препараты. Нами разработан подход к быстрому и эффективному обнаружению возбудителей острого кишечного расстройства. Используя комплексный ПЦР-анализ, уже через 6 часов после взятия материала врач и пациент узнают, с каким микроорганизмом им предстоит бороться. В набор микроорганизмов для идентификации методом ПЦР вошли: ротавирусы (А, В, С), норовирусы (1, 2), аденовирус F, астровирус, вирус гепатита А, парвовирус В19, *Shigella* spp., *Salmonella* spp., *Campylobacter* spp., энтероназальные *Escherichia coli*, *Clostridium difficile* (токсина А, В), *Yersinia pseudotuberculosis / enterocolitica*.

На данный момент нами проанализировано 96 образцов кала от пациентов с ОКИ до назначения им антибактериальной терапии. Бактериологическими методами через 3–4 дня нам удалось установить наличие инфекционного агента лишь у 19 человек. ПЦР-анализ позволил выявить возбудителя уже через 6 часов у 88 пациентов, причем у 68% обследованных пациентов были обнаружены вирусы и лишь у 34% – патогенные бактерии. Наиболее частой причиной ОКИ в обследованной нами группе оказалась ротавирусная инфекция (46%), однако нельзя недооценивать роль других вирусов в этиологии заболевания, они обнаружены у 28% исследуемых пациентов.

Таким образом, данное исследование наглядно демонстрирует целесообразность проведения дифференциального ПЦР-анализа при ОКИ до решения о назначении адресной и адекватной терапии.

### 113. Латентная печеночная энцефалопатия: возможности терапии пищевыми волокнами

Тетерина Л.А., Чихачева Е.А., Селиверстов П.В.,

Ситкин С.И., Радченко В.Г.

СЗГМУ им. И.И. Мечникова, Россия

**Цель исследования:** изучить влияние применения пищевых волокон (препарата «Мукофальк») у больных хроническими заболеваниями печени (ХЗП) на течение латентной печеночной энцефалопатии (ЛПЭ).

**Материалы и методы.** Были обследованы 45 пациентов (мужчин 21, женщин 24, возраст от 20 до 55 лет) с ХЗП и ЛПЭ. Диагностика и лечение проводились в соответствии с принятыми стандартами. Группа 1 – 25 человек – лечение включало прием гепатопротектора из группы эссенциальных фосфолипидов, по 2 капсулы 3 раза в день и мукофальк по 1 пакету 3 раза в день в течение 4 недель. Группа 2 – 20 человек – получала гепатопротек-

тор из группы эссенциальных фосфолипидов, по 2 капсулы 3 раза в день, и лактулозу 30 мл 1 раз/сут утром в течение 4 недель. Контроль клинических, биохимических, психометрических показателей (тест связи чисел – ТСЧ и тест линии – ТЛ) и дисбиоза проводились в первый день и через 4 недели. У всех пациентов с ХЗП и ЛПЭ (100%) был диагностирован дисбактериоз толстой кишки: у 17 пациентов (38%) – первая степень, у 18 пациентов (40%) – вторая степень, у 10 пациентов (22%) – третья степень. Отмечалось снижение количества представителей нормальной микрофлоры (бифидобактерий, лактобактерий, *E.coli* с нормальной ферментативной активностью) и рост условно патогенной флоры (энтерококки, грибы рода *Candida*, гемолитические микроорганизмы),  $p < 0,05$ .

**Результаты.** По окончании терапии отмечено улучшение общего состояния пациентов, уменьшение проявлений астенического и диспепсического синдромов у 17 (68,0%) больных 1 группы и 14 (70,0%) – 2 группы. При повторном бактериологическом исследовании кала в 1 и 2 группах больных было отмечено улучшение показателей количественного и качественного состава микрофлоры кишечника (различия достоверны,  $p < 0,05$ ). Восстановление психомоторных параметров по ТСЧ и ТЛ диагностировалось у 17 (68,0%) больных 1 группы и 14 (70,0%) – 2 группы. В нашем исследовании отмечена достоверная обратная корреляционная связь времени ТСЧ и ТЛ и уровня роста лактобактерий ( $r = -0,29$ ,  $p < 0,05$  и  $r = -0,20$ ,  $p < 0,05$ ), и прямая связь с ростом клостридий ( $r = 0,20$ ,  $p < 0,05$  и  $r = 0,19$ ,  $p < 0,05$ ), стафилококка золотистого ( $r = 0,24$ ,  $p < 0,05$  и  $r = 0,23$ ,  $p < 0,05$ ), грибов рода *Candida* ( $r = 0,41$ ,  $p < 0,05$  и  $r = 0,36$ ,  $p < 0,05$ ), а также между временем выполнения ТСЧ и ростом гемолитических микроорганизмов ( $r = 0,24$ ,  $p < 0,05$ ).

**Выводы.** Применение пищевых волокон (препарата «Мукофальк»), оказывая положительное влияние на качественный и количественный состав микрофлоры кишечника, способствовало разрешению латентной печеночной энцефалопатии. Результаты лечения латентной печеночной энцефалопатии пищевыми волокнами (мукофальком) сопоставимы с результатами лечения лактулозой.

### 114. Протективный эффект *Bacillus subtilis ssp. subtilis 44-P* и *B. subtilis ssp. subtilis B3* при экспериментальной стафилококковой инфекции

Тимошок Н.А., Чейпеш А.В., Агеев В.О., Деревянко С.В., Шинкаренко Л.Н., Подгорский В.С., Спивак Н.Я.

Институт микробиологии и вирусологии

им. Д.К. Заболотного НАН Украины, Киев, Украина,

e-mail: timoshok@serv.imv.kiev.ua

**Целью работы** являлось исследование иммуномодулирующей активности штаммов *Bacillus subtilis ssp. subtilis 44-p* и *B. subtilis ssp. subtilis B3* при стафилококковой инфекции, которую моделировали у мышей линии СВА внутрибрюшным введением *Staphylococcus aureus* 8325 в дозе LD50 ( $5 \cdot 10^8$  КОЕ/мышь) в объеме 0,5 мл.

Ежедневное пероральное введение инфицированным мышам культур *B. subtilis ssp. subtilis B3* или *Bacillus subtilis ssp. subtilis 44-p* (в дозе  $5 \cdot 10^8$  КОЕ/мышь) в течение 4 дней приводило к снижению летальности животных. Показано, что протективное действие культур связано с усилением фагоцитарной функции макрофагальных клеток, которые при стафилококковой инфекции угнетались. Повышались показатели интенсивности фагоцитоза при неизменном количестве клеток, способных к поглощению тест-бактерий, усиливался кислородозависимый метаболизм фагоцитов в стимулированном НСТ-тесте, что отмечалось повышением функционального резерва макрофагальных клеток. Усиление биоцидности макрофагов перитонеального экссудата под влиянием опытных культур ведет к достоверному усилению элиминации *St. aureus* из почек инфицированных животных. После введения инфицированным мышам опытных культур отмечали повышение способности спленоцитов к продукции  $\alpha$ - и  $\gamma$ -интерферонов в ответ на адекватную стимуляцию.

Установленные данные открывают возможность целенаправленного отбора потенциальных пробиотических штаммов с перспективой создания комплексных пробиотических препаратов с га-

рантированной способностью воздействия на фагоцитирующие клетки и систему интерферона, которые обеспечивают формирование неспецифической защиты организма.

#### 115. Структуры пищевода у больных ВИЧ-инфекцией, ассоциированные с цитомегаловирусной инфекцией

Титов А.Г., Аллахвердян А.С., Шестаковская Е.Е., Евсюков О.А.

Инфекционная клиническая больница № 2, Москва, Россия

**Цель исследования:** изучение эффективности бужирования рубцовых структур пищевода у больных ВИЧ-инфекцией, ассоциированной с цитомегаловирусной инфекцией.

**Материалы и методы:** результаты лечения 3 больных (мужчин 2, женщина 1) со структурами пищевода и ВИЧ-инфекцией за период с 2010 по 2011 гг. У всех больных ВИЧ-инфекция, ст. 4В (СПИД): манифестная ЦМВИ; протяженное рубцовое поражение пищевода. Диагноз цитомегаловирусной инфекции был подтвержден в МГЦ СПИД и при предыдущих госпитализациях.

Всем больным выполнялось курсовое бужирование полыми рентген-контрастными бужами Savary-Gilliard (Wilson-Cook) № 93/221 по атравматической струне-направителю под эндоскопическим контролем. Длительность лечения в среднем составила 14 койко-дней. Бужирование пищевода проводилось в стадии рубцевания на фоне противовирусной и PPI-терапии. Диагноз «ЦМВ поражение пищевода» подтвержден при исследовании биоптата, взятого из структуры пищевода.

**Результаты.** У всех троих больных был отличный результат бужирования. Только у одного пациента через 10 месяцев возник рестеноз, что потребовало повторного бужирования пищевода.

**Заключение.** Бужирование пищевода – эффективный метод лечения структур пищевода на фоне цитомегаловирусной инфекции у ВИЧ-инфицированных больных.

#### 116. Участие гормонов, контролирующих процесс питания, в развитии метаболических нарушений

Ткаченко Е.В., Варванина Г.Г., Звенигородская Л.А. Мищенко Т.В.

ЦНИИ гастроэнтерологии, Москва, Россия

**Цель исследования:** изучение роли гормонов, участвующих в процессе питания, в биохимических механизмах развития метаболического синдрома.

**Материалы и методы.** Обследованы 218 больных с абдоминальным ожирением II и III степени. Контрольная группа включала 20 практически здоровых лиц. Адипонектин, грелин, лептин, холецистокинин, эндорфин и эндоморфин определяли в крови иммуноферментным методом.

**Результаты.** Показано статистически достоверное повышение уровня лептина и грелина и снижение уровня ХЦК, адипонектина, эндорфина и эндоморфина при метаболическом синдроме. У больных с избыточной массой тела, страдающих жировым гепатозом, отмечалась значительно более низкая концентрация адипонектина по сравнению с контрольной группой и больными без гепатоза. Эти данные коррелировали с нарушениями содержания лептина в плазме крови обследованных больных. При снижении индекса массы тела отмечено статистически достоверное уменьшение содержания лептина и грелина в крови. После лечения наблюдалось увеличение содержания адипонектина у 52% больных, однако в целом по группе статистически достоверного повышения получено не было; изменение уровня ХЦК достигало  $(0,56 \pm 0,04)$  нг/мл, что соответствует показателям контрольной группы.

**Заключение.** Развитие метаболического синдрома сопровождается изменением синтеза гормонов пищевого поведения. Лечение приводит к нормализации уровня исследованных гормонов и снижению массы тела.

#### 117. Новое учение – клиническая микробиология.

##### Одиннадцать основных принципов структурно-функциональной организации микробиоты

Ткаченко Е.И.

СЗГМУ им. И.И. Мечникова, Россия,

e-mail: tkachenkoe@mail.ru

В настоящее время вопросы взаимодействия человеческой популяции и окружающего материального мира (системы Земля) приобретают все более острый характер. Это связано с тем, что человеческая популяция, являющаяся продуктом биологической эволюции, последние сто лет активно формирует из биосферы ноосферу – сферу человеческого разума (В.И. Вернадский). Есть основание считать, что этот процесс ускорится.

Человечество стало решающей геологической силой, но, к сожалению, антропогенные воздействия на природу превысили пределы ее собственной устойчивости. Произошло изменение климата, биоразнообразия флоры и фауны, загрязнение воздуха, почвы, морских и речных акваторий, возникает недостаток пресной воды, продолжается истончение озонового слоя планеты и т.п. Стало очевидным, что человек, как продукт биологической эволюции, должен существовать в гармонии с окружающим миром, с одной стороны, и с эндогенным микробиоценозом (микробиотой), с другой стороны, поскольку установлено, что гнотобионты (безмикробные млекопитающие) нежизнеспособны.

К нарушению гомеостаза организма человека привели неблагоприятные воздействия первичных внешних факторов регуляции (вода, почва, воздух, климат) и внутренних факторов (эндэкология, система регуляции симбиоза). Это закономерно вызывает изменения вторичного уровня регуляции, связанного с нервной, гормональной, иммунной системами. Указанные факторы в процессе ноосферогенеза приводят к формированию заболеваний по трем принципиальным направлениям, связанным с нарушениями нервной системы, инфекциями и нарушениями метаболизма. Особая роль в этом принадлежит микробиоте. Получены данные о штаммовой и нозологической специфичности микробиоты для каждого индивидуума, участия всего микробного сообщества в инфекционных процессах, нарушении «чувства кворума» (социального поведения) микробиоты, условности деления микроорганизмов на патогенные и непатогенные. Активно изучается социальное поведение микроорганизмов, которое некоторые авторы сравнивают с социальным поведением высших млекопитающих, а также регуляторные и метаболические связи человека и его микробиоты. По расчетным данным в организме человека возможно существование до 7000 видов бактерий, преимущественно анаэробов (более 99%) и свыше 1200 видов вирусов; доминирующий континуум представлен таксонами *Bacteroides* и *Firmicutes*.

Микробиота человека сконцентрирована на две трети в толстой кишке, где она существует в виде планктонной (просветной) и пленочной форм, архитектура и система отношений которых сейчас интенсивно изучаются. Есть основание считать, что человек – это сложный биологический суперорганизм, включающий геном хозяина и его микробиоты, геном которой, как и количество клеток, примерно, на два порядка больше, чем у человека. При этом метаболический фенотип человека как биологического суперорганизма зависит от метаболизма микробиоты, состав которой с возрастом изменяется. Эти процессы сейчас интенсивно изучают нутрициология, фармакогеномика, протеомика, метаболомика, микробиология, многомерная биология, а в последнее время – диетология и терапия. Считается, что продукты так называемого функционального питания, содержащие про- и пребиотики, в цивилизованных странах через 10–20 лет составят около трети рациона населения.

Установлено, что сообщества микроорганизмов предпочитают существовать в виде прикрепленных к стенке органов биопленок, сбалансированных по видовому составу и функциональному распределению. Эти консорциумы, по данным молекулярно-генетических исследований, имеют устойчивую, генетически связанную внутри сообщества структуру, специфическую для каждого индивидуума. Она включает муцин – пептидогликан бокаловидных клеток эпителия кишечника, сходный с полисахаридной защитной капсулой этих микробов. Исследования показали, что в биопленках,

по сравнению с чистыми культурами микроорганизмов, их поведение отличается. Консорциум микроорганизмов организует единую генетическую систему, определяющую его изначальное поведение, а также регуляторные, энергетические, метаболические, трофические связи между собой и организмом хозяина. Это стабильная система, трудно поддающаяся влиянию извне, в частности, пробиотических микроорганизмов, которые являются чужеродными и отторгаются, т.к. не имеют «пароля» для входа в биопленку. Вместе с этим, вопросы взаимодействия микроорганизмов в биопленке и в просвете кишечника, влияние на них пробиотиков-метаболитов, необходимых для их роста и развития, пробиотиков-продуцентов различных метаболитов и антибактериальных веществ (энтероцидов), изменяющих «чувство кворума», сейчас находятся в центре внимания многих исследователей. Стало очевидным, что поддержание микробиологического статуса организма человека (надорганизма) – одно из решающих условий здоровья, а исходя из установленных свойств микробиоты, можно считать, что дисбиоз – закономерное следствие, а в ряде случаев и причина патологии. Подтверждением справедливости этого утверждения является анализ изменения структуры заболеваемости за истекшее столетие: от инфекционной патологии – к так называемой «терапевтической», всплеск которой совпал с началом эры антибиотиков, изменившей микробиоту, ее регуляторные влияния, и, как следствие, структуру и функции различных органов. Это позволило нам сформулировать представление о так называемых терапевтических инфекциях: слабовирусной и слабопатогенной микрофлоре, сосуществующей с организмом хозяина на принципах комменсализма или мутуализма, но при наличии дополнительных факторов риска способной приводить к развитию различных терапевтических заболеваний. Таким образом, патологию внутренних органов мы рассматриваем как следствие нарушений кооперативного взаимодействия микробиоты, транзитной микрофлоры и организма хозяина. С позиций **многомерной биологии** последовательность событий при формировании заболеваний можно представить следующим образом: гены (человека и его микробиоты) – ДНК – РНК – белки-метаболиты – биохимические и физиологические процессы – болезни – индивидуальное лечение – профилактика (табл.).

**Таблица.** Многомерная биология (high dimensional biology) как основа медицины XXI века

Направление	Задачи
Геномика	Идентификация всех генов человека и нарушений в них, приводящих либо к наследственным заболеваниям, либо к предрасположенности к ним
Транскриптомика	Идентификация всех матричных РНК, кодирующих белки, определение количества каждой индивидуальной мРНК, определение закономерностей экспрессии всех генов, кодирующих белки, определение транскрипционного профиля болезней
РНОмика	Идентификация всех некодирующих РНК, определение количества каждой индивидуальной нкРНК – определение закономерностей экспрессии всех нкРНК, регуляция экспрессии генов на уровне трансляции
Протеомика	Идентификация и количественное определение всех индивидуальных белков клеток, тканей, органов и биологических жидкостей
Метаболомика	Идентификация и количественное определение всех метаболитов, синтезируемых в клетках, тканях, органах и биологических жидкостях, определение направленности изменений метаболизма
Биоинформатика	Использование вычислительной техники, математики и информационной теории для анализа и моделирования молекулярно-биологических систем, в особенности систем, состоящих из генов, РНК, белков и метаболитов, а также создание баз данных

Выделение **клинической микробиологии** как отдельного учения, позволит избежать пагубного антропоцентризма в представлении о природе человека, уточнить роль микробиоты в поддержании структуры и функции его органов, в этиологии и патогенезе различных инфекционных и неинфекционных заболеваний, разработать новые принципы лечения и профилактики заболеваний, уточнить роль микробиоты в обеспечении активного долголетия. Нами впервые сформулированы **основные принципы структурно-функциональной организации эндогенного микробиоценоза (микробиоты) человека**:

1. Человек с общебиологических позиций – надорганизм, включающий геном, метаболом и протеом микроорганизмов, взаимозависимый от генотипа, возраста, пола, диеты, внешних воздействий и осуществляющий двойной контроль внутренней среды.
2. Микробиота распределена в виде микробных сообществ локусов и существует в виде планктона и биопленок, прикрепленных к стенке органа в пристеночном слое муцина.
3. Микробы в биопленке сбалансированы по видовому составу и функциональному распределению. Их социальное поведение (quorum sensing), отличное от индивидуального, обусловлено единой генетической системой сообщества, определяющей их трофические, метаболические и регуляторные связи между собой и с организмом хозяина.
4. «Парацитология биопленки» – структуры, похожей на орган, – обеспечивает стабильное функционирование всего организма и состояние его здоровья, участие в патогенезе и саногенезе различных заболеваний.
5. Метаболические и регуляторные взаимосвязи хозяина и микробиоты (синергизм, мутуализм, комменсализм, синтрофия, паразитизм, конкуренция) – единое целое.
6. Микробиота человека наследственно обусловлена, генетически детерминирована, индивидуальна, специфична.
7. Микроорганизмы биопленок и пробиотические микроорганизмы биологически несовместимы, но пробиотики влияют на «социальное поведение» микробиоты (конкуренция за рецепторы, метаболиты, выделение энтероцинов, снижение pH и др.).
8. Микробиота – первичный защитный барьер организма.
9. Инфекционные процессы полимикробны, протекают с участием представителей микробиоты и механизма транслокации микроорганизмов.
10. Метаболиты микроорганизмов – фактор здоровья и долголетия (плазмалоген из мембраны анаэробов как регулятор обмена холестерина, липидов, окисления ПЖК, витамины и др.).
11. Основные принципы лечения заболеваний:
  - коррекция микробиоты (про-, пре-, сим-, син-, метабиотики);
  - применение агонистов (антагонистов) рецепторов;
  - коррекция метаболического профиля заболевания.

**118. Влияние токсикантов окружающей среды на дисфункцию вегетативной нервной системы у детей с гепатобилиарными нарушениями**

Толмачева О.Г., Голованова Е.С., Аминова А.И.  
Пермская ГМА им. акад. Е.А. Вагнера, Федеральный научный центр медико-профилактических технологий управления рисками здоровью населения, Пермь, Россия

Цель работы: проанализировать влияние токсикантов на дисфункцию вегетативной нервной системы у детей с гепатобилиарными нарушениями.

Материал и методы. Обследованы 303 ребенка с функциональными гепатобилиарными нарушениями. Основная (О) группа – 204 ребенка, проживающих в условиях неблагоприятного воздействия среды обитания, группа сравнения (С) – 99 детей, проживающих в условиях относительно благополучной санитарно-гигиенической ситуации и не имеющих повышенного уровня содержания токсикантов в биосредах организма. Для оценки состояния вегетативной нервной системы использовался метод стандартной кардиоинтервалографии.

Результаты. В крови детей группы «О» выявлялись ароматические углеводороды, фенол в концентрациях, превышающих референтные уровни ( $p < 0,001$ ), концентрация формальдегида в 1,5 раза выше его уровня у больных группы «С» ( $p < 0,001$ ) и в 9 раз выше фо-

новых значений, а уровень ацетона в 2 раза выше аналогичного показателя в группе сравнения ( $p < 0,02$ ). У этих детей достоверно чаще диагностируются анемия, болезненность в зоне желчного пузыря, повышение билирубина в сыворотке крови ( $p < 0,03$ ). При ультразвуковом обследовании лиц группы «О» существенно чаще диагностировалась дисхалия ( $p < 0,034$ ), а по данным дуоденального зондирования – гипертонус сфинктеров Одди, Люткенса, Мирици. Проведенный анализ состояния ВНС показал, что исходный вегетативный тонус практически не зависит от контаминантной нагрузки. Однако у больных с гепатобилиарными нарушениями, проживающих на экологически неблагоприятных территориях, даже на фоне исходной эйтонии отмечается преобладание центрального контура регуляции над местными, что свидетельствует не только о перенапряжении регуляторного (парасимпатического – ПС) звена, но и усилении активности симпатического (С) звена ( $p < 0,006$ ). При исходной ваготонии отмечаются низкие значения активности ПС звена, но более высокие по сравнению с нормальными значениями ( $p < 0,05$ ), что указывает на выраженный дисбаланс и перенапряжение этого отдела. Исходная симпатикотония в 3 раза чаще имеет место у детей «О» группы и свидетельствует о появлении перенапряжения и срыва компенсаторных механизмов функционирования ВНС, дисфункции гуморально-метаболического (ГМ) звена ( $p < 0,001$ ). У детей с исходной гиперсимпатикотонией в отличие от группы «С» имеет место более значимое снижение всех показателей центрального контура вегетативной регуляции (ИЦ, ИВСР, СИЦ,  $p < 0,02-0,04$ ), что указывает на перенапряжение и истощение С и ГМ звеньев ВНС.

#### 119. Восстановительное лечение больных синдромом раздраженного кишечника

Топурия Д.И., Болатчиева Л.Х., Билукин Ю.Н., Просольченко А.В., Хапаева Ф.М.  
Пятигорский государственный НИИ курортологии ФМБА России, e-mail: orgotdel@niik.ru

**Цель исследования:** разработка новых технологий восстановительного лечения синдрома раздраженного кишечника (СРК) с применением природных лечебных факторов и озонотерапии (ректальных инсуффляций озono-кислородной смеси).

**Материал и методы.** Нами обследованы 50 пациентов с верифицированным диагнозом СРК с запорами (возраст от 18 до 40 лет, длительность заболевания от 3 до 10 лет). Больные были разделены на 2 репрезентативные группы по 25 человек. Больным 1-й группы (контрольной) назначали питьевую минеральную воду Эссентуки № 4 в количестве 3-3,5 мл/кг массы тела, за 30 минут до еды, 3 раза в день, в теплом виде; углекислые минеральные ванны с минерализацией 4,4 г/л, температурой 36°C, продолжительностью 12-15 минут, через день, на курс лечения 10 процедур; микроклизмы из настоя лекарственных трав на курс № 10 и сифонные промывания кишечника минеральной водой Эссентуки № 4 на курс № 4 процедуры; в комплекс восстановительного лечения 2-й группы (основной) были дополнительно включены ректальные инсуффляции озono-кислородной смеси от аппарата фирмы «Медозон» УОТА 60-01 с концентрацией озона 15 мг/л в количестве 200 мл, на курс лечения 8 процедур в чередовании с микроклизмами.

**Результаты и обсуждение.** При сравнительной оценке двух лечебных комплексов положительная динамика основных показателей, характеризующих патологический процесс (болевого, диспепсического, обстипационного синдромы, психоэмоциональные нарушения, моторно-эвакуаторная функция толстой кишки), была на 18-20% более выражена в группе больных, получавших дополнительно озонотерапию ( $p_{1-2} < 0,05$ ). При изучении отдаленных результатов по данным анализа качества жизни, оцененного с помощью вопросника SF-36, в группе больных, получавших ИТ и озонотерапию, отмечалось повышение оценки общего и психического здоровья в 96% случаев против 80% в контроле ( $p < 0,05$ ). Проведенный корреляционный анализ выявил прямую связь между купированием болевого синдрома, улучшением показателей моторики толстой кишки, нормализацией показателей психологического тестирования и повышением уровня качества жизни больных с СРК с запорами ( $r = +0,83$ ,  $p < 0,01$ ).

**Вывод.** Комбинированное применение курортных факторов и озонотерапии оказывает взаимопотенцирующее седативное и болеутоляющее действие и является патогенетически обоснованным в лечении больных СРК с запорами.

#### 120. Действие мультипробиотика «Симбитер» на перекисное окисление липидов в гепатоцитах крыс разного возраста

Торгало Е.А., Табурец О.В., Берегова Т.В., Остапченко Л.И.  
Киевский национальный университет им. Тараса Шевченко, Украина, e-mail: alisa210@meta.ua

**Цель исследования:** изучить влияние мультипробиотика «Симбитер»<sup>®</sup> ацидофильный концентрированный (Симбитер) на ПОЛ в гепатоцитах крыс разного возраста.

**Материалы и методы.** Исследования проведены на 40 белых нелинейных крысах, которые были разбиты на 2 группы: контрольную и опытную. Крысам контрольной группы в возрасте 1,5; 4,5; 7,5 и 9,5 месяцев в течение 10 дней перорально вводили 0,5 мл водопроводной воды. Крысам опытной группы в первые 10 дней после рождения ежедневно в ротовую полость вводили 1 каплю мультипробиотика «Симбитер»<sup>®</sup> ацидофильный, далее крысам в возрасте 1,5; 4,5; 7,5 и 9,5 месяцев в течение 10 дней перорально вводили мультипробиотик «Симбитер»<sup>®</sup> ацидофильный концентрированный (0,14 мл/кг), растворенного в 0,5 мл воды. В возрасте 3, 6, 9 и 12 месяцев из каждой группы крыс отбирали по 5 животных, которых декапитировали летальной дозой уретана. Содержание диеновых конъюгатов (ДК) определяли в гептан-изопропанольном экстракте, шиффовые основания (ШО) – флуориметрическим методом. Оценку активности СОД проводили с использованием нитросинего тетразолия, КАТ – по убыванию количества  $H_2O_2$  в растворе после инкубации при оптимальных условиях. Для статистической обработки данных использовали t-критерий Стьюдента.

**Результаты.** Содержание ТБК-АС и ШО в гепатоцитах крыс 12-месячного возраста по сравнению с крысами 3-месячного возраста возросли на 39,9% ( $p < 0,01$ ) и 23,1% ( $p < 0,05$ ). Активность СОД и КАТ не наблюдалась на протяжении 12 месяцев.

**Выводы.** В процессе онтогенеза происходит увеличение уровня продуктов ПОЛ, активность СОД и КАТ отсутствует. Введение мультипробиотика нормализовало окислительно-антиоксидантный баланс.

## У

#### 121. Лечение ахалазии пищевода с использованием введения ботулотоксина и методов эндолуминальной баллонной дилатации

Урсол Г.Н., Велигоцкий Н.Н., Горбулич А.В.  
Медицинский центр «Больница Святого Луки», ЛДЦ «Ацинус», Кировоград, Харьковская МАПО, Украина

Установлена четкая связь между клиническими, рентгенологическими, манометрическими и морфологическими данными при различных стадиях ахалазии. По мере прогрессирования ахалазии пищевода возрастает частота выявления фиброblastов и накопление коллагеновых волокон. Развитие фиброза в НПС выявлено на всех стадиях ахалазии пищевода: I ст. – 9,09%, II ст. – 13,64%, III ст. – 99,83%, IV ст. – 100%.

Разработана методика дооперационной диагностики развития фиброза в НПС путем биопсии мышечного слоя НПС под контролем внутривидеоэндоскопии УЗИ. Установлена связь развития фиброза в зоне НПС и растяжимости НПС – это дает возможность выбрать адекватный метод лечения.

Установлено, что нарушение проходимости в зоне НПС при ахалазии возникает вследствие двух причин: за счет спазма (спастический компонент) и за счет фиброза (фиброзный компонент). На спастический компонент влияет ботулотоксин. На фиброзный компонент влияет эндолуминальная баллонная дилатация. Комбинация двух методик может быть эквивалентна эзофагокардиомиотомии. Методика введения двукратно боту-

лотоксина в дозе 120 Ме через 14 дней дает возможность пролонгировать длительность ремиссии. Миниинвазивные методики могут быть успешно использованы даже при декомпенсированных стадиях заболевания у больных с высокой степенью риска хирургического лечения.

## Ф

### 122. Исследование состава микробиоценоза кишечника людей, страдающих ожирением

Федорова О.В.

Поликлиника ОАО «Газпром», Москва, Россия,

e-mail: fedorova1807@mail.ru

Большинство людей, страдающих ожирением, отмечают повышенную потребность в употреблении простых углеводов в виде сладкой выпечки и сладостей. Отсутствие простых углеводов приводит к повышенной возбудимости разной степени, состоянию тревоги, раздражительности вплоть до агрессивного поведения, либо к ощущению слабости, вплоть до тремора в руках.

Целью работы явилось изучение взаимосвязи пищевых предпочтений и состава микробиоценоза кишечника у людей с избыточной жировой массой.

Материалы и методы. Обследованы 24 пациента: мужчины и женщины в возрасте от 26 до 54 лет, страдающие ожирением. Состав кишечной флоры определяли методом детектирования микроорганизмов по ЖК-маркерам с помощью газовой хроматографии в сочетании с масс-спектрометрией. Анализ проводили по капле периферической крови. Во время предварительного тестирования все пациенты отмечали тягу к сладкому, которая усиливалась при стрессах.

Исследования выявили общий дефицит микробиоты кишечника в основном из-за недостатка лактобацилл и пропионобактерий, а также сниженного уровня бифидобактерий и других микроорганизмов нормальной микрофлоры. Клинически значимый уровень превышали маркеры *Clostridium ramosum*, минорных видов эубактерий (*E.moniliforme*, *E.nodatum*, *E.sabureum* – в этом отличие от других состояний), стафилококков, актинобактерий *Streptomyces*, а также *Moraxella*, *Pseudomonas aeruginosa*.

У 20,9% обследованных существенно превышают норму маркеры анаэробного пептострептококка, актинобактерий *Streptomyces* и *Nocardia*, а также дрожжеподобных грибов кандиды (и других). Таким образом, у людей, страдающих ожирением, наблюдалось умеренное снижение микроорганизмов нормальной флоры при повышенном уровне *Clostridium ramosum*, стафилококков, стрептококков, дрожжеподобных грибов и основной группы эубактерий. Коррекция состава микробного сообщества в сторону увеличения нормофлоры и уменьшения численности патогенных микроорганизмов приводило к смене пищевых предпочтений у пациентов.

### 123. Опыт использования жидкого хлорофилла в лечении заболеваний кишечника

Федорова О.В.

Поликлиника ОАО «Газпром», Москва, Россия

Целью работы явилось изучение действия жидкого хлорофилла на функциональную активность кишечника и его микробную экологию.

Обследование офисных сотрудников выявило значительный процент больных, страдающих нарушениями функций ЖКТ. К таким нарушениям приводит нерациональное питание, богатое легко усвояемыми углеводами и жирами и содержащее недостаточное количество клетчатки и других функционально значимых ингредиентов. Ситуацию усугубляет малоподвижный образ жизни и рабочие стрессовые ситуации.

Нами была сформирована группа из 20 мужчин и женщин в возрасте от 28 до 56 лет. Предъявляемые жалобы: склонность к запорам, фрагментированный кал, метеоризм на определенные виды продуктов. Шесть человек отмечали эпизодическое появление крови в кале. Все пациенты прошли эндоскопические исследова-

ния и исследования на дисбактериоз кишечника. У всех были выявлены разной степени атрофические явления слизистой кишечника, 14 пациентов имели внутренний и/или наружный геморрой. Во всех анализах кала отмечена разная степень снижения нормофлоры.

С целью коррекции функции кишечника пациентам назначали 20 мл жидкого, разведенного в стакане воды (контрастной температуры) хлорофилла ежедневно один раз утром натощак и диету, богатую сезонными фруктами и овощами, а также кисло-молочными продуктами с содержанием полезных микроорганизмов в количестве  $10^7$ – $10^8$  КОЕ.

При повторном обследовании, проведенном через 2 месяца, пациенты отмечали регулярное опорожнение кишечника, уменьшение явлений метеоризма, улучшение общего состояния. Инструментальное обследование показало улучшение состояния слизистой кишечника: она имела розовую окраску без атрофических участков. Анализы на дисбактериоз показали улучшение количественного состава микрофлоры в сторону увеличения лакто- и бифидобактерий.

Таким образом, применение жидкого хлорофилла с целью регуляции работы кишечника привело к улучшению состояния слизистой кишечника и положительно повлияло на микробиоценоз.

### 124. Эффективность курортной терапии неалкогольной жировой болезни печени с применением магнитофореза даларгина

Федорова Т.Е., Ефименко Н.В., Ортабаева М.Х.,

Якокутова Г.З.

Пятигорский государственный НИИ курортологии ФМБА России, e-mail: orgotdel@gniik.ru

Цель исследования: изучить эффективность курортной терапии неалкогольной жировой болезни печени (НАЖБП) с применением магнитофореза даларгина.

Материал и методы. Обследованы 40 больных с НАЖБП в возрасте (49,5±2,4) года. Из обследованных 25 – со стеатогепатитом, 15 – со стеатозом печени. Проведены клинические, биохимические, ультразвуковое исследования. Больные получали комплексную курортную терапию с использованием питьевой минеральной воды «Ессентуки-Новая», углеглицеро-водородных ванн (20 чел. – 1 ЛК, контроль) и магнитофореза даларгина на область печени (20 чел. – 2 ЛК).

Результаты. Анализ полученных результатов выявил преимущество 2 ЛК. По данным печеночных проб отмечено снижение повышенных уровней АЛТ, билирубина и ГГТП соответственно у 88,9%, 83,3% и 90% больных 2 ЛК против 66,7%, 66,7% и 70% больных 1 ЛК ( $p_{1-2}<0,05$ ). Гиперхолестеринемия и триглицеридемия снизились соответственно у 88,2% и 87,5% пациентов 2 ЛК против 62,5% и 60% в контроле ( $p_{1-2}<0,05$ ). Повышенный уровень МДА снизился у 81,8% и 63,6% больных во 2 ЛК и 1 ЛК соответственно ( $p_{1-2}<0,05$ ). Улучшение печеночной гемодинамики отмечено у 90% больных 2 ЛК против 70% больных 1 ЛК ( $p_{1-2}<0,05$ ). Общая эффективность лечения составила 70% в 1 ЛК и 90% во 2 ЛК ( $p_{1-2}<0,05$ ).

Заключение. Применение магнитофореза даларгина на область печени в комплексной курортной терапии НАЖБП способствует улучшению функционального состояния печени, липидного обмена, перекисного гомеостаза и повышает эффективность лечения на 20%.

### 125. Особенности лечения пожилых больных с неэрозивной рефлюксной болезнью

Филиппов Д.И., Зарембо И.А., Акопов А.Л.

Санкт-Петербургский ГМУ им. акад. И.П. Павлова,

Санкт Петербург, Россия

Цель: изучить особенности клиники и течения неэрозивной рефлюксной болезни (НЭРБ) у пожилых больных.

Материал и методы. В исследование включены 60 больных (от 65 до 80 лет) с клинической и эндоскопической картиной НЭРБ. В группе А 30 больным проведено лечение омепразолом по 20 мг × 2 раза в день, 30 больным группы В назначено лечение

итопридом гидрохлорида 30 мг × 3 раза в день. Контроль клинико-эндоскопической картины осуществлялся через 28 дней.

**Результаты.** В группе больных А, получавших ИПП, клинико-эндоскопическая ремиссия наблюдалась у 14 (47%) больных, а у 8 (27%) больных из этой группы диагностировано усиление жалоб на отрыжку и вздутие живота. В группе В достигнута клинико-эндоскопическая ремиссия ГЭРБ в 26 (87%) случаях.

**Заключение.** У пожилых больных превалирует гипомоторная причина возникновения НЭРБ. Назначение прокинетиков позволяет добиться лучшего эффекта лечения, чем при антисекреторной терапии ИПП.

**126. Эндоскопическое исследование при ахалазии кардии**  
Фролов А.В., Аллахвердян А.С., Шабаров В.Л.,  
Прищепо М.И., Кригер П.А.  
МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского, Москва, Россия

Частота ахалазии кардии (АК) по данным различных авторов колеблется в пределах 3,1-20% от всех заболеваний пищевода. АК наиболее часто поражает трудоспособное население в возрасте 20-50 лет. Клиническая картина АК не всегда однозначна, наибольшее трудности представляет дифференциальный диагноз ахалазии кардии и кардиоэзофагеального рака.

**Цель работы:** оценить эффективность эндоскопического исследования в диагностике ахалазии кардии (АК).

**Материал и методы.** В хирургическом торакальном отделении МОНИКИ в 1988-2010 гг. наблюдались 427 больных АК. Диагноз основывался на рентгенологическом (427), эндоскопическом (427) исследованиях и рентгеновской компьютерной томографии (45).

Применяемая нами методика эндоскопии позволяла визуально оценить состояние слизистой пищевода, степень расширения его просвета, эластичность стенок, выявить наличие сдавления извне, а также при необходимости произвести биопсию слизистой пищевода.

При планировании проведения инструментальной дилатации кардии важным фактором, определяющим тактику, является возможность проведения кардиодилатора в желудок. В случаях невозможности проведения дилатора через кардиальный жом, кардиодилатация предваряется кардиобуживанием. Для решения этого тактически сложного вопроса мы также применяем эзофагоскопию. Эзофагоскопия также позволяет проводить буживание кардии под визуальным контролем в максимально безопасном режиме, особенно при сложной геометрии просвета пищевода, нередкой у больных АК.

**Результаты.** Точность эндоскопического метода при диагностике ахалазии кардии составила 87%, а рентгенологического метода – 95%. При выполнении эндоскопического исследования в 6 случаях исключена АК, ложно диагностированная при рентгенологическом исследовании. А в 4 случаях диагностирован КЭР, ранее не выявленный. В 3 случаях рак диагностирован только по данным РКТ.

Осложнений кардиобуживания, проводимых под эндоскопическим контролем, не было.

**Выводы.** Эндоскопическое исследование является важным компонентом комплекса обследования пациентов с АК. При выполнении эндоскопического исследования у больных с АК нередко проводится безопасное первичное расширение кардии в виде кардиобуживания.

**127. Амбулаторно-поликлинический этап диагностики и лечения ахалазии кардии**  
Фролов А.В., Кригер П.А., 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 возник-

новение 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.

Запоздавшая диагностика, а также неадекватное и несвоевременное начало лечения ахалазии кардии ведут к прогрессированию болезни и появлению осложнений.

При анализе лечения 250 больных АК удалось выявить корреляцию частоты развития и выраженности осложнений АК с длительностью анамнеза заболевания. Более длительный анамнез заболевания предопределяет развитие осложнений АК и их количество, 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 данной патологии 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.

**128. Место квантовой терапии в лечении ахалазии кардии**  
Фролов А.В., Кригер П.А., Мазурин В.С., Гукасян Э.А.,  
Аллахвердян 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.

**Цель работы:** оценить эффективность квантовой терапии в комплексном лечении ахалазии кардии (АК).

**Материал и методы.** В отделении торакальной хирургии МОНИКИ в течение 10 лет по поводу АК лечилось 250 больных. Средний возраст пациентов составил 48 лет. По применяемым методам лечения пациенты разделялись 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. Квантовая терапия в применяемом нами способе лечения занимает равноправное место с остальными его составляющими, в том числе с 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 иммунокорригирующим 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 буживании и выраженности формирующегося в последующем рубца.

Комплексным методом были пролечены 156 пациентов, что составило 238 случаев лечения (так как нередко курсы лечения были повторными). 47 пациентов выписаны с клиническим вы-

здоровлением (30,1%), 83 – с улучшением (53,2%), в результате лечения 26 больных существенного эффекта достигнуто не было (16,7%).

**Выводы.** Квантовую терапию, совместно с инструментальным расширением кардии (пневматическая кардиодилатация и кардиобуживание) и медикаментозной терапией, как малоинвазивный метод лечения, в используемой нами схеме комплексного лечения АК следует применять первым этапом. Такая терапия дает положительный результат у 83,3% пациентов и позволяет избежать выполнения оперативного вмешательства.

## X

### 129. Клинико-лабораторная характеристика течения холециститов различного генеза

Хамидова Н.Х., Муратходжаева А.В.

Ташкентский педиатрический медицинский институт, Ташкент, Узбекистан

**Цель исследования:** провести сравнительную оценку характера клинического течения и лабораторных показателей у детей школьного возраста с хроническим холециститом различного генеза.

Для достижения поставленной цели мы проанализировали характер клинического течения, лабораторных показателей и некоторых иммунологических тестов у 73 детей в возрасте 7-14 лет с холециститом различного генеза. При этом инфекционная этиология хронического холецистита была выявлена у 42 (57%) детей, в 31 случае (43%) установлен неинфекционный генез холецистита.

Было установлено, что у всех обследованных детей отмечались те или иные симптомы болезни, в том числе, диспепсические проявления, явления гастродуоденита, ферментопатии, колитические явления и, особенно, дисбиотические нарушения кишечника. Однако у детей с холециститом инфекционного генеза выраженность клинических симптомов была более интенсивной, чем у детей с асептическим воспалительным процессом гепатобилиарной системы. Так, для детей с инфекционным генезом холецистита была характерна большая выраженность дисбактериоза кишечника, что проявлялось не только количественными изменениями нормальной микрофлоры, характерными для детей с асептическим холециститом, но и увеличением протеолитической микрофлоры, а также значительным ростом такой условно патогенной микрофлоры, как грибы рода Кандида, различных патогенных эшерихий, в том числе – лактозонегативных, энтеропатогенных и даже энтеротоксигенных *E.coli*.

У детей с инфекционным холециститом при анализе лабораторных показателей было установлено более значительное их нарушение: более значительное нарастание уровня лейкоцитов, нейтрофилов, эозинофилов, более высокий показатель СОЭ.

Паразитологические исследования кала показали более частое выявление паразитов (лямблии, острицы, карликовый цепень) у детей с инфекционным холециститом (у 26 детей, 61,9%) по сравнению с неинфекционным генезом этого заболевания (у 11 детей, 35,5%).

Мы также проанализировали результаты исследования антиген-связывающих лимфоцитов (АСЛ) к тканевым антигенам (ТА) тонкой и толстой кишки, а также печени для определения наличия и выраженности дегенеративных изменений со стороны этих органов у детей в зависимости от генеза холецистита. Было установлено, что наиболее выраженные изменения по всем показателям также имели место при инфекционных холециститах, особенно по показателю АСЛ к ТА тонкой кишки и печени.

Таким образом, у детей школьного возраста с холециститом характер клинико-лабораторных нарушений в значительной степени определяется генезом холецистита и подтверждается более выраженными дегенеративными нарушениями ткани тонкой и толстой кишки, а также печени.

### 130. В чем особенности терапии артериальной гипертензии, ассоциированной с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью?

Хлынова О.В., Кокаровцева Л.В., Береснева Л.Н., Качина А.А.

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

**Цель исследования:** изучить особенности течения артериальной гипертензии (АГ), ассоциированной с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью (ГЭРБ) для создания патогенетического обоснования оптимизации терапии.

**Материалы и методы.** В исследование были включены 40 пациентов с ГЭРБ, 40 – с изолированной АГ и 40 – с сочетанием АГ и ГЭРБ. Все группы были сопоставимы по возрасту, полу, стажу АГ, ГЭРБ. Было проведено обследование пациентов для верификации АГ, ГЭРБ, а также дополнительно изучены показатели, характеризующие циркадианные показатели ССС – результаты суточного мониторирования АД и вариабельность ритма сердца (ВРС).

**Обсуждение результатов.** Структура циркадианного ритма АД при коморбидном течении АГ и ГЭРБ характеризуется увеличением суточного профиля Dippers и Overdippers для САД, отсутствием суточного профиля типа Nightpeakers для САД и достоверным увеличением суточного профиля Overdippers для ДАД, особенно при сочетании АГ и рефлюкс-эзофагита (РЭ) 2 степени. ВРС у пациентов с различными эндоскопическими вариантами ГЭРБ оказалась неоднородной. Так, было отмечено прогрессирующее увеличение среднесуточных показателей SDNN, SDANN и SDNN-index у пациентов с РЭ, а наибольшие значения ВРС наблюдались в группе пациентов с РЭ 2 степени. Повышение степени РЭ сопровождался достоверным увеличением удельного веса составляющей VLF в период сна и значений LF и HF в период бодрствования.

**Выводы.** С учетом выявленных особенностей при назначении антигипертензивной терапии пациентам с сочетанием АГ и ГЭРБ необходимо отдавать предпочтение препаратам, обеспечивающим плавное продолжительное снижение как САД, так и ДАД в течение 24 ч, включая ранние утренние часы, с обязательным контролем действия препаратов по СМАД, а также обеспечивающих антиаритмическое действие. Коррекцию доз и режима приема препарата необходимо осуществлять, в том числе, и с учетом степени эндоскопических изменений слизистой пищевода.

### 131. Динамика клинико-метаболических показателей у онкологических больных после гастрэктомии на фоне диетотерапии

Хомичук А.Л.

НИИ питания РАМН, Москва, Россия

**Цель исследования:** оценка влияния высокобелковой диеты с механическим и химическим щажением на клинико-метаболические показатели у онкологических больных после гастрэктомии.

**Материалы и методы.** Обследован 41 пациент. Возраст обследованных – от 19 до 77 лет (средний возраст (59±5) лет), срок давности после операции – от 3 до 12 месяцев. Индекс массы тела составил в среднем (20,7±3,8) кг/м<sup>2</sup>, у мужчин (20,0±2,8) кг/м<sup>2</sup>, у женщин (20,4±4,8) кг/м<sup>2</sup>. В процессе комплексной терапии в течение 14 дней использовалась высокобелковая диета (120 г белка в сутки) с механическим и химическим щажением. Всем больным проводилось биохимическое исследование с определением в сыворотке крови уровня общего белка, альбумина, общего билирубина, мочевины, креатинина, глюкозы, общего холестерина, активность АСТ, АЛТ, железа.

**Результаты.** На момент первичного обследования большинство больных предъявляли жалобы на общую слабость, 39% пациентов – на боли или дискомфорт в верхней половине живота после еды, 49% – на мучительную изжогу, 60% – на расстройство опорожнения кишечника. При обследовании пациентов выявлено снижение в сыворотке крови общего белка – (63,8±5,6) г/л, гемоглобина – (119,6±4,1) г/л, железа – (10,2±1,8) мкмоль/л. Под влиянием высокобелковой диеты у пациентов увеличение массы тела составило от 500 до 1000 г, увеличение общего белка до (66,5±4,8) г/л, гемоглоби-

на до  $(122,2 \pm 13,5)$  г/л. Другие биохимические показатели существенно не изменились. У большинства больных в процессе диетотерапии улучшилось общее самочувствие.

**Выводы.** Результаты проведенных исследований позволяют заключить, что применение высокобелковой диеты с механическим и химическим щажением способствует улучшению общего состояния, увеличению массы тела, коррекции клинико-метаболических нарушений у онкологических больных после гастрэктомии.

### 132. Влияние обогащенного глутамином энтерального питания на системный воспалительный ответ у пациентов с воспалительными заболеваниями кишечника в острой фазе

Хорошилов И.Е., Иванов С.В., Ткаченко Е.И., Янковская П.А.  
СЗГМУ им. И.И. Мечникова, Санкт-Петербург, Россия

**Цель исследования:** изучить влияние обогащенного глутамином энтерального питания на системный воспалительный ответ у пациентов с воспалительными заболеваниями кишечника в острой фазе.

**Материал и методы.** Обследованы 12 пациентов с язвенным колитом в острой фазе. Все пациенты получали базисную терапию кортикостероидами и месалазином. В дополнение к медикаментозной терапии 4 пациента получали обогащенное глутамином иммунное энтеральное питание (500 ккал и 10 г глутамина в день) в течение 2 недель наряду с обычной лечебной диетой, 5 пациентов получали стандартные полимерные формулы для энтерального питания в таком же количестве и той же длительности, 3 пациента получали только базисную медикаментозную терапию и диету. Нами изучался уровень провоспалительных цитокинов в сыворотке крови больных до и через 2 недели лечения. **Результаты.** У больных, получавших обогащенное глутамином иммунное энтеральное питание, отмечалось значительное уменьшение содержания в сыворотке крови фактора некроза опухоли альфа (на 25%), интерлейкина-6 (на 50%) и гамма-интерферона (на 20%) по сравнению с больными, получавшими полимерные энтеральные формулы и базисную медикаментозную терапию с обычной диетой.

**Заключение.** Обогащенное глутамином иммунное энтеральное питание может способствовать снижению системного воспалительного ответа у пациентов с воспалительными заболеваниями кишечника в острой фазе.

### 133. Частота распространенности нарушений питания, саркопении и кахексии у пациентов с воспалительными заболеваниями кишечника

Хорошилов И.Е., Иванов С.В., Ткаченко Е.И., Янковская П.А.  
СЗГМУ им. И.И. Мечникова, Санкт-Петербург, Россия

**Цель исследования:** изучить частоту распространенности нарушений питания, саркопении и кахексии у пациентов с воспалительными заболеваниями кишечника.

**Материал и методы.** Обследованы 30 больных язвенным колитом и 26 пациентов с болезнью Крона, проходивших лечение в стационаре в связи с обострением заболевания. Изучали массу тела, индекс массы тела, компонентный состав организма, объем мышц плеча, содержание белков крови и число лимфоцитов в крови. Жировую и тощую массу тела исследовали методами биоимпедансометрии и рентгеновской абсорбциометрии.

**Результаты.** Снижение массы тела и индекса массы тела обнаружено у 42% больных язвенным колитом и 54% пациентов с болезнью Крона. Диагноз «кахексия» установлен у 10% больных язвенным колитом и 8% пациентов с болезнью Крона. Саркопения (уменьшение мышечной массы) диагностирована у 25% больных язвенным колитом и 27% пациентов с болезнью Крона. Гипопротеинемия и гипоальбуминемия выявлены у 16% больных язвенным колитом и 16% пациентов с болезнью Крона, снижение числа лимфоцитов крови – у 14% больных язвенным колитом и 27% пациентов с болезнью Крона.

**Заключение.** Нарушения питания выявляются у 42-54% больных с воспалительными заболеваниями кишечника. В то же время стадии кахексии эти изменения достигают лишь у 8-10% больных, у 25-27% пациентов имеет место выраженная саркопения.

### 134. Хроническая абдоминальная ишемия (ХАИ) у пожилых и старых людей

Хорошина Л.П.  
СЗГМУ им. И.И. Мечникова, Россия,  
e-mail: solt54@mail.ru

Известно, что ХАИ может быть обусловлена интравазальными и экстравазальными факторами, аномалиями развития мезентериальных сосудов и часто возникает у пациентов старших возрастных групп. Так, например, у больных с ИБС хроническая абдоминальная ишемия отмечается в 70,0% случаев. Клиника ХАИ определяется не только ишемией, возникающей при поражении мезентериальных артерий, но и синдромом «обкрадывания». Клинические проявления ХАИ обусловлены болевым абдоминальным синдромом, снижением массы тела, диспепсическим синдромом, дисфункцией кишечника, нейровегетативными расстройствами. Клинические варианты ХАИ могут проявляться эрозивно-язвенными поражениями желудочно-кишечного тракта, панкреатитом, дискинезиями, холециститами, ишемическими колитами. Лечение больных с ХАИ может быть консервативным и оперативным. Консервативный метод лечения предполагает назначение нитратов, кальциевых блокаторов, проведение антисклеротической и симптоматической терапии. Ухудшение в состоянии здоровья пациентов с ХАИ наступает при нарушении нормальной работы сердечно-сосудистой системы, при физическом утомлении, переохлаждении, переизбытке, в случае употребления ряда лекарственных средств. Осложнения ХАИ обусловлены возможностью перехода хронической абдоминальной ишемии в острую ишемию органов пищеварения с последующим развитием кровотечения, перфорации, гангрены в соответствующей зоне поражения, острой почечной недостаточности, септических состояний, гепаторенального синдрома, синдрома диссеминированного внутрисосудистого свертывания. Диагноз ХАИ выставляется на основании жалоб больного, анамнеза, ультразвуковой доплерографии (дуплекс или триплекс), которая сопоставима с данными ангиографии.

### 135. Оценка возможности использования концентратов бактериоцинов в качестве кормовой добавки

Храмов В.М., Калмантаев Т.А., Чукина И.А., Похиленко В.Д., Перельгин В.В.  
Государственный научный центр прикладной микробиологии и биотехнологии, пос. Оболенск, Россия,  
e-mail: perelygin@obolensk.org

**Цель исследования:** оценить возможность использования низкомолекулярных пептидов – бактериоцинов, чувствительных к протеазам, в качестве компонентов лечебного корма.

**Материал и методы:** продуценты бактериоцинов (БЦ) штаммы *E.faecium* 3322 и *B.circulans* СК2ч выделены в ГНЦПМБ. Культивирование штаммов осуществлялось в лабораторных ферментерах. БЦ выделялись из супернатантов и идентифицировались методом ДДС ПААГ электрофореза. Для иммобилизации БЦ использованы гранулы стандартного корма для мышей. Содержащие БЦ гранулы были скормлены белым мышам однократно. Контрольные мыши потребляли гранулы, не содержащие БЦ. Состояние мышей оценивалось на протяжении 7 суток, исследовалась аэробная микрофлора кишечника и наличие в фекальной массе (ФМ) антагонистической активности (АА) в отношении клеток *L.monocytogenes* и *E.coli*.

**Результаты исследования.** Клетки *E.faecium* 3322 и *B.circulans* СК2ч продуцируют БЦ с молекулярной массой около 5-7 кДа, способные ингибировать рост грамположительных и грамотрицательных типов кишечных патогенов. БЦ in vitro разрушаются протеазами: наиболее чувствителен БЦ 3322 и только частично – БЦ СК2ч. Мыши охотно поедали гранулы, содержащие БЦ обоих типов. Характер потребления корма, питья и поведенческие реакции

мышей не отличались от контрольной группы (7 суток наблюдения). Через 6 ч после потребления гранул, содержащих БЦ3322, в ФМ была выявлена АА против листерий, АА уменьшилась к 48 ч и исчезла на третьи сутки наблюдения. После потребления гранул, содержащих БЦ СК2ч, активность ФМ против *E.coli* наблюдалась только до 24 ч. Полученные данные свидетельствуют о сохранении АА в ЖКТ животных как минимум в течение суток после предъявления БЦ. Показатели аэробной нормофлоры кишечника мышей после потребления БЦ на протяжении 3 суток не изменились, не наблюдалось расстройств кишечника и изменения консистенции ФМ, отсутствовали признаки токсических реакций. Таким образом, БЦ 3322 и БЦ СК2ч могут рассматриваться в качестве добавок для придания лечебным кормам способности ингибировать рост кишечных патогенов.

## Ч

**136. Микробиоценоз кишечника детей в возрасте 8–10 лет**  
Червинец Ю.В., Червинец В.М., Самоукина А.М., Михайлова Е.С., Беляева Е.А.  
Тверская ГМА (каф. микробиологии, вирусологии, иммунологии), Россия

**Цель исследования:** изучение микробиоценоза кишечника детей 8-10 лет по количественным и качественным характеристикам.

**Материалы и методы.** Проведено бактериологическое исследование кала у 46 детей в возрасте от 8 до 10 лет.

**Результаты.** При бактериологическом исследовании кала выявлены следующие дисбиотические нарушения: I степень дисбиоза – у 29 детей (63%); II степень – у 11 детей (23,9%); III степень – у 4 детей (8,8%). Только лишь у двух (4,3%) детей не обнаружено проявлений дисбактериоза кишечника. Изучение видового состава микрофлоры показало сниженное содержание бифидобактерий у 20 детей (43,5%), снижение числа лактобактерий – у 18 (39,1%). Повышенное содержание энтерококков обнаружено у 16 детей (34,8%). Лактозонегативные формы эшерихий выявлены в повышенном количестве у 15 (32,6%) пациентов. Эшерихии со сниженными ферментативными свойствами обнаружены у 8 (17,4%) детей, эшерихии с гемолитическими свойствами – у 12 (26%). Отмечено сниженное количество анаэробной флоры (бактероидов, пептококков и пептострептококков), которое определялись в 22 случаях (47,8%). Условно патогенная микрофлора выявлена у 28 детей (60,9%). Она была представлена у 11 (23,9 %) детей *S.aureus* в количестве  $10^5$ , при этом 96,5% выделенных стафилококков обладали гемолитической активностью. Патогенная микрофлора была представлена шигеллами (*Shigella flexneri*) у 4 детей (8,8%) и у одного ребенка (2,2%) была выделена сальмонелла (*Salmonella typhimurium*). Грибы рода *Candida* встречались у трех детей (6,5%).

**Выводы.** В целом, установлена многофакторность формирования дисбиотических нарушений. Дисбактериоз кишечника I-III степени диагностирован в 95,6% наблюдений. Снижение облигатной бифидо- и лактофлоры отмечено в 43,5% и 39,1% наблюдений соответственно, количественные и (или) качественные нарушения в составе эшерихий – в 89,1%, повышенное содержание условно патогенной флоры обнаружено в 60,9% случаев.

**137. Симбиоз лактобацилл кишечника с микробиотой человека**

Червинец Ю.В., Червинец В.М., Самоукина А.М., Михайлова Е.С., Беляева Е.А.  
Тверская ГМА, Россия, e-mail: chervinets@mail.ru

**Цель исследования:** определение симбиотических отношений лактобацилл, выделенных из кишечника, с патогенными и условно патогенными микроорганизмами.

**Материал и методы.** Материалом для исследования служило содержимое кишечника 300 здоровых людей разных возрастных групп (мужчин 140, женщин 160). Изучение антагонистической активности лактобацилл в отношении патогенной и условно патогенной микрофлоры проводили методом перпендикулярных

штрихов (Блинкова Л.П., 2003). Биосовместимость лактобацилл с представителями нормофлоры определялась методом совместного культивирования на твердой питательной среде (Глушанова Н.А., 1999). Ферменты патогенности лактобацилл определяли по методике Агаповой О.В. и др. (1999).

**Результаты.** Из кишечника выделено 10 изолятов лактобацилл, проявляющих высокую антагонистическую активность за счет выделения бактериоциноподобных веществ к патогенным и условно патогенным микроорганизмам: *Candida albicans* ATCC 885-653, *Salmonella typhimurium* 415, *Shigella sonnei* I фазы 941, *Bacillus subtilis* 534, *Escherichia coli* 25922, *Pseudomonas aeruginosa* ATCC 9027, *Staphylococcus aureus* 209. Лактобациллы кишечника не проявили антагонизм по отношению к представителям нормофлоры (рода *Enterococcus*, *Lactobacillus*, *Escherichia*, *Staphylococcus*, *Bifidobacterium*, *Eubacterium*, *Actinomyces*, *Peptococcus*, *Peptostreptococcus*). У всех лактобацилл обнаружено отсутствие ассоциированных с синтезом ферментов патогенности каталазной активности, микробных протеаз (казеиназа и желатиназа), нуклеазной активности (ДНК-аза и РНК-аза), гемолитической, антилизосимной и лецитиназной активности.

**Выводы.** Симбиоз лактобацилл с микробиотой человека проявляется в высокой антагонистической активности к индикаторным культурам условно патогенных и патогенных бактерий, в отсутствии антагонизма к представителям нормофлоры, а также отсутствию ферментов патогенности.

**138. Опыт применения закофалька у пациентов с хроническими заболеваниями печени**

Чихачева Е.А., Селиверстов П.В., Тетерина Л.А., Ситкин С.И., Ерофеев Н.П., Радченко В.Г.  
СЗГМУ им. И.И. Мечникова, Санкт-Петербург, Россия

**Цель исследования:** оценить эффективность препарата «Закофальк» в комплексной терапии хронических заболеваний печени (ХЗП) у пациентов с нарушением микрофлоры кишечника.

**Материалы и методы.** Были обследованы 32 пациента с ХЗП (средний возраст  $(58,2 \pm 10,8)$  года), из них 22 составили основную группу (ОГ), 10 – группу сравнения (ГС). Распределение по нозологии: 16 пациентов с неалкогольной жировой болезнью печени (50%), 4 (12,5%) – с перекрестным синдромом, 4 (12,5%) – с хроническим вирусным гепатитом В, 6 (18,8%) – с хроническим вирусным гепатитом С, 2 (6,2%) – с криптогенным гепатитом.

Всем пациентам до и через месяц после лечения проводилось стандартное обследование, включавшее анализ жалоб, анамнеза, объективного статуса, лабораторных (клинический и биохимический анализ крови, бактериологическое исследование кала на дисбиоз) и инструментальных исследований, тест связи чисел. У всех больных (100%) отмечались проявления цитолитического, холестатического, астеновегетативного и диспепсического синдромов, нарушение стула, болевой синдром в нижних отделах живота. При УЗИ печени в 100% случаев были выявлены диффузные изменения ткани печени. При бактериологическом исследовании кала на дисбиоз толстой кишки у всех пациентов (100%) выявлены нарушения микробиоценоза за счет снижения количества бифидобактерий, лактобактерий, бактероидов, *E.coli* с нормальной ферментативной активностью и роста представителей условно патогенной флоры (*Klebsiella oxytoca*, *Citrobacter freundii*, стафилококки, грибы рода *Candida*).

С целью коррекции метаболических нарушений пациентам обеих групп назначался двухнедельный курс инфузионной и метаболической терапии. Пациенты ОГ дополнительно получали препарат «Закофальк» по 1 капсуле 3 раза в день во время еды в течение 1 месяца.

На фоне проводимой терапии у всех пациентов ОГ снижались проявления астеновегетативного, диспепсического, болевого абдоминального синдромов. У 17 пациентов (77,5%) наблюдалось достоверное снижение АсАТ –  $(9,7 \pm 4,3)$  Ед./л; ЩФ –  $(139,3 \pm 10,2)$  Ед./л ( $p < 0,05$ ) и у 18 (81,8%) – нормализация биохимических показателей цитолиза и холестаза. У всех больных основной группы уменьшилось время выполнения ТСЧ – от  $(51 \pm 4)$  с до  $(37 \pm 2)$  с ( $p < 0,01$ ). Также отмечалось восстановление микрофлоры кишечника за счет повышения содержания бифидо-, лактобактерий, *E.coli* с

нормальной ферментативной активностью и снижения уровня условно патогенной флоры до допустимых величин.

При динамическом обследовании в ГС также отмечалась положительная динамика, однако достоверных различий получено не было.

**Выводы.** Использование препарата «Закофальк» в комплексной терапии больных ХЗП способствует восстановлению кишечного микробиоценоза и, как следствие, улучшению клинических симптомов и нормализации лабораторных показателей, что повышает эффективность лечения больных ХЗП с дисбиозом кишечника.

### III

#### 139. Медицинская реабилитация детей с хроническими заболеваниями органов пищеварения

Шапкина О.А., Усанова Е.П., Матковский Р.А.,

Шереметьева С.Н.

Нижегородский НИИ детской гастроэнтерологии, Россия

**Цель исследования:** повышение эффективности медицинской реабилитации детей с заболеваниями органов пищеварения.

**Материалы и методы.** Обследованы 63 ребенка 7-14 лет, имеющих гастроэнтерологическую патологию и высокую потребность в медицинской реабилитации. Проведена оценка функциональных резервов организма больных детей по медико-биологическим, медико-психологическим, медико-педагогическим, социально-гигиеническим показателям. Медицинская реабилитация реализована на основе разработанных типовых и индивидуальных программ. Использован новый критерий качественно-количественной оценки эффективности реабилитации.

**Результаты.** Сравнительный анализ показателей состояния здоровья по гастроэнтерологическому заболеванию и функциональных резервов до и после медицинской реабилитации показал, что у детей значительно улучшились адаптационные возможности организма вследствие снижения проявлений хронической интоксикации, диспепсического и астеновегетативного синдромов, повысились функциональные резервы преимущественно по медико-психологическим и социально-педагогическим аспектам реабилитации. В целом по группе «значительное улучшение» отмечено у 33 детей (53%), «умеренное улучшение» – у 25 (40%), «отсутствие эффекта» – у 5 (7%). В результате у большинства пациентов получено достоверное улучшение ( $p=0,03$ ) состояния здоровья и функциональных резервов организма, что свидетельствует об эффективности проведенных реабилитационных мероприятий.

**Вывод.** Построенная на основе типовой программы медицинская реабилитация позволяет улучшить адаптационные возможности и функциональные резервы больных детей с гастроэнтерологической патологией, что повышает вероятность благоприятного прогноза течения хронического заболевания.

#### 140. Брадиаритмия кишечника как фактор риска патологии мозга

Шемеровский К.А.

НИИ экспериментальной медицины СЗО РАМН,

Санкт-Петербург, e-mail: constshem@yandex.ru

**Цель работы:** изучить зависимость риска патологии от регулярности циркадианного ритма эвакуаторной функции кишечника (ЭФК).

**Материалы и методы.** Обследованы 58 медработников (Ж:М = 49:9, возраст от 24 до 70 лет) методом хроноэнтерографии (недельного мониторинга ЭФК) и тестом «Нервно-психическая адаптация», выделяющим 4 состояния: здоров, перенапряжение, преморбидное состояние, патология.

**Результаты.** Регулярный циркадианный ритм кишечника (7 дней в неделю со стулом) выявлен у 17 лиц (29% обследованных, средний возраст 50 лет, Ж:М = 77%:23%). Нерегулярность этого ритма в виде брадиэнтерии (1-6 дней в неделю со стулом) диагностирована у 41 субъекта (71% лиц, средний возраст 51 год, Ж:М = 85%:15%). Среди лиц с регулярным ритмом ЭФК (с эуэнтерией) 47% были практически здоровы, а 53% – в состоянии пе-

ренапряжения. Среди лиц с нерегулярным ритмом ЭФК (с брадиэнтерией) практически здоровых было 22%, в перенапряжении – 22%, в преморбидном состоянии – 27%, в состоянии патологии – 29%. Следовательно, брадиэнтерия (в отличие от эуэнтерии) связана с преморбидным состоянием и состоянием патологии. У субъектов с брадиэнтерией почти в 2 раза чаще встречались такие симптомы как «повышенная раздражительность», «беспричинный страх», «учащенное сердцебиение», «ощущение комка в горле». Гипертоническая болезнь была диагностирована у 34% субъектов с брадиэнтерией и у 3 раза реже – у лиц с эуэнтерией (у 12%).

**Выводы.** Среди обследованных медиков число лиц с нерегулярным ритмом кишечника (71%) более чем в 2 раза больше, чем с эуэнтерией (29%). Риск возникновения гипертонической болезни у лиц с брадиэнтерией (34%) был почти в 3 раза выше, чем у лиц с эуэнтерией (12%). Регулярный ритм кишечника связан с двумя состояниями: практически здоров и перенапряжение, а брадиэнтерия – еще с двумя состояниями: предпатология и патология мозга.

#### 141. Абдоминальная форма иерсиниозных инфекций у детей на современном этапе

Шестакова М.Д.<sup>1</sup>, Воскресенская Е.А., Кокорина Г.И.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>СПбГПМА, <sup>2</sup>НИИ эпидемиологии и микробиологии им. Пастера, Санкт-Петербург, Россия

**Цель исследования:** выявить особенности клинической картины абдоминальной формы иерсиниозов при разных вариантах течения и оценить современные методы лабораторной диагностики иерсиниозных инфекций (ИИ) у детей.

**Материалы и методы.** Были обследованы 60 пациентов, в декабре 2010 – феврале 2011 гг. находившихся в хирургическом стационаре с диагнозом «острый аппендицит». Ранее было обследовано 120 пациентов на гастроэнтерологических отделениях. Всем пациентам проводилось комплексное клиничко-лабораторное обследование. Для диагностики ИИ использовали следующие методы: молекулярно-генетические (ПЦР), серологические РА, РНГА. Критерием включения больных в изучаемую группу было лабораторное подтверждение диагноза ИИ.

**Результаты.** Абдоминальная форма ИИ подтверждена у 53 детей, из них 41 пациент из соматических и 12 из хирургических отделений. Острое и затяжное течение ИИ диагностировано у 24 детей, из них 12 составили отдельную группу, у которых была подтверждена иерсиниозная этиология острого аппендицита. При исследовании фрагментов ткани аппендикулярных отростков методом ПЦР генетический материал иерсиний обнаружен в 12 образцах. В 11 случаях обнаружена *Y. pseudotuberculosis*, в 1 случае – *Y. enterocolitica*. В настоящее время частота встречаемости острого аппендицита при абдоминальной форме иерсиниозов у детей составляет 20%. Методом РА диагноз ИИ был подтвержден у 61% пациентов. При исследовании фекалий методом ПЦР положительные результаты получены в 37% случаев. РНГА оказалась малоэффективной для выявления больных абдоминальной формой ИИ (2% положительных результатов). Соотношение встречаемости псевдотуберкулезной инфекции и кишечного иерсиниоза при абдоминальной форме составляет 2,8:1.

Клиническая картина поражения органов желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) при абдоминальной форме острой и затяжной иерсиниозной инфекции складывалась из болей в животе, не ярких признаков инфекционного процесса (тени под глазами, головная боль, бледность кожных покровов, обложенность языка). При остром течении наиболее часто поражалась тонкая кишка (энтерит) – у 10 человек; колит, панкреатит – по одному случаю. У 11 из 12 пациентов установлен диагноз флегмонозного аппендицита. В одном случае – катаральный аппендицит и мезаденит. У 29 пациентов заболевание имело хроническое течение.

**142. Острый аппендицит иерсиниозной этиологии у детей**  
Шестакова М.Д.<sup>1</sup>, Денисов А.А.<sup>1</sup>, Кокорина Г.И.<sup>2</sup>  
<sup>1</sup>СПбГПМА, <sup>2</sup>НИИ эпидемиологии и микробиологии  
им. Пастера, Санкт-Петербург, Россия

**Цель исследования:** выявить участие иерсиний в этиологии острого аппендицита у детей. У взрослых частота выявления *Y. pseudotuberculosis* при остром аппендиците достигает 50%.

**Материалы и методы.** В декабре 2010 – феврале 2011 гг. были обследованы 60 пациентов (возраст от 4,5 до 17 лет), находившихся в хирургическом стационаре с диагнозом «острый аппендицит». Диагноз верифицирован на основании клинико-лабораторного обследования. Для выявления иерсиниозной этиологии заболеваний использовали полимеразную цепную реакцию (ПЦР) и бактериологическое исследование ткани аппендиксов, а также реакцию агглютинации (РА).

**Результаты.** Дети поступили в стационар экстренно с жалобами на боли в животе различной локализации. Все 60 пациентов оперированы по поводу острого аппендицита. При исследовании интраоперационного материала (ткань удаленного аппендикса) у 12 пациентов (20%) выделен генетический материал иерсиний. Впервые показано, что острый аппендицит у детей может быть обусловлен *Y. enterocolitica* – у одного пациента выявлена ДНК возбудителя, у 11 – *Y. pseudotuberculosis*. При бактериологическом исследовании ткани аппендиксов у одного больного выделена культура *Y. pseudotuberculosis*. При исследовании сыворотки крови 11 пациентов иерсиниозных антител не обнаружено. Очевидно, серологическое обследование пациентов на ранних сроках заболевания неэффективно.

У 11 из 12 пациентов установлен диагноз флегмонозного аппендицита, в одном случае – катаральный аппендицит и мезаденит. Возраст детей данной группы составлял от 6 до 14 лет. У всех пациентов отмечены повышение температуры от 37,0 до 38,5°C, тошнота, рвота, боли в животе, чаще приступообразные, в гемограмме – гиперлейкоцитоз –  $(20,6 \pm 1,4) \cdot 10^9/\text{л}$  с абсолютным и относительным нейтрофилизом – соответственно  $(16,7 \pm 1,4) \cdot 10^9/\text{л}$  и  $(80,4 \pm 1,8)\%$ .

Таким образом, иерсиниозная этиология острого аппендицита установлена у 12 из 60 детей (20%). Хирургическая тактика при остром аппендиците иерсиниозной этиологии основана на сочетании общих принципов лечения острого аппендицита и этиотропной терапии иерсиниозов.

**143. Выявление *Helicobacter pylori* и энтерогепатических хеликобактеров в желчи с помощью метода ПЦР**  
Ширшикова Т.В.<sup>1</sup>, Шагимарданова Е.И.<sup>1</sup>, Исаева Г.Ш.<sup>2</sup>,  
Фазульязнова А.И.<sup>2</sup>, Ризванов А.А.<sup>1,2</sup>  
<sup>1</sup>Казанский ГМУ, <sup>2</sup>Казанский (Приволжский) федеральный университет, Россия

**Цель исследования:** обнаружение бактерий рода *Helicobacter* в желчи больных с различной патологией желудочно-кишечного тракта.

**Материалы и методы.** Материалом для исследования служили образцы желчи, взятые при дуоденальном зондировании 33 пациентов. Среди обследованных пациентов у 21 больного была выявлена патология со стороны гепатобилиарной системы в виде хронического некалькулезного холецистита (n=13), хронического вирусного гепатита С (n=7) и хронического гепатита невыясненной этиологии (n=1). Группу пациентов без патологии гепатобилиарной системы составили 12 больных. Детекцию хеликобактеров проводили с помощью ПЦР. Для определения родových генов *Helicobacter* использовали специфические праймеры, позволяющие генерировать ампликоны 16S rDNA. При положительном результате была проведена амплификация с использованием специфических праймеров для детекции видов *H. pylori*, *H. bilis*, *H. pullorum*, *H. rappini*.

**Результаты.** ДНК бактерий рода *Helicobacter* была обнаружена в 12 случаях (36,4%). Положительные в отношении бактерий рода *Helicobacter* образцы ДНК были последовательно протестированы с помощью видоспецифических праймеров. В 7 случаях образцы были позитивными в отношении гена *23S pPHK H. pylori* и

столько же в отношении гена *ureB H. rappini*. Бактериальная микст-инфекция *H. pylori* + *H. rappini* обнаружена у 5 больных. Все образцы в отношении генов *cdtB H. pullorum* и *cdtB H. bilis* были негативными.

**Выводы.** Полученные данные указывают на высокую частоту колонизации билиарного тракта больных с различными заболеваниями ЖКТ бактериями рода *Helicobacter*, причем в большинстве случаев с внежелудочными поражениями, что может свидетельствовать об их возможном участии в патогенезе этих заболеваний.

Э

**144. Урсодеоксихолевая кислота в терапии холестаза у больных хроническим вирусным гепатитом (ХВГ)**  
Эсауленко Е.В., Дунаева Н.В., Никитина О.Е.  
НИИ гриппа, Санкт-Петербург, e-mail: nvch@mail.ru

**Цель исследования:** оценить эффективность купирования холестаза урсодеоксихолевой кислотой (препарат «Урдокса») у больных ХВГ.

**Материал и методы:** 32 больных ХВГ В или С (13 больных хроническим гепатитом В, 19 больных хроническим гепатитом С) в возрасте от 20 до 72 лет, имеющие повышение уровня билирубина выше нормальных величин ± повышение уровня гаммаглутамилтранспептидазы (ГГТП), получали препарат «Урдокса» в по 2 капсулы (500 мг) в сутки течение 3 месяцев в качестве монотерапии или в комплексе с противовирусными препаратами. У части пациентов доза была увеличена до 1000 мг/сут. В основном это были пациенты со сформированным циррозом. Лабораторное обследование проводили до начала терапии изучаемым препаратом (W0), через 4 недели (W4), 8 (W8) и 12 недель (W12). Фиксировали уровни общего билирубина (мкмоль/л) и ГГТП (ед./л). Данные представлены в виде медианы и (25/75%), поскольку хотя бы одна из сравниваемых выборок отличалась от нормальной.

**Результаты.** В ходе исследования по данным критерия Фридмана показано достоверное снижение на протяжении W0-W12 билирубина: W0=39(27/70) – W4=37(22/48) – W8=22(19/29) – W12=19(15/28), p=0,001 и ГГТП: W0=79(66/156) – W4=38(29/63) – W8=36(30/46) – W12=43(22/54), p=0,001. Пациенты не предъявляли жалоб на наличие жидкого стула или проявления аллергии. Отмены терапии по медицинским показаниям не потребовалось.

**Выводы.** Применение препарата «Урдокса» в дозе 500 мг в сутки эффективно в комплексном лечении больных хроническим вирусным гепатитом. У больных ХВГ в стадии компенсированного цирроза после первого месяца терапии может потребоваться увеличение дозы препарата «Урдокса» до 1000 мг/сутки. Препарат «Урдокса» хорошо переносится и не приводит к развитию диарейного синдрома или аллергических реакций.

Я

**145. Возможности нутриционной поддержки для коррекции недостаточности питания у больных раком желудка**

Янковская П.А., Хорошилов И.Е., Ткаченко Е.И.,  
Иванов С.В.  
СЗГМУ им. И.И. Мечникова,  
Санкт-Петербург, Россия

**Цель исследования:** изучить возможности нутриционной поддержки для коррекции недостаточности питания у больных раком желудка.

**Материал и методы.** Обследованы 26 пациентов с раком желудка. Сроки наблюдения составляли от 3 месяцев до 2 лет (в зависимости от стадии заболевания). Компонентный состав организма и его динамику оценивали методами калиперметрии и импедансометрии. Пациенты получали нутриционную поддержку в течение всего периода наблюдения: сбалансированные и высокоэнергетические питательные смеси (500 ккал в сутки).

**Результаты.** У 12 пациентов с раком желудка 4 стадии отмечалась незначительная положительная динамика, существенного прироста тощей и жировой массы тела не отмечалось, однако в течение всего периода наблюдения не было снижения жировой массы, увеличения внеклеточной жидкости. У 14 пациентов с раком желудка 2-3 стадии без метастазов отмечалась существенная положительная динамика: прирост жировой массы, в среднем 1,5-2 кг за 6-8 недель (максимально – 4,5 кг за год), увеличение окружности мышц плеча, в среднем на 1,5 см, уменьшение внеклеточной жидкости, купирование отеков.

**Заключение.** Нутриционная поддержка (энтеральное питание) способствует улучшению нутриционного статуса у больных раком желудка 2-3 стадии. У пациентов, получающих паллиативную терапию (рак желудка 4 стадии), нутриционная поддержка предупреждает дальнейшее прогрессирование недостаточности питания.

## Abstracts in English (A–Z)

### 146. Morpho-functional features of the duodenal mucosa in chronic gastroduodenitis (ChGD) in patients of different age

Kalinina E.Yu., Anichkov N.M., Novikova V.P, Tsekh O.M.  
St. Petersburg State Medical Academy named after  
I.I. Mechnikov, St. Petersburg State Pediatric Medical  
Academy, Saint Petersburg, Russia,  
e-mail: drkalinina@yandex.ru

**The main goal** of this research is the study of morphological, morphometric and functional features of ChGD in patients of different age.

**Material and methods.** We examined 175 patients with ChGD (95 kids 6-17 years old, and 80 adults 18-78 years old). All the patients underwent standard gastroenterological examination, including FGDS with duodenal biopsies, morphological and morphometric tissue sampling examination. Activity of Glycyl-L-leucyl-dipeptidase and aminopeptidase M in tissue units was researched by the method of Ugoleva and Timofeev (1969) in 22 children and 26 adults in the age 18-70 years old. Dimension analysis was performed using  $\chi^2$ -method and Student's t-criterion.

**Results.** In kids more frequently than in adults ChGD was diagnosed in exacerbation stage with lymphoplasmocytic infiltration grade 1 and mucosa edema ( $p < 0,05$ ). However, adult patients showed mucosa subatrophy and atrophy ( $p < 0,01$ ), fibrosis ( $p < 0,05$ ) and lymphoplasmocytic infiltration grade 2 ( $p < 0,05$ ). Mucosa morphometric examination revealed that older patients had the decreasing common mucosa thickness, villous longivity, width and depth of crypts, index villus/crypt, and decreasing the enterocyte size, quantity of intraepithelial lymphocytes inside the villi and crypts.

Activity of Glycyl-L-leucyl-dipeptidase had no authentic differences in both of researched groups (children –  $(192,1 \pm 20,1)$  mkmol/min on 1g and adults  $(175,47 \pm 18,6)$  mkmol/min on 1g. tissue,  $p > 0,05$ ). Activity of aminopeptidase M in children was significantly lower than in adults (children –  $(1,0 \pm 0,3)$  mkmol/min on 1g and adults  $(3,8 \pm 0,5)$  mkmol/min on 1g tissue  $p < 0,05$ ).

**Summary.** The features of inflammation in ChGD-samples were more frequently expressed in children than in adults. The same picture was registered in relation to aminopeptidase M activity. Older patients have ChGD commonly with features of fibrosis and atrophy. Atrophic involution of duodenal mucosa begins in the age of 18.

### 147. Nonalcoholic fatty liver disease (NAFLD) in adolescents with metabolic syndrome (MS)

Novikova V.P.<sup>1</sup>, Aleshina E.I.<sup>1</sup>, Gurova M.M.<sup>2</sup>, Gurjeva V.A.<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>Saint-Petersburg State Pediatric medical academy, Saint-Petersburg, <sup>2</sup>State Medical University, Kursk, Russia

**Purpose.** To evaluate the prevalence of NAFLD in adolescents with MS by 3 non-invasive methods and to discover correlation between clinical markers of NAFLD and the components of MS in children with obesity.

**Material.** Were observed 75 adolescents at age of 12–17 with obesity and MS which was diagnosed according to criterion for pediatric medicine (the International Diabetes Federation, 2007). Body Mass Index was 30–42 in examined adolescents.

**Methods.** The following laboratory data were screened: glucose level, insulinaemia, liver enzymes, lipid profile, uric acid, C reactive protein (CRP), Insulin resistance (IR) was estimated by calculation HOMA-IR index. NAFLD was suggested by examinations in serum concentration of aminotransferases and ultrasonography of the liver. In 30 adolescents stage of fibrosis, activity according to histologic indexes METAVIR, severity of steatosis and steatohepatitis by FibroMAX was defined.

**Results.** Wee found alterations in alanine aminotransferase in 8% of obese adolescents. The prevalence of hepatic alterations on ultrasound was 51,3%. The prevalence of hepatic alterations (minimal steatosis with initial signs of steatohepatitis) on FibroMAX was 40%. The ultrasound abnormalities were highly correlated with values of BMI ( $r = 0,61$ ,  $p < 0,01$ ), waist circumference (WC) ( $r = 0,68$ ,  $p < 0,01$ ), serum triglycerides and HOMA index  $r = 0,46$ ,  $p < 0,05$ ).

**Conclusions.** The alanine aminotransferase test is not informative laboratory test for investigation of NAFLD. Ultrasonography of the liver must be used as the first imaging method. FibroMAX Bio-Markers should be the main method used to identify a minimal steatosis with initial signs of steatohepatitis in adolescents. Patients with prominent insulin resistance, abdominal obesity and dyslipidaemia are prone to development of the hepatic manifestation of the metabolic syndrome.