

## МАТЕРИАЛЫ

14-го Международного  
Славяно-Балтийского научного форума  
«Санкт-Петербург – Гастро-2012»  
(14–16 мая 2012 года)

## А

## 1. Анализ заболеваемости целиакией по данным госпитализации

Абдулхаков Р.А., Одинцова А.Х., Филиппова Е.А., Мавликеева А.В., Черемина Н.А.  
Казанский ГМУ, Россия

**Материалы и методы:** изучены истории болезни 39 пациентов с диагнозом «целиакия», находившихся на лечении в гастроэнтерологическом отделении ГАУЗ РКБ МЗ РТ в 2009-2011 гг. (женщин 26, мужчин 13 – 66,7% и 33,3% соответственно). Диагноз был выставлен на основании морфологического и/или серологического методов исследования, а также в случае получения положительного эффекта от аглютеновой диеты. Морфологическое исследование биоптатов тонкой кишки проведено 38 больным. Диагноз подтвержден морфологически в 11 случаях (28,9%). Серологический анализ проводился у 13 пациентов (33,3%) и был положительным в 8 случаях. У трех из этих пациентов были обнаружены антиглиадиновые IgA+, у двух – IgG+, еще у троих – IgA+ и IgG+. У 6 больных с наличием антиглиадиновых антител при морфологическом исследовании не было атрофии ворсинок слизистой оболочки тонкой кишки, у двоих больных положительными были результаты как серологического, так и морфологического анализов. Двадцати двум пациентам диагноз был поставлен после исключения других заболеваний со сходной симптоматикой и получения эффекта от аглютеновой диеты. Типичная форма заболевания с дебютом в форме диареи наблюдалась у 27 больных (69,2%), атипичная с началом в форме длительной железодефицитной анемии, судорожного синдрома и др. – у 12 больных (30,8%). У 7 больных (18%) имелось сочетание целиакии с воспалительными заболеваниями толстой кишки, чаще с болезнью Крона (6 человек). Заболевание у большинства больных (22 человека – 56,4%) началось в возрасте до 25 лет. У 23 человек (58,9%) диагноз был поставлен в течение трех лет от момента появления первых симптомов, в то же время у 8 (20,5%) пациентов до установления диагноза прошло от 4 до 9 лет.

**Выводы.** 1. Для диагностики необходимо использовать комбинацию серологического и морфологического методов. 2. Атипичная форма заболевания встречается почти у 1/3 пациентов. 3. Достаточно часто встречается сочетание целиакии и ВЗК в (18% случаев). 4. У 20,5% больных диагноз «целиакия» устанавливается достаточно поздно – через 4-9 лет.

## 2. Характеристика цитолитического и холестатического синдромов при разных схемах противовирусной терапии хронического вирусного гепатита С

Агафонов В.М., Ковров К.Н., Вальков М.Ю., Ковров И.К., Бурмагина И.А.  
Северный ГМУ, Архангельск, Россия,  
e-mail: vagaf1@rambler.ru

**Цель исследования:** сопоставление динамики показателей активности аминотрансфераз и билирубина крови у больных хроническим вирусным гепатитом С на фоне двух- и трехкомпонентной противовирусной терапии.

**Пациенты.** Под наблюдением находились 30 больных хроническим вирусным гепатитом С, получавших интерферон-альфа-2b с рибавирином – контрольная группа, и интерферон-гамма, интерферон-альфа-2b с рибавирином – опытная группа.

**Результаты исследования.** Базовые показатели активности АлАТ и АсАТ перед началом лечения составили в контрольной группе 129,5 (стандартное отклонение 102,5), в опытной 187,3 (236,3). Уменьшение активности АлАТ и АсАТ в процессе противовирусной терапии отмечали в обеих группах, начиная с 4-й недели наблюдения. В опытной группе на 4-й неделе активности АлАТ и АсАТ снизилась в среднем до значений, близких к нормальным (42,6 (28,2) ед./л и 41,1 (18,8) ед./л). Отмечено статистически значимое дальнейшее снижение показателей с минимумом цитолиза к 12-й и 48-й неделям лечения – 29,2 (16,6) ед./л и 33,6 (16,4) ед./л

соответственно. В контрольной группе динамика указанных биохимических показателей была аналогичной и также статистически значимой.

Уровень билирубина крови повышался к 4-й неделе противовирусной терапии (в опытной группе – статистически значимо), затем снижался, оставаясь, однако, в пределах референтных значений как до начала лечения, так на протяжении всего курса.

Таким образом, активизация противовирусной терапии вирусного гепатита С с использованием дополнительного препарата не оказывает негативного влияния на динамику показателей цитолитического и холестатического синдромов.

3. Определение *Helicobacter pylori* у лиц, переживших блокаду Ленинграда

Албегова Д.М., Сайденова М.С.  
Больница № 46 им. Св. Евгения, СЗГМУ  
им. И.И. Мечникова, Санкт-Петербург, Россия

**Цель исследования:** определить частоту инфицированности *Helicobacter pylori* (*H.pylori*) и роль этой инфекции в развитии патологии верхних отделов желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) у лиц, переживших блокаду Ленинграда.

**Материал и методы.** За 2011 год выполнено 1200 эзофагогастродуоденоскопий (ЭГДС). В 202 случаях выполнено определение *H.pylori* при помощи уреазного теста, результат которого расценивался либо как положительный (+), либо как отрицательный (–). Из 202 обследуемых женщин было 172, мужчин – 30. Всем больным присуща полиморбидность.

**Результаты.** Из 172 женщин в группе 70-79 лет результат теста был «+» у 37, «–» – у 71; 80-89 лет «+» у 22, «–» у 41; в группе 90 лет и старше – один «–». Из 30 мужчин 70-79 лет «+» – 10, «–» – 16; 80-89 лет, «+» – 1, «–» – 3.

Из 22 больных с язвой желудка у 3 выявлена рубцово-язвенная деформация, результат теста «+» – у 6, «–» – у 16. С язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки исследовали 20 больных, у 15 выявлена рубцовая деформация, результат теста «+» – у 8, «–» – у 12. У 51 больного с эрозивным гастритом «+» результат теста у 20, «–» – у 31. При поверхностном гастрите из 40 больных «+» результат был у 22, «–» – у 18. У 39 пациентов с атрофическим гастритом результат теста «+» у 9, «–» – у 30. У 30 обследованных изменений со стороны желудка не выявлено, результат теста «+» у 5, «–» – у 25.

**Выводы.** Полученные результаты свидетельствуют о том, что *H.pylori* не является ведущим этиологическим фактором в возникновении патологии верхних отделов ЖКТ среди больных пожилого и старческого возраста. Основными факторами развития патологии в этой группе больных являются нарушения микроциркуляции в слизистой оболочке, хроническая ишемия органов пищеварения и гипоксия гастродуоденальной зоны, а также НПВП-гастропатии.

## 4. Динамика состава кишечной микрофлоры у недоношенных детей в период выхаживания их в условиях специализированного стационара

Алехина Л.А.<sup>1</sup>, Суворов А.Н.<sup>2</sup>, Гончар Н.В.<sup>3</sup>, Суворова М.А.<sup>2</sup>  
<sup>1</sup>ДГБ № 1, <sup>2</sup>НИИЭМ СЗО РАМН, <sup>3</sup>Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова,  
Санкт-Петербург, Россия

**Цель исследования:** изучение динамики кишечной микрофлоры у недоношенных новорожденных детей с очень низкой массой тела (ОНМТ) при выхаживании их в условиях стационара.

**Материалы и методы.** У 20 недоношенных детей с ОНМТ (средний возраст (14,1±1,5) дня; 13 девочек, 7 мальчиков), поступавших из родильных домов и отделения реанимации, трехкратно с интервалом в 10 дней (исследования I, II, III) оценивали состав микрофлоры кишечника по данным исследования фекалий методом ПЦР в реальном времени, условно патогенную флору (УПФ) изучали по результатам бакпосева. Наблюдаемые находились на полном или частичном парентеральном питании, большинство из них получали терапию антибиотиками, ни один ребенок не получал пробиотики.

**Результаты.** Общее бактериальное число и бактериоиды в динамике нарастали от  $10^3$ - $10^7$  КОЕ/г у 3 детей в исследовании I до  $10^{11}$ - $10^{12}$  КОЕ/г у всех детей в исследовании II-III. Количество лактобацилл было определено у 18 детей, снижение их (менее  $10^6$  КОЕ/г) отмечено у 3 в исследованиях I и III. Количество бифидобактерий определено у 17 детей, снижение их (менее  $10^{10}$  КОЕ/г) отмечено у 17, 14, 12 детей в исследованиях I-II-III, соответственно. Общее число кишечной палочки (КП) не было определено у 3 из 19 детей в исследовании II. Снижение КП (менее  $10^6$  КОЕ/г) установлено у 16, 5, 12 детей в исследованиях I-II-III соответственно. Энтерококки не выявлены у 8 детей в исследованиях I и у 5 – в исследованиях II-III. В остальных случаях число энтерококка составляло не менее  $10^6$  КОЕ/г. *C.difficile* обнаружена в исследовании II (у 1 ребенка –  $10^9$  КОЕ/г) и III (у 4 детей – порядка  $10^7$ - $10^{10}$  КОЕ/г). Среди УПФ (в титрах не менее  $10^5$  КОЕ/г) преобладала *K.pneumonia*, выявлялась у 5, 9, 12 детей в исследованиях I-II-III соответственно. Грибы *Candida* (в титрах не менее  $10^5$  КОЕ/г) обнаружены у 1 ребенка в исследованиях I и III.

**Заключение.** Становление кишечной микрофлоры у недоношенных детей с ОНМТ при выхаживании их в условиях стационара характеризуется постепенным нарастанием УПФ (*C.difficile*, *K.pneumonia*) на фоне недостаточного количества индигенной флоры.

##### 5. Лапароскопические операции при скользящих грыжах пищеводного отверстия диафрагмы

Аллахвердян А.С., Мазурин В.С., Шестаковская Е.Е., Титов А.Г.  
МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского, Москва, Россия,  
e-mail: AGTitov@mail.ru

**Цель исследования:** изучение эффективности различных вариантов лапароскопической фундопликации при хирургическом лечении скользящих грыж пищеводного отверстия диафрагмы.

**Материалы и методы.** В период 2004-2011 гг. лапароскопически прооперированы 158 больных со скользящими грыжами пищеводного отверстия диафрагмы (М/Ж=68/90; средний возраст 53,4 года). У 99 (62,0%) пациентов – кардиальные грыжи, у 60 (38,0%) – кардиофундальные. Эрозивный эзофагит был выявлен у 54 (34,2%) больных, пищевода Барретта – у 8 (5,1%); у 50 (31,6%) – пептические стриктуры.

В 127 случаях (80,0%) была выполнена задняя крурорафия, в 4 (2,5%) – передняя; в 6 случаях (3,8%) – сочетание задней и передней крурорафии. Отметим, что 21 (13,3%) больному при укорочении пищевода крурорафия не выполнялась. Циркулярная фундопликация выполнена 132 (83,5%) больным (по Ниссену – 98, симметричная – 34); по Тупе – 8 (5,1%); по Дору – 4 (2,5%); неполная косая заднебоковая фундопликация по оригинальной методике – 14 (8,9%). В 14 (8,9%) случаях – симультанная лапароскопическая холецистэктомия. Средняя продолжительность операции 86 мин.

**Результаты.** Летальных исходов не было. Конверсии – 3 из 161 попытки (1,9%): левосторонний напряженный пневмо(карбо)торакакс (1) и кровотечение из коротких желудочных сосудов (2) (в дальнейший анализ эти больные не включены).

Интраоперационные осложнения, не приведшие к конверсии: кровотечение – 13 (8,2%) больных; вскрытие левой плевральной полости – 3 (1,9%).

Дисфагия после операции была выявлена только после фундопликации по Ниссену у 5,1% (5/98) больных. В 1 случае потребовалась реоперация с реконструкцией фундопликационной манжеты по Тупе. В 2 случаях было выполнено 1-2-кратное бужирование пищевода.

При суточной рН-метрии в период 6-12 месяцев после операции (обследованы 57 больных) признаки гастроэзофагеального рефлюкса были выявлены у 5,3% (3/57) больных: у оперированных по Ниссену – 0/44; по Тупе – 1/4; по Дору – 2/2; по оригинальной методике – 0/8. Эти данные совпадали с клиническими проявлениями, характерными для ГЭРБ. Рецидива грыжи не выявлено ни разу.

**Заключение.** Предпочтительнее задняя крурорафия в сочетании с фундопликацией по Ниссену. При укорочении пищевода основ-

ная цель операции – создание эффективной антирефлюксной манжеты, в том числе и выше диафрагмы.

##### 6. Комплексное лечение пептических стриктур пищевода

Аллахвердян А.С., Мазурин В.С., Шестаковская Е.Е., Титов А.Г., Подлесских М.Н.  
МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского, Москва, Россия,  
e-mail: AGTitov@mail.ru

**Цель исследования:** изучение эффективности эндоскопического 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) – параэзофагеальные, 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 рестеноза 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 Тупе – 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. Рестенозы в ближайшие 2 года после бужирования выявлены у 11,5% (19/165) больных. В группе больных, перенесших фундопликацию, – у 7,6% (5/66); 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 рестенозов 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.

##### 7. Пищевое поведение и уровень лептина при хроническом холецистите на фоне ожирения

Анисимова Е.В., Козлова И.В., Волков С.В.  
Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского, Россия,  
e-mail: kozlova@inbox.ru

**Цель исследования:** определить особенности пищевого поведения и уровень лептина в сыворотке крови у лиц с хроническим бескаменным холециститом на фоне ожирения.

**Материалы и методы исследования.** Проведены клинико-лабораторные обследования 91 пациента с хроническим бескаменным холециститом (ХБХ). Возраст обследованных составил от 25 до 55 лет (средний возраст  $32,1 \pm 1,1$  года). Применены клинические исследования с антропометрией, анкетирование, лабораторное и инструментальное исследования.

**Результаты.** 46 пациентов с ХБХ, имеющих ожирение ( $ИМТ > 30 \text{ кг/м}^2$ ), составили 1-ю группу, 45 пациентов с ХБХ ( $ИМТ \leq 24 \text{ кг/м}^2$ ) были включены во 2-ю группу. Выявлены следующие типы нарушений пищевого поведения: (66 пациентов 1-й и 2-й групп, 74,3%): эмоциогенное – в 1-й группе у 10 (21%), во 2-й – у 3 (15%), ограничительное – в 1-й группе у 14 (36%), во 2-й группе – у 2 (10%), экстернальное – в 1-й группе у 22 (43%), во 2-й группе – у 15 (75%). При этом в 1-й группе преобладало употребление жирной, жареной пищи 40 пациентами (84,7%), 6 (15,3%) употребляли углеводную и белковую в пищу, а во 2-й

группе 16 (78,9%) употребляли углеводную пищу и 4 (21,1%) пациента – жирную, жареную. Уровень лептина у пациентов 1-й группы составил (12,9±0,4) нм/мл, а у 2-й группы (7,7±0,4) нм/мл ( $p<0,05$ ).

**Выводы.** Нарушения пищевого поведения чаще встречаются у пациентов с хроническим холециститом и ожирением, наиболее частый вариант – эмоциогенное. Концентрация лептина в крови больных с ХБХ находится в прямой связи с индексом массы тела (в 1,5 раза выше у больных с ХБХ, имеющих ИМТ>30 кг/м<sup>2</sup>).

#### 8. Сравнительное исследование экспрессии генов изоформ цитохрома P-450 (2E1, 3A, 2C) при совместном и раздельном введении изониазида, рифампицина, пиразинамида и этамбутола белым крысам

Анисимова С.И., Шаяхметова А.М., Бондаренко Л.Б., Воронина А.К., Коваленко В.Н.  
Институт фармакологии и токсикологии НАМН Украины,  
Киев, Украина, e-mail: anna\_shayakhmetova@yahoo.com

**Цель исследования:** сравнительный анализ уровня экспрессии изоформ цитохрома P-450 CYP2E1, CYP3A, CYP2C и выраженности патологических изменений в печени крыс-самцов при внутрижелудочном введении противотуберкулезных лекарственных средств (ПТЛС) – этамбутола (ЭТ), изониазида (ИЗН), рифампицина (РИФ) и пиразинамида (ПР) в терапевтических дозах, как раздельно, так и в комбинации.

**Материал и методы.** Исследование проведено на самцах белых крыс. Экспрессию мРНК изоформ цитохрома P-450 в печени определяли методом обратнотранскриптазной полимеразной цепной реакции, активность п-нитрофенолгидроксилазы – по методу Kim с соавторами. Проводили патоморфологическую оценку печени.

**Результаты.** Введение крысам отдельно ЭТ, ИЗН и РИФ в течение 60 дней приводило к увеличению соответственно в 4,4, 2,8 и 2,6 раза экспрессии мРНК CYP2E1, что было прямо пропорционально активности п-нитрофенолгидроксилазы в микросомах печени. ЭТ, РИФ и комбинация ПТЛС повышали экспрессию гена CYP3A2 (ортолог CYP3A4) в 1,5-2 раза. Одновременно наблюдалось ингибирование экспрессии мРНК CYP2C23 (ортолог CYP2C9 и CYP2C19): при введении ЭТ – в 1,5 раза, ИЗН и ПИР – в 2,4 раза, комбинации ПТЛС – почти в 4 раза. При совместном введении взаимные влияния ПТЛС на уровень экспрессии генов CYP2E1, CYP3A, CYP2C приводили к метаболическим нарушениям, сопровождающимся патологическими изменениями печени: наличие очагов дистрофических изменений гепатоцитов и альтерации паренхиматозных клеток, продуктивной воспалительной реакции, активации звездчатых ретикулоэндотелиоцитов, ослабление активности сукцинатдегидрогеназы.

**Заключение.** Не выявлено аддитивного или синергического действия ПТЛС на экспрессию мРНК CYP2E1 и CYP3A, а также активность изофермента CYP2E1. Значительное ингибирование экспрессии гена CYP2C при совместном введении ПТЛС может приводить к замедлению выведения этих препаратов, повышая риск развития токсического действия на печень.

#### 9. Определение короткоцепочечных жирных кислот в различных биосубстратах у больных с метаболическим синдромом

Ардатская М.Д., Чиркин В.И.  
УНМЦ УД Президента РФ, Москва, Россия

**Цель исследования:** оценить содержание и профиль короткоцепочечных жирных кислот (КЖК) в кале и сыворотке крови у больных с метаболическим синдромом (МС).

**Материалы и методы.** Обследованы 60 пациентов с МС (критерии Международной диабетической ассоциации, 2005 г.), средний возраст которых составил (66,0±1,9) года. Методом газожидкостной хроматографии определены абсолютная концентрация и качественный состав КЖК в кале и сыворотке крови.

**Результаты.** У пациентов с МС в кале выявлено снижение абсолютной концентрации КЖК до (5,05±1,85) мг/г при норме (10,5±2,5) мг/г,  $p<0,05$ . В профиле кислот отмечено снижение доли уксусной кислоты до (0,510±0,006) Ед. при норме (0,634±0,004) Ед. ( $p<0,05$ ) при повышении долей пропионовой и масляной кислот до (0,259±0,007) Ед. при норме (0,189±0,001) Ед. ( $p<0,05$ ) и (0,231±0,006) Ед. при норме (0,176±0,004) Ед. ( $p<0,05$ ) соответственно, что связано со снижением активности облигатной флоры, в частности, бифидобактерий, и увеличением активности анаэробных бактерий, принимающих участие в обмене холестерина (ХС). Данный факт подтверждается смещением анаэробного индекса (АИ), отображающего окислительно-восстановительный потенциал внутрипросветной среды, в область резко отрицательных значений: -(0,961±0,021) Ед. при норме -(0,576±0,012) Ед. ( $p<0,05$ ), что способствует активизации анаэробов. При изучении КЖК в сыворотке крови выявлено снижение их абсолютного содержания до (0,162±0,013) Ед. при норме (0,195±0,011) Ед. ( $p<0,05$ ) при снижении доли пропионовой кислоты до (0,059±0,003) Ед. при норме (0,071±0,004) Ед. ( $p<0,05$ ) и повышении доли масляной кислоты до (0,038±0,003) Ед. при норме (0,027±0,002) Ед. ( $p<0,05$ ), что может быть связано с усиленным потреблением КЖК для синтеза новых порций ХС и нарушением процессов синтеза фосфолипидов и окисления холестерина в условиях нарушенного липидного и углеводного обмена.

**Выводы.** Изменения КЖК в кале позволяют судить об изменениях в составе микрофлоры кишечника у больных с МС; КЖК в сыворотке крови являются системными маркерами обмена липидов.

#### 10. Взаимосвязь морфологических изменений слизистой оболочки желудка и персистенции НР с уровнем грелина сыворотки крови у пациентов с ТПН, получающих терапию программным гемодиализом

Асанина Ю.Ю., Корсева Е.Е., Яковенко А.А., Шишкин А.Н.  
Санкт-Петербургский государственный университет,  
медицинский ф-т (каф. факультетской терапии), Россия

У пациентов с терминальной почечной недостаточностью (ТПН), получающих лечение гемодиализом (ГД), широко распространены атрофические изменения слизистой оболочки желудка, причиной которых является как сама ТПН, так и высокая обсемененность *Helicobacter pylori* (НР). Наряду с этим есть работы о снижении у пациентов на ГД уровня гастроинтестинального орексигенного гормона – ацил-грелина, синтезирующегося главным образом в желудке. Учитывая высокую частоту трофологических расстройств у данных пациентов, актуально изучение патогенетических механизмов нарушения гормональной регуляции аппетита и энергетического гомеостаза.

**Цель:** выявить взаимосвязь атрофии слизистой желудка, персистенции инфекции НР с уровнем ацил-грелина сыворотки крови у пациентов с ТПН, получающих лечение ГД.

**Материалы и методы.** Обследованы 102 пациента на ГД (52 мужчины и 50 женщин) в возрасте (49,0±7,7) года. Длительность ГД составляла (6,5±2,5) года. Всем пациентам была выполнена фиброгастродуоденоскопия с биопсией из антрального отдела, угла и тела желудка. Наличие и выраженность микробного обсеменения слизистой оболочки желудка определяли при помощи инвазивных методик согласно рекомендациям Российской группы по изучению *Helicobacter pylori* (1997). Гистологические изменения слизистой оболочки желудка изучали в соответствии с Международной классификацией гастрита (1996). Всем пациентам был определен уровень ацил-грелина сыворотки крови посредством радиоиммуноанализа с применением поликлональных антител.

**Результаты.** Из 102 обследованных пациентов НР был обнаружен у 71 (69,6%). По данным морфологического исследования биоптатов из тела желудка при отсутствии признаков атрофии (28 пациентов) уровень ацил-грелина сыворотки крови составлял (73,69±4,42) пг/мл, в дальнейшем по мере прогрессирования атрофических изменений в слизистой оболочке желудка отмечалось достоверное снижение уровня ацил-грелина (при 1 степени

атрофии – (65,57±4,2) пг/мл у 25 пациентов, при 2 степени – (45,85±4,06) пг/мл у 31 больного, при выраженной степени атрофии – (29,43±4,26) пг/мл у 18 пациентов,  $p < 0,001$ ,  $p < 0,001$ ,  $p < 0,001$  соответственно). Аналогичная достоверная закономерность прослеживалась при исследовании гастробиоптатов из антрального отдела желудка. Также отмечалось достоверное повышение уровня ацил-грелина сыворотки крови у пациентов при отсутствии микробной обсемененности слизистой оболочки желудка (68,35±5,47) пг/мл по сравнению с пациентами с микробной обсемененностью слизистой оболочки желудка – (51,45±3,05) пг/мл ( $p < 0,001$ ).

**Вывод.** Нами выявлена достоверная взаимосвязь между уровнем ацил-грелина сыворотки крови, атрофией слизистой желудка и уровнем ее обсемененности НР, что требует дальнейшего изучения для уточнения механизмов развития трофологических нарушений у пациентов с ТПН, получающих терапию ГД.

### 11. Новые возможности диагностики и лечения желчнокаменной болезни

Атькова Е.Р.

Первый МГМУ им. И.М. Сеченова, Москва, Россия

**Цель исследования:** определение денситометрической плотности конкрементов и билиарного сладжа с целью выяснения возможности литотерапии у больных желчнокаменной болезнью (ЖКБ).

**Материалы и методы.** 85 больным проведено комплексное клиническое обследование с определением денситометрической плотности конкрементов и/или билиарного сладжа при помощи компьютерной томографии (КТ), УЗИ органов брюшной полости, биохимическое исследование крови. Назначали комплексную литотерапию (урсофальком и холитом) в стандартных дозировках, результаты оценивали через год.

**Результат.** Плотность желчи у больных ЖКБ на разных уровнях желчного пузыря (ЖП) составляет +(4,5±1,9) НУ – +(5,9±1,3) НУ (от +4 до +10 НУ), сладжа – +(17,5±4,2) НУ (от +15 до +34 НУ), а конкрементов – +20 НУ и выше. Основным фактором целесообразности проведения консервативной терапии ЖКБ является значение плотности конкремента по данным КТ +(29,6±3,4) НУ, которое не должно превышать +54 НУ. Визуализация камней при КТ значительно выше (38%), чем при Rg (12,3%), и наблюдается при плотности более 75,0 НУ. Частицу сладжа менее 2,0 мм, но имеющую плотность более +20,0 НУ, необходимо расценивать как конкремент.

В процессе лечения возникает необходимость проведения антибактериальной терапии, назначения желчегонных препаратов, обладающих умеренно выраженными свойствами. Этим требованиям отвечает новый препарат «Холит», содержащий растительные компоненты – папайю, ортосифон тычиночный, императу цилиндрическую и филлантус нирури, оказывающие различные действия (спазмолитическое, противовоспалительное, литическое, протеолитическое) в процессе лечения.

Холит улучшает функционально-структурные показатели ЖП (80-100%), процессы полостного пищеварения (80%); может быть рекомендован в качестве монотерапии при I стадии ЖКБ, а также одного из компонентов комбинированной терапии холелитиаза.

### 12. Органопрепараты в комплексном лечении заболеваний желчного пузыря

Атькова Е.Р., Иванченкова Р.А.

Первый МГМУ им. И.М. Сеченова, Москва, Россия

**Цель исследования:** определить пути коррекции липидных нарушений при хронических заболеваниях желчного пузыря: желчнокаменной болезни (ЖКБ), холестерозе желчного пузыря (ХЖП).

**Материал и методы.** 150 больным ЖКБ и 150 больным ХЖП проведено клиническое обследование: холецистография, биохимическое исследование крови. Назначали комплексную литотерапию урсофальком (УФ) и энтеросаном (ЭС), УФ и гепатосаном (ГС) в стандартных дозировках, результаты оценивали через год.

**Результат.** Липиды крови при ЖКБ и ХЖП характеризуются увеличением липопротеидов низких плотностей, при ХЖП – липопротеидов низкой плотности (ХС ЛНП), при ЖКБ – ХС ЛНП и липопротеидов очень низкой плотности (ХС ЛОНП). Эффективность терапии УФ+ЭС при лечении диспепсии у больных ЖКБ и ХЖП составляет (91,9±4,3)% и (86,7±6,2)%, что обусловлено нормализацией процессов полостного и пристеночного пищеварения; результат не отличается от такового при лечении УФ+ГС – (86,7±5,1)% и (85,0±7,9)%,  $p > 0,2$  и УФ+ХФ (хенофальком) – (80,0±8,9)% и (86,4±7,3)%,  $p > 0,5$ .

Комплексная терапия УФ+ЭС, УФ+ГС оказывает выраженный литолитический эффект – (67,9±9,0)% и (73,3±8,1)% соответственно, который не отличается между подгруппами ( $p > 0,6$ ), а также от эффекта при лечении УФ и ХФ (70,0±10,2)%,  $p > 0,9$ . Терапия УФ+ЭС эффективна при лечении полипозных форм ХЖП – (69,6±9,6)% и не имеет преимуществ перед комплексом УФ+ГС и УФ+ХФ ( $p > 0,6$ ,  $p > 0,7$ ); целесообразна при наличии одиночных холестериновых полипов размером до 10,0 мм и множественных полипов до 5,0 мм в количестве не более 3 при сохранении сократительной функции ЖП.

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

## Б

### 13. Динамика секреции инсулина и адипокинов у больных неалкогольной жировой болезнью печени под влиянием курортной терапии с применением минеральной воды «Ессентуки – Новая»

Бабякин А.Ф., Федорова Т.Е., Ефименко Н.В., Ортабаева М.Х.

Пятигорский государственный НИИ курортологии, Россия

**Цель исследования:** изучить влияние курортной терапии с применением питьевой минеральной воды «Ессентуки – Новая» на динамику секреции инсулина и адипокинов у больных неалкогольной жировой болезнью печени (НАЖБП).

**Материал и методы.** Обследованы 40 больных НАЖБП (20 человек со стеатозом печени и 20 – с неалкогольным стеатогепатитом); средний возраст (51,8±4,7) года. Все больные получали курортную терапию, включающую санаторно-курортный режим, лечебное питание, лечебную физкультуру и питьевое лечение минеральной водой «Ессентуки – Новая».

**Результаты исследования.** У обследуемых были отмечены: гипербилирубинемия (27,5%), дислипидемия (100%), повышенный уровень АЛП (50%), ГГТП (55%). Гормональные исследования выявили гиперинсулинемия (58,3%), гипoadипонектинемия (41,6%) и гиперлептинемия (76,7%). После лечения у 82,5% уменьшились клинические проявления заболевания, снизилась масса тела, улучшились печеночные пробы, липидный обмен. У больных с гиперинсулинемией уровень инсулина снизился с (17,8±0,9) мкМЕ/мл до (11,5±0,7) мкМЕ/мл, индекс инсулинорезистентности НОМА-IR – с 4,11±0,19 до 2,58±0,16, ( $p < 0,01$ ). Уровень сывороточного адипонектина увеличился у 75% больных (от 9,6±0,5) мкг/мл до (11,4±1,2) мкг/мл,  $p > 0,05$ , а уровень лептина снизился у 67,5% пациентов (с (26,5±1,9) нг/мл до (18,2±1,4) нг/мл,  $p < 0,05$ ).

**Заключение.** Курортная терапия с применением минеральной воды «Ессентуки – Новая» способствует снижению гиперинсулинемии и инсулинорезистентности, а также оказывает корректирующее действие на секрецию адипокинов (адипонектина и лептина) у больных НАЖБП.

#### 14. Модифицированный уреазный дыхательный тест в диагностике и мониторинге хеликобактерной инфекции

Баженов Л.Г., Косникова И.В., Таирова Л.С.  
Республиканский специализированный центр хирургии  
им. акад. В. Вахидова, Ташкент, Узбекистан

**Цель исследования:** разработка упрощенного модифицированного уреазного дыхательного теста (МУДТ) и оценка его эффективности.

В основу МУДТ положено свойство аммиака образовывать хлорамин в реакции с гипохлоритом натрия. В присутствии салицилата натрия, нитропруссид натрия и гипохлорита натрия образуется соединение ярко-зеленого цвета. Определение аммиака в его водном растворе проводили по модифицированной нами методике с помощью коммерческого набора реактивов для определения мочевины. МУДТ апробировали при обследовании 24 пациентов с язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки (ЯБДПК) до и после операции резекции желудка. Параллельно у больных проводили определение антител к *Helicobacter pylori* (НР) в сыворотке крови и выявление НР бактериологическим методом. Контрольную группу составили 20 практически здоровых лиц. НР-инфекция посредством МУДТ выявлена у 75,0% пациентов. Содержание аммиака до операции колебалось от 0 до 27,2 ммоль/л. Средний его уровень составил  $(4,13 \pm 1,86)$  ммоль/л. После операции средняя концентрация аммиака снижалась до  $(0,35 \pm 0,02)$  ( $p < 0,02$ ), то есть почти в 12 раз. Вероятно, это связано с резекцией пилорантрального отдела желудка, основного резервуара НР. Наличие НР, выявленное с помощью МУДТ, было подтверждено бактериологическим методом. Результаты МУДТ и серологических исследований совпали в 83,3% случаев. У пациентов с ЯБДПК исходное содержание аммиака существенно превышало таковое у здоровых лиц. Предложенная модификация УДТ является достаточно быстрой (менее часа), информативной, воспроизводимой, доступной, не требующей дорогостоящих аппаратуры и реагентов, что позволяет рекомендовать ее для широкого применения в клинической лабораторной практике.

#### 15. Способен ли диффузный лейкоцитарный инфильтрат в строме «раздвигать» элементы паренхимы слизистой оболочки желудка при хроническом гастрите?

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

**Цель исследования:** проверить, зависит ли ширина рыхлой соединительной ткани между элементами паренхимы гастробиоптата (ГБ) от плотности диффузного лейкоцитарного инфильтрата стромы слизистой оболочки желудка (СОЖ) при хроническом антральном гастрите (ХАГ) у детей.

**Материал и методы:** 37 ГБ СОЖ детей 11-13 лет с гистологическим диагнозом ХАГ. В срезах СОЖ выбирали: 1) по 13 межъямочных валиков (без гистологических признаков отека и нарушений кровообращения) шириной до 30 мкм (средняя ширина  $(25,2 \pm 4,7)$  мкм, площадь подсчета  $37400 \text{ мкм}^2$ ) и более 30 мкм (средняя ширина  $(39,1 \pm 8,5)$  мкм, площадь подсчета  $37400 \text{ мкм}^2$ ); 2) по 131 межшеечному промежутку стромы шириной до 10 мкм (средняя ширина  $(7,4 \pm 3,7)$  мкм, площадь подсчета  $37262 \text{ мкм}^2$ ) и более 10 мкм (средняя ширина  $(19,7 \pm 7,8)$  мкм, площадь подсчета  $37262 \text{ мкм}^2$ ); 3) по 131 промежутку стромы между железами шириной до 7 мкм (средняя ширина  $(5,7 \pm 1,4)$  мкм, площадь подсчета  $37262 \text{ мкм}^2$ ) и более 7 мкм (средняя ширина  $(13,4 \pm 3,8)$  мкм, площадь подсчета  $37262 \text{ мкм}^2$ ). Площади подсчета стромы на уровне ямок и желез не отличались. Подсчитывали абсолютное количество всех видов лейкоцитов и попарно сравнивали плотность инфильтрата на разных ярусах залегания в СОЖ.

**Результаты исследования.** Относительное количество клеток диффузного лейкоцитарного инфильтрата не отличается в широких  $(345,9 \pm 61,3)$  и узких  $(321,6 \pm 73,4)$  валиках, в широких

$(381,8 \pm 53,2)$  и узких  $(364,7 \pm 62,9)$  прослойках соединительной ткани между шейками, в широкой  $(318,3 \pm 68,4)$  и узкой  $(332,6 \pm 51,7)$  строме между железами.

**Заключение.** Удельная плотность диффузного лейкоцитарного инфильтрата одинакова при различной удаленности элементов паренхимы друг от друга, что косвенно подтверждает неспособность инфильтрата увеличивать площадь стромы и «раздвигать» структурные составляющие паренхимы.

#### 16. Сопоставление активности хронического гастрита и ширины стромы между элементами паренхимы слизистой оболочки желудка у детей

Баженов С.М., Дубенская Л.И.  
Смоленская ГМА, Россия, e-mail: smbazhenov@mail.ru

**Цель исследования:** проанализировать ширину стромы между элементами паренхимы разных ярусов в зависимости от активности хронического антрального гастрита (ХАГ).

**Материал и методы:** 45 гастробиоптатов слизистой оболочки антрального отдела желудка (СОАОЖ) детей в возрасте 11-13 лет с признаками активности ХАГ – 21 ребенок, без признаков активности – 24. В строме между ямками, шейками и железами подсчитывали абсолютное количество всех видов клеток диффузного лейкоцитарного инфильтрата на площади  $36000 \text{ мкм}^2$  в 20 соответствующих ярусу зонах. При наличии в инфильтрате более 10% сегментоядерных нейтрофилов воспаление считали активным (группа А – 21 ребенок), менее 10% – неактивным (группа Б – 24 ребенка). Ширину стромы между различными элементами паренхимы измеряли с помощью окулярной измерительной линейки. Площадь подсчета инфильтрата определяли с помощью квадратов калиброванной окулярной сетки Глаголева.

**Результаты исследования.** При активном ХАГ ширина валиков в среднем составила  $(24,7 \pm 4,9)$  мкм, при неактивном –  $(21,8 \pm 5,6)$  мкм ( $p > 0,05$ ). Ширина стромы между шейками частями желез в группе А –  $(10,6 \pm 4,5)$  мкм, в группе Б –  $(9,4 \pm 5,7)$  мкм ( $p > 0,05$ ). Расстояние между главными частями желез при активном гастрите равнялось  $(5,7 \pm 2,2)$  мкм, при неактивном –  $(5,1 \pm 2,8)$  мкм ( $p > 0,05$ ).

**Заключение.** Ширина стромы между элементами паренхимы СОАОЖ не увеличивается при активном гастрите, что не подтверждает гипотетического предположения о способности лейкоцитарного инфильтрата «раздвигать» элементы паренхимы, увеличивая объем стромы. Нами выдвинута гипотеза, согласно которой диффузный лейкоцитарный инфильтрат проникает в предварительные расширенные и/или фиброзно-измененные зоны стромы, а увеличение объема стромы является компенсаторным ответом на процесс атрофии паренхимы.

#### 17. Оптимизация площади подсчета клеток в строме слизистой оболочки желудка

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

**Цель исследования:** определить минимальную площадь стромы гистологических срезов гастробиоптатов (ГБ), достаточную для корректного подсчета всех клеток, находящихся в собственной пластинке слизистой оболочки антрального отдела желудка.

**Материал и методы:** 65 ГБ детей в возрасте 11-13 лет с гистологическим диагнозом «неизменная слизистая оболочка антрального отдела» (НСОАО) и «хронический антральный гастрит» (ХАГ). Проводили подсчет всех клеток стромы (фибробластов, фиброцитов, эндотелиоцитов, гладкомышечных клеток) и клеток диффузного лейкоцитарного инфильтрата (лимфоцитов, плазмочитов, нейтрофилов, эозинофилов, лаброцитов и макрофагов) на площади  $1 \text{ мм}^2$  ( $1000080 \text{ мкм}^2$ ),  $144000 \text{ мкм}^2$ ,  $72000 \text{ мкм}^2$ ,  $36000 \text{ мкм}^2$ ,  $14400 \text{ мкм}^2$ ,  $7200 \text{ мкм}^2$  в 20 зонах счета. Площадь подсчета определяли с помощью квадратов калиброванной окулярной сетки Глаголева. Для адекватного сравнения результатов все числа (общее количество собственно стромальных клеток и их видов и общее количество гематогенных клеток и их видов), полученные с

площади 1000080 мкм<sup>2</sup>, делили на соответствующие поправочные значения делителей для получения сопоставимых значений частных.

**Результаты исследования.** При ХАГ общее количество всех клеток, находящихся в строме, может быть корректно подсчитано на площади 14400 мкм<sup>2</sup>, в НСОАО – на 36000 мкм<sup>2</sup>. Для подсчета общего количества собственно стромальных клеток и общего количества лейкоцитов в строме при ХАГ достаточно 36000 мкм<sup>2</sup>, при НСОАО – 72000 мкм<sup>2</sup>. Для оптимального подсчета отдельных видов клеток при ХАГ требуется площадь не менее 72000 мкм<sup>2</sup>, при НСОАО – 144000 мкм<sup>2</sup>.

**Заключение.** Площадь подсчета плотности лейкоцитарного инфильтрата, равная 1 мм<sup>2</sup>, не повышает качество полученных результатов и является избыточной. Для подсчета клеток в НСОАО необходима большая площадь стромы по сравнению с ХАГ.

#### 18. Эффективность использования монотерапии пробиотиками для эрадикации *Helicobacter pylori*

Барышникова Н.В.

Северо-Западный ГМУ им. И.И. Мечникова,

Санкт-Петербург, Россия

**Цель исследования:** оценка эффективности использования монотерапии пробиотиками у больных хроническим гастродуоденитом, ассоциированным с *H.pylori*.

**Материалы и методы.** Под наблюдением находились 55 больных хроническим гастродуоденитом, ассоциированным с *H.pylori*. В зависимости от получаемой терапии пациенты были разделены на 3 группы. 1-я группа (18 больных) получала пробиотик «Бактистатин» в дозе 2 капсулы 2 раза в день во время еды в течение 1 месяца в качестве монотерапии. 2-я группа (17 больных) получала пробиотик «Ламинолакт» в дозе 3 драже 3 раза в день во время еды в течение 1 месяца в качестве монотерапии. 3-я группа – группа сравнения (20 больных) получала только стандартную эрадикационную терапию (омепразол, амоксициллин, кларитромицин). Всем больным до и после лечения (через 1,5-2 месяца) проводился стандартизированный опрос для оценки характера жалоб, фиброгастродуоденоскопия с взятием биоптатов из антрального отдела желудка для верификации *H.pylori* (быстрый уреазный тест – Hspil-тест), гистологическое исследование биоптатов, полимеразная цепная реакция – детекция гена *ureC*, бактериологическое исследование кала.

**Результаты.** На фоне лечения клинические проявления хронического гастродуоденита и сопутствующего дисбиоза кишечника были эффективно купированы в 1-й и 2-й группах. В 3-й группе при значительной регрессии симптомов желудочной диспепсии сохранялись или даже усиливались явления кишечной диспепсии. После лечения в 1-й и 2-й группах наблюдалось улучшение состояния микробиоценоза кишечника практически по всем показателям. В 3-й группе имела место четкая тенденция к ухудшению качественного и количественного состава микрофлоры кишечника. Процент успешной эрадикации *H.pylori* на фоне терапии в различных группах составил: в 1-й группе – 39%, во 2-й группе – 41%, в 3-й группе – 60%.

**Выводы.** Назначение пробиотиков «Бактистатин» и «Ламинолакт» может быть рекомендовано в качестве альтернативного способа лечения хронического гастродуоденита, ассоциированного с *H.pylori*, при непереносимости компонентов стандартной антихеликобактерной терапии.

#### 19. Определение цитогенетических нарушений в эпителиоцитах слизистой оболочки желудка у больных хроническим гастритом в зависимости от инвазии *Helicobacter pylori*

Барышникова Н.В., Белоусова Л.Н., Китаева Л.В.,

Медведева О.И.

Северо-Западный ГМУ им. И.И. Мечникова,

Санкт-Петербург, Россия

**Цель исследования:** определение цитогенетических маркеров, характеризующих канцерогенные свойства *Helicobacter pylori*.

**Материалы и методы.** Проводилось гистологическое и цитологическое исследование биоптатов слизистой оболочки тела и антрального отдела желудка 183 больных (124 больных *H. pylori*-ассоциированным гастродуоденитом и 59 больных *H. pylori*-негативным гастродуоденитом). При оценке генетических нарушений учитывались как клетки с истинными микроядрами, так и клетки с морфологическими аномалиями интерфазных ядер, такие как хроматиновые мосты ядро-ядро и ядро-микроядро, а также ядро или микроядро с хвостом. Данные заносились в стандартизированную анкету и обрабатывались в программе Excel.

**Результаты.** В группе пациентов с *H. pylori*-ассоциированным гастритом между телом желудка и антральным отделом частота клеток с генетическими нарушениями достоверно различалась ( $p < 0,05$ ,  $t = 2,5$ ). В группе лиц, страдающих *H. pylori*-негативным гастритом, уровень клеток с цитогенетическими нарушениями в антральном отделе и теле желудка был практически одинаков (4,1% и 4,0% соответственно). В группе *H. pylori*-положительных пациентов уровень клеток с цитогенетическими нарушениями в антральном отделе был существенно выше уровня клеток в теле желудка у этих же пациентов (8,1% и 4,4% соответственно).

**Выводы.** Достоверное возрастание числа клеток с морфологическими аномалиями в антральном отделе при инвазии *H. pylori* может свидетельствовать о генотоксическом действии микроорганизма. Мы рекомендуем проводить анализ числа клеток с цитогенетическими нарушениями у *H. pylori*-положительных пациентов для определения риска развития рака желудка.

#### 20. *Helicobacter pylori* в зубном налете у пациентов с заболеваниями верхних отделов желудочно-кишечного тракта

Барышникова Н.В., Смирнова А.С., Насонова Н.В.,

Калинина Е.Ю., Михайлова В.С.

Северо-Западный ГМУ им. И.И. Мечникова,

Санкт-Петербург, Россия

**Актуальность.** Тот факт, что существует миграция микроорганизмов из нижележащих отделов желудочно-кишечного тракта в ротовую полость, позволяет предположить, что *Helicobacter pylori* может персистировать в полости рта и играть роль в развитии заболеваний слизистой оболочки полости рта.

**Цель исследования:** определить частоту встречаемости *H. pylori* в зубном налете у больных с хроническим гастродуоденитом, ассоциированным с *H. pylori*.

**Материалы и методы.** Под наблюдением находились 16 пациентов с хроническим гастродуоденитом, ассоциированным с *H. pylori*. Всем больным проводилась фиброгастродуоденоскопия с забором двух биоптатов из антрального отдела желудка для подтверждения диагноза и верификации инфекции. Определение наличия микроорганизма проводилось с использованием быстрого уреазного теста, гистологического исследования биоптата и полимеразной цепной реакции (анализ генов *ureC*, *ureI*, *cagA*). Также всем пациентам выполнялся соскоб зубного налета для выявления в нем *H. pylori* с помощью полимеразной цепной реакции (анализ генов *ureC*, *ureI*, *cagA*). Данные заносились в стандартизированную анкету и обрабатывались в программе Excel.

**Результаты.** В антральном отделе желудка *H. pylori* был выявлен у 13 из 16 больных (81,3%). В зубном налете микроорганизм не был обнаружен ни у одного пациента.

**Выводы.** Согласно результатам данной работы, у больных *H. pylori*-ассоциированным хроническим гастродуоденитом микроорганизм в зубном налете отсутствует. Однако необходимо проведение дальнейших исследований для уточнения встречаемости инфекции в ротовой полости.

## 21. Оптимизация диагностики инфекции *Helicobacter pylori* в выдыхаемом воздухе

Барышникова Н.В., Смирнова А.С., Павлова Е.Ю., Егошина В.А., Соколова П.И.  
Северо-Западный ГМУ им. И.И. Мечникова,  
Санкт-Петербург, Россия

**Цель исследования:** выявить наличие уреазопродуцирующих бактерий в ротовой полости и желудке пациентов с хроническим гастритом для оптимизации техники диагностики инфекции *Helicobacter pylori* в выдыхаемом воздухе.

**Материалы и методы.** Обследованы 16 пациентов с диагнозом «хронический гастродуоденит», подтвержденным эндоскопическим исследованием. Выявление уреазопродуцентов проводилось с помощью тест-системы «Хелик» (Ассоциация медицины и аналитики, Санкт-Петербург). Исследование проводилось в 4 этапа: 1) измерение фоновой концентрации аммиака в выдыхаемом воздухе натощак (базальный уровень 1); 2) измерение концентрации аммиака после того, как пациент прополоскал рот раствором 0,5 г мочевины (определение уреазопродуцентов в полости рта); 3) измерение концентрации аммиака после того, как пациент прополоскал рот большим количеством воды (возврат к базальному уровню); 4) измерение концентрации аммиака после того, как пациент принял порцию мочевины (500 мг) в 20 мл дистиллированной воды внутрь и прополоскал рот водой (определение уреазопродуцентов в желудке).

**Результаты.** Было выявлено повышение уреазной активности микроорганизмов в полости рта у 9 пациентов из 16 (56%). У этих же пациентов был положительный результат классического дыхательного Хелик-теста для диагностики *H. pylori* в желудке.

**Выводы.** Так как наиболее выраженной уреазной активностью обладает именно *Helicobacter pylori*, то по результатам проведенного исследования нельзя исключить наличие данного микроорганизма не только в желудке, но и в ротовой полости. Следовательно, необходимо с осторожностью проводить Хелик-тест во избежание получения ложноположительных результатов при контакте элементов тест-системы с органами полости рта.

## 22. Распространенность инфекции *Helicobacter pylori* у пациентов с заболеваниями верхних отделов желудочно-кишечного тракта

Барышникова Н.В., Цопанова Е.Э., Лоева И.А., Беляева М.М., Шабалина М.О.  
Северо-Западный ГМУ им. И.И. Мечникова,  
Санкт-Петербург, Россия

**Цель исследования:** изучить частоту встречаемости *H. pylori* среди пациентов с заболеваниями верхних отделов желудочно-кишечного тракта.

**Материалы и методы.** Ретроспективно проводился анализ данных эндоскопических исследований за 2011 год с формированием группы из 20 пациентов (случайная выборка результатов фиброгастроуденоскопии 2 пациентов в месяц за последние 10 месяцев 2011 года). Данные заносились в стандартизированную анкету и обрабатывались в программе Excel.

**Результаты.** Из 20 пациентов (средний возраст (54±17) лет) были выявлены эндоскопические признаки хронического гастрита у 19, из них у 7 больных определялись признаки атрофии слизистой оболочки желудка. У 1 пациента была обнаружена язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки. У 16% пациентов выявлено поверхностное воспаление пищевода, у 68% – недостаточность кардиального жома. При оценке частоты встречаемости *H. pylori* с помощью быстрого уреазного теста установлено, что у 1 пациента результат был слабо положительным (+), у 10 – положительным (++) , у 8 – резко положительным (+++) , у 1 – отрицательным. Таким образом, распространенность инфекции составила 95%. У *H. pylori*-инфицированных пациентов имела место гиперемия слизистой оболочки желудка умеренной и выраженной степени, у *H. pylori*-негативного пациента – слабой степени. У 41% *H. pylori*-инфицированных пациентов имелись признаки атрофии слизистой оболочки желудка.

**Выводы.** У пациентов с заболеваниями верхних отделов желудочно-кишечного тракта отмечается крайне высокая распространенность инфекции *H. pylori*, что сопряжено с увеличением воспалительных и атрофических изменений слизистой оболочки желудка.

## 23. Состояние гепатобилиарной системы по данным ультразвуковых исследований при хронической обструктивной болезни легких и бронхиальной астме

Басиев З.Г., Габараева Т.Ю., Басиева О.З., Камболова Т.Т.  
Северо-Осетинская ГМА, Владикавказ, Россия

**Цель исследования:** провести анализ показателей ультразвуковых исследований (УЗИ) гепатобилиарной системы у больных хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ) и бронхиальной астмой (БА).

**Материал и методы.** Значительная часть больных ХОБЛ и БА предъявляла жалобы, указывавшие на наличие патологии гепатобилиарной системы. Для уточнения таких сопутствующих состояний во всех случаях применялось УЗИ, которое было проведено у 68 больных (81% мужчин и 19% женщин) в возрасте 30-80 лет. Продолжительность ХОБЛ у обследованных составляла 6-20 лет, БА – 2-19 лет. Активными многолетними курильщиками были 82% мужчин с ХОБЛ. В 37% случаев установлены повышенная масса тела либо ожирение I-III ст. (по ВОЗ). Ранее 6 пациентов перенесли холецистэктомию, у 7 имелся калькулезный холецистит, у 3 определялся цирроз печени. Методом УЗИ установлены повышенная эхогенность печени (18), диффузное (9) и умеренное (9) уплотнение печени, жировая дистрофия (4), увеличение размеров печени (15), наличие застойной желчи (22), утолщение стенки и деформации желчного пузыря (38). Кроме того, УЗИ выявило у 27 больных повышенную эхогенность и уплотнение поджелудочной железы (у 5 с участками фиброза). Эти изменения часто сочетались. В печени также были определены гемангиома (1), очаги (1), фиброзные участки (3), полипоз желчного пузыря (1).

**Результаты.** У больных ХОБЛ и БА выявлено частое сочетание с патологией печени, желчного пузыря и поджелудочной железы. Во всех этих случаях фармакологическая терапия проводилась с учетом сопутствующих заболеваний, что повышало общую эффективность лечения.

**Заключение.** Во всех случаях у больных ХОБЛ и БА целесообразно проведение УЗИ как наиболее доступного способа диагностики состояния печени и желчевыводящих путей.

## 24. Анализ показателей фиброзофагогастроуденоскопии у больных гормонозависимой бронхиальной астмой

Басиев З.Г., Гаглоев Н.И., Басиева О.З., Дамзова Ф.Э.  
Северо-Осетинская ГМА, Владикавказ, Россия

**Цель исследования:** определить особенности показателей фиброзофагогастроуденоскопии (ФЭГДС) у больных гормонозависимой бронхиальной астмой (ГЗБА) для обоснования комплексных методов лечения заболевания.

**Материал и методы.** Обследованы 86 больных (женщин 69%, мужчин 31%) в возрасте 18–72 лет. Обследованные часто госпитализировались в связи с неконтролируемым состоянием. ГЗБА установлена на разных этапах лечения. Наряду с клиникой тяжелой астмы у больных имелись: изжога (68%), явления дисфагии (27%), боли и дискомфорт в эпигастрии (67%), отрыжка (53%). Обложенность языка отмечена у 100% пациентов. При ФЭГДС во всех случаях были установлены различные формы патологии: рефлюкс-эзофагит (68%), гастрит (63%), дуоденит и бульбит (62%), язвенные проявления, эрозии и рубцовые процессы (16%), дуоденогастральный рефлюкс (12%) и их сочетания. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь была определена у одной трети обследованных. Для выявления *H. pylori* производилась биопсия. С учетом клинических симптомов и показателей ФЭГДС больным наряду с антиастматическим лечением проводилась активная терапия сопутствующей патологии, включая эрадикацию *H. pylori* по рекомендации Маастрихт III.

**Результаты.** С учетом результатов ФЭГДС лечебная тактика у больных ГЗБА предусматривала применение комбинированных средств патогенетической терапии, но без перорального использования стероидов на фоне активной эрадикации. При этом в 92% случаев у больных было достигнуто клиническое, а в части случаев эндоскопически подтвержденное улучшение.

**Заключение.** При ГЗБА методом выбора для уточненной диагностики и коррекции терапии следует во всех случаях использовать диагностическую и контрольную ФЭГДС.

## 25. Хирургическое лечение очаговых заболеваний печени, ассоциированных с циррозом

Бахтин В.А., Янченко В.А., Кучеров А.А.  
Кировская ГМА, Россия, e-mail: Vbach@ Rambler.ru

**Цель исследования:** расширение показаний и улучшение результатов хирургического лечения очаговых поражений печени, ассоциированных с циррозом.

**Материал и методы:** 89 пациентов с очаговыми заболеваниями печени, ассоциированными с циррозом, наблюдались в клинике госпитальной хирургии на базе КОКБ в период с 1994 по 2011 гг. Средний возраст больных составил (57,6±17,7) года. С целью повышения радикальности, минимизации кровопотери, снижения процента осложнений и летальности разработан алгоритм технических приемов при резекции цирротически измененной печени. Радикально оперирован 31 пациент (34,83%), из них 8 (исследуемая группа) пациентов с использованием предложенных приемов по поводу следующих заболеваний: доброкачественные образования – 4 больных (12,9%), злокачественные опухоли – 27 (87,1%), в том числе: первичный рак – 26 (83,87%), метастатическое поражение – 1 (3,22%). Обширные резекции печени выполнены у 11 (35,48%) пациентов: правосторонняя гемигепатэктомия у 7, расширенная правосторонняя гемигепатэктомия – у 3, левосторонняя гемигепатэктомия – у 1, экономные резекции – у 20 (64,51%) больных, в том числе трисегментэктомия (5,6,7S) у 10, кавальная левосторонняя лобэктомия у 6, сегментэктомии и атипичные резекции в 4 случаях. Эффективность оценивали по следующим показателям: время операции, объем кровопотери, необходимость в гемотранфузионной терапии, необходимость в релапаротомии, формирование стойких желчных свищей, осложнения со стороны операционной раны.

**Результаты.** Применение данного алгоритма технических приемов в исследуемой группе привело к достоверному снижению показателей осложнений и летальности, объема трансфузионной терапии, длительности госпитализации. Процент радикальных операций с 15,7% в период с 1994 по 2003 годы повысился до 48,1% с 2003 до 2011 гг.

## 26. Выбор метода лечения ахалазии кардии

Белевич В.Л., Елисеев А.В.  
Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова (каф. общей хирургии), Санкт-Петербург, Россия

**Цель исследования:** изучить эффективность рентгенологических, эндоскопических, манометрических методов в диагностике ахалазии кардии, роль и место консервативных методов и оперативных пособий в восстановлении проходимости кардии.

**Материал и методы.** Эндоскопическое и рентгенологическое исследование было проведено у 24 (100%) человек. Манометрия пищевода проведена 14 (58%) больным. Сочетание вышеуказанных методов позволило установить стадию заболевания и характер изменений у 100% больных и определить тактику лечения таких пациентов. Баллонная дилатация применялась у 24 (100%) человек (до 10 сеансов за курс лечения).

**Результаты.** В 20 случаях проходимость пищевода восстановлена и достигнут стабильный эффект, что подтверждено исследованием моторной функции, однако в 4 (12,5%) случаях развился рецидив заболевания. При рецидиве были выполнены операции: кардиомиотомия с фундопликацией по Ниссену трем пациентам и резекция абдоминального отдела пищевода с наложением эзофагогастроанастомоза одному пациенту. В послеоперационном периоде достигнут стабильный результат. Эф-

фективность лечения оценивалась на основании клинических данных, рентгенологического, эндоскопического, манометрического методов исследования.

**Выводы.** 1. Сочетание рентгенологических и эндоскопических методов позволяет установить стадию заболевания и характер изменений у 100% больных. 2. Манометрия пищевода является эффективным методом оценки функционального состояния пищевода после применения консервативных и оперативных методов лечения. 3. Баллонная дилатация является эффективным методом восстановления проходимости пищевода у больных ахалазией кардии I-III стадии и приводит к стойкой ремиссии заболевания. 4. При неэффективности консервативного лечения у больных с IV стадией заболевания может быть применена операция как альтернативный способ лечения.

## 27. К вопросу выпуска пробиотической молочной продукции в Ленинградской области

Белова Л.В., Федотова И.М., Цупенко И.А.  
СЗГМУ им. И.И. Мечникова, Санкт-Петербург, ООО «Молочный комбинат «Галактика», Ленинградская обл., Россия

На современном молокоперерабатывающем предприятии в Ленинградской области ООО «Галактика», внедрившем одним из первых на своем производстве систему оценки и обеспечения качества ИСО-22000 (единый стандарт, основанный на всех требованиях потребителей и рынка в целом), выпускается несколько видов продуктов с пробиотиками. Важным положением является четкое следование сотрудниками предприятия требований, вытекающих из ФЗ «Технический регламент на молоко и молочную продукцию» № 88 от 12.06.2008, с изменениями № 163 от 22.07.2010.

Соблюдение стандарта ИСО-22000 для выпуска качественного пробиотического молочного продукта важно в связи с тем, что используемые элементы гарантируют безопасность пищевых продуктов на протяжении всей производственной цепочки – от сырья до конечного потребления. Пробиотические продукты, оказывающие благотворный эффект на организм за счет нормализации его микробной экосистемы, содержат в своем составе бифидобактерии и лактобактерии, выполняющие защитную и детоксикационную функции и способствующие нормализации моторики кишечника. Эффекты молочнокислых бактерий и бифидобактерий также связаны с их стимулирующим действием на иммунную систему и способностью синтезировать полезные компоненты питания – витамины, ферменты и другие вещества. Преимуществом поступления кисломолочных продуктов для организма является стимулирующее действие на секреторную активность пищеварительных желез, нормализация перистальтики, улучшение всасывания микроэлементов, сорбция и выведение тяжелых металлов. Такой естественный пребиотик, как инулин, в процессе бактериального гидролиза в толстой кишке образует фруктозу, стимулирует эффект роста и активность бифидо- и лактобактерий, повышает усвоение кальция в толстой кишке.

В настоящее время в России расширяется ассортимент и выпуск кисломолочных пробиотических продуктов. Лечебно-профилактический эффект их зависит от первоначального содержания в них пробиотических микроорганизмов, и в связи с этим государственные стандарты на молочную продукцию нормируют количество жизнеспособных клеток: лактобактерий не менее  $10^7$  КОЕ/см<sup>3</sup> (г), бифидобактерий не менее  $10^6$  КОЕ/см<sup>3</sup> (г) на конец срока годности. На комбинате «Галактика» выпускается три вида молочной продукции с пробиотиками. Определяемое количество микроорганизмов на конец срока годности составляет: молочнокислых микроорганизмов в биокефире «Большая кружка» –  $1 \cdot 10^7$ , в кефирном биопродукте «Gefilus» количество *Lactobacillus GG* –  $1 \cdot 10^6$ , бифидобактерий в обогащенном инулином биокефире «Милктайм» –  $1 \cdot 10^6$ .

Таким образом, соответствие стандарту молочной пробиотической продукции, оцениваемое как по микробиологическим, так и по физико-химическим показателям, свидетельствует о высоком качестве их производства на молочном комбинате «Галактика».

## 28. Распределение меди в организме у крыс с экспериментальной ацетатной язвой желудка

Белостоцкий Н.И., Петраков А.В.  
ЦНИИ гастроэнтерологии, Москва, Россия

**Цель работы:** исследование уровня меди в печени, слизистой оболочке желудка, двенадцатиперстной кишки и сыворотке крови у крыс с ацетатной язвой желудка.

**Материал и методы.** Язва желудка формировалась аппликацией 100%-й уксусной кислоты на серозную оболочку передней стенки желудка в течение 60 сек. Площадь язвенного дефекта оценивалась в мм<sup>2</sup> через 7 суток после индукции язвы. Исследовалась также группа с ацетатной язвой и внутрибрюшинным введением индометацина (ежедневно однократно внутрибрюшинно в дозе 1 мг/кг в течение 7 дней).

**Результаты.** Уровень меди значительно повышался в слизистой оболочке желудка, как пораженной, так и не пораженной язвенным процессом (до 220% и 205% соответственно,  $p < 0,05$ ), а также в желудочном соке (130%) у животных с ацетатной язвой. Кроме того, уровень меди был повышен и в слизистой оболочке двенадцатиперстной кишки (до 180%,  $p < 0,05$ ). В то же время в печени наблюдалась тенденция к снижению уровня меди до 83% ( $p > 0,05$ ), а в сыворотке крови уровень меди снизился до 42% ( $p < 0,05$ ). У крыс с введением индометацина на фоне резкого замедления репаративных процессов не наблюдалось существенного изменения уровня меди в слизистой оболочке желудка по сравнению с таковым у крыс с ацетатной язвой. Вместе с тем отмечена нормализация уровня меди в печени и еще большее снижение в сыворотке крови (до 10% по сравнению с интактными животными).

**Выводы.** Развитие язвенного процесса в слизистой оболочке желудка происходит на фоне увеличения количества меди в ткани зоны язвы и в интактной слизистой, а также в полости желудка и в слизистой двенадцатиперстной кишки. Этот процесс происходит с тенденцией к незначительному снижению уровня меди в печени и к значительному снижению его в сыворотке крови. Индометацин существенно не повлиял на уровень меди в гастродуоденальной слизистой, но привел к его нормализации в печени.

## 29. Проблемы лабораторной диагностики вирусного гепатита В и С

Бельгесов Н.В., Вильянинов В.Н., Белозеров Е.С., Романенко С.М., Буланьков Ю.И., Патока Е.В.  
Военно-медицинская академия, Санкт-Петербург, Россия

Авторами за последние 17 лет обследованы более 150 000 первичных доноров в возрасте от 19 до 23 лет и около 37 000 так называемых доноров-родственников. При этом носительство HBsAg отмечали у первичных доноров в 1,2% случаев в 1994 году и 0,19% – в 2011, а в группе доноров-родственников – в 6,3% и 5,9% соответственно.

Антитела к вирусному гепатиту С обнаружены с максимально высокими показателями в 1999 году, что составляло 2,6% у первичных доноров и 7,9% у доноров-родственников. В последующие годы экстенсивные показатели носительства инфицирования вирусом гепатита С постепенно снижались. Так, в 2011 году эти показатели составляли 0,29% и 4,9% соответственно. Доноров, у которых при биохимическом обследовании крови отмечено повышение активности суррогатного фермента – АЛТ, антитела к вирусному гепатиту С выявлялись в 68,1% случаев. При обследовании методом ПЦР 176 образцов донорской крови, в которых были обнаружены антитела к вирусу гепатита С, в 164 случаях (93,1%) инфицирование было подтверждено, в 7 случаях (3,97%) результат оказался отрицательным, в 5 (2,84%) – сомнительным.

При проведении подтверждающего теста-иммуоблотинга 68 обследованных образцов крови на инфицирование вирусом гепатита С положительными оказались 59 (86,7%), 4 (5,9%) – сомнительными, 5 (7,4%) – отрицательными.

Мы полагаем, что для целенаправленной, углубленной профилактики гемотрансмиссивных гепатитов необходимо: проводить строгий по медицинским показателям отбор доноров; при обследовании

крови на гепатит С использовать диагностические тест-системы с одновременным определением антигена и антител (опыт работы с данными тест-системами в отделении иммунодиагностики имеется), что позволит сократить так называемый латентный период.

## 30. Результаты клинического применения препарата «Цитохром С» у больных хроническим вирусным гепатитом в цирротической стадии

Беляева Т.В.<sup>1</sup>, Иванова С.В.<sup>1</sup>, Носикова Е.В.<sup>2</sup>  
<sup>1</sup>СПбГМУ им. акад. И.П. Павлова, <sup>2</sup>СПбГПМА, Россия

**Цель исследования:** изучение эффективности препарата «Цитохром С» в составе комплексной терапии пациентов с хроническим вирусным гепатитом (ХВГ) в стадии цирроза.

**Материалы и методы:** 153 пациента в возрасте (51,4±7,6) года с ХВГ в стадии цирроза, проходившие лечение в 2009-2011 гг. на базе КИБ им. С.П. Боткина. 73 пациента в I группе получали базисную терапию (электролитные растворы, диуретики, антибиотики, препараты УХДК, адеметионина, орнитина, компоненты крови) и «Цитохром С» в дозе 20 мг/сутки внутривенно в течение 10-14 дней. 80 пациентов во II группе получали только базисную терапию. В обеих группах преобладали хронический гепатит В и С (36,2% и 14,5% соответственно). 10,5% составил микст-гепатит В+С. Обращает на себя внимание большое количество пациентов с неverified вирусным гепатитом – 38,8%. Исходно в сравниваемых группах достоверных различий по уровню билирубина – (275,43±169,2) мкмоль/л, щелочной фосфатазы и ГГТП, активности АЛТ и АСТ, протромбиновому индексу (ПТИ) – (63,35±12,4)%, выраженности энцефалопатии, отеков, асцита отмечено не было ( $p > 0,05$ ).

**Результаты.** Отмечено снижение уровня билирубина на 10-14-й день после начала терапии в I группе по сравнению со II группой – (172,7±109,3) мкмоль/л и (250,9±171,9) мкмоль/л соответственно ( $p \leq 0,01$ ). Также на 10-14-й день после начала терапии в I группе отмечено повышение ПТИ по сравнению со II группой – (67,48±14,99)% и (57,86±11,25)% соответственно ( $p \leq 0,01$ ). Достоверных различий по уровню активности АЛТ, АСТ, щелочной фосфатазы и ГГТП отмечено не было ( $p > 0,05$ ). Кроме того, в I группе отмечалось более выраженное уменьшение асцита, отеков и явлений печеночной энцефалопатии на 10-14-й день лечения ( $p \leq 0,01$ ).

**Выводы.** Включение препарата «Цитохром С» в терапию способствует достоверно более быстрому снижению билирубина, появлению тенденции к повышению протромбинового индекса, уменьшению асцита, отеков и явлений печеночной энцефалопатии у пациентов с хроническим вирусным гепатитом в цирротической стадии к 10-14-му дню.

## 31. Тенденции заболеваемости болезнями органов пищеварения и нерешенные вопросы организации медицинской помощи больным гастроэнтерологического профиля

Беляева Ю.Н., Шеметова Г.Н.  
Саратовский ГМУ им. Разумовского, Россия

**Цель исследования, материалы и методы:** изучение структуры и динамики, уточнение статистических и эпидемиологических аспектов заболеваемости болезнями органов пищеварения (БОП) населения Саратовской области и Российской Федерации (РФ) по материалам обращаемости в ЛПУ за 1997-2011 гг.

**Результаты.** В течение 15 лет БОП занимают III-IV ранговое место в структуре общей заболеваемости, уступая болезням органов дыхания и системы кровообращения. Общая заболеваемость населения России по классу БОП возросла с 99,4 в 1996 г. до 113,2 на 1000 взрослого населения в 2009 г. Уровень первичной заболеваемости БОП стабильно высокий. Приволжский федеральный округ (ПФО) входит в число лидеров по числу взрослых лиц, страдающих патологией органов пищеварения. Саратовская область в настоящее время занимает 11-е место среди субъектов ПФО по уровню общей заболеваемости БОП, который составлял в 2007-2011 гг. от 85,0 до 92,3 на 1000 взрослого населения. Проведено ранжирование по 40 районам и крупным городам Сара-

товской области. Выявлены регионы с высоким и низким уровнем заболеваемости БОП среди них. Стабильно низкий уровень БОП в Ровенском районе (от 33,1 до 36,7 на 1000 населения в 2007-2010 гг.), в городе Аткарске (41,3-41,9). «Лидерами» стали Краснопартизанский район (279,4-236), Турковский район, город Саратов (101,9-111,7).

**Выводы.** Показатели заболеваемости зависят как от качества медицинской помощи, так и от социально-экономического статуса населения, условий проживания (городские – сельские), качества питания, уровня нервно-психического напряжения и адаптации. Выявленные тенденции роста заболеваемости БОП населения Саратовской области и РФ в целом диктуют необходимость оптимизации раннего активного выявления данной патологии, в том числе путем внедрения в повседневную практическую деятельность первичного звена здравоохранения современных информационных технологий компьютеризированного скрининга.

### 32. Оптимизация лечения неспецифических воспалительных заболеваний кишечника

Блинкова Л.Н.  
Ставропольская ГМА, ИПДО (каф. диетологии и нутрициологии), Ставрополь, Россия,  
e-mail: dietdoctorlnb@yandex.ru

**Цель исследования:** провести метаанализ опубликованных работ по использованию IBD (Inflammatory Bowel Diseases) диеты как современного подхода к лечению неспецифических воспалительных заболеваний кишечника (НВЗК).

**Материал и методы.** Проблема питания больного НВЗК считается одной из ведущих в практической медицине. В соответствии с положением 10В ЕССО Европейского консенсуса по диагностике и лечению болезни Крона (2006), питание IBD при НВЗК эффективно для достижения ремиссии вне зависимости от активности процесса и локализации поражения. Из 38 российских источников по исследованиям НВЗК только 12 публикаций касались IBD диеты, как «биологической» лечебной стратегии.

IBD диета представлена сухой полимерной безглютеновой питательной смесью «Modulen IBD», высокой биологической ценности и эффективности по аминокислотному и жировому составу, содержит терапевтически значимые концентрации трансформирующего фактора роста бета-2 (TGF-β2). Цитокин TGF-β2 вовлечен в регуляцию множества процессов, включая воспалительный ответ слизистой кишечника, дифференцировку клеточного цикла и процессы репарации. Противовоспалительная активность TGF-β2 обусловлена блокированием IFN-γ и прерыванием внутриклеточной передачи воспаления через МНС (главный комплекс гистосовместимости). Использование смеси «Modulen» позволяет уменьшить воспалительную реакцию кишечника, создать функциональный покой пораженного органа при сохранении адекватного энергообеспечения больного. Результаты международных исследований подтверждают эффективность применения IBD диеты в качестве самостоятельного метода лечения или в комбинации со стандартной лекарственной терапией для индукции и продления ремиссии НВЗК. Питательная смесь «Modulen» активно применяется в странах Европы, США, Австралии и Скандинавии и имеет большие перспективы в оптимизации лечения НВЗК как в детском, так и во взрослом возрасте. Объединение усилий и знаний последовательно служит внедрению современных технологий в практическую медицину и улучшению качества жизни больных НВЗК.

### 33. Вирусная нагрузка у проживающих в Московской области пациентов с хроническим гепатитом С, инфицированных вирусом 1-го генотипа

Богомолов П.О.<sup>1</sup>, Буеверов А.О.<sup>2</sup>, Дубинина Н.В.<sup>1</sup>, Павлова Т.В.<sup>1</sup>, Барсукова Н.А.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского, Московский областной гепатологический центр, <sup>2</sup>Первый МГМУ им. И.М. Сеченова

Во всех регионах мира и России, в том числе в Московской области, 1-й генотип вируса гепатита С (HCV) среди инфицированных этим вирусом занимает доминирующую позицию. Сывороточное

количество HCV РНК (вирусная нагрузка) относится к числу ключевых факторов, влияющих на эффективность противовирусной терапии. Ранее было продемонстрировано, что у пациентов с 1-м генотипом HCV и низкой вирусной нагрузкой с успехом может проводиться терапия стандартным интерфероном-α и рибавирином (П.О. Богомолов, А.О. Буеверов и др., 2011).

**Цель исследования:** оценить распределение больных хроническим гепатитом С – жителей Московской области – с 1-м генотипом HCV по уровню вирусной нагрузки.

**Пациенты и методы.** В исследование включены 737 пациентов, состоящих на учете в Московском областном гепатологическом центре. Исследование генотипа вируса и уровня виремии осуществлялось с помощью тест-системы «Генотип С» и ОТ-Гепатоген-С количественный («ДНК-Технология», Россия) и автоматического ПЦР-анализатора COBAS Amplicor (Ф. Хоффманн-Ля Рош Лтд, Швейцария).

**Результаты.** 1-й генотип HCV выявлен у 61,3% пациентов (452 человека). У 71,9% из них (325 человек) выявлен низкий уровень вирусной нагрузки (менее 2 млн копий/мл или 500 тыс МЕ/мл), у 28,1% (127 человек) – высокий (более 2 млн копий/мл или 500 тыс МЕ/мл).

**Вывод.** Среди больных ХГС, вызванным 1-м генотипом вируса, который является прогностически неблагоприятным фактором эффективности противовирусной терапии, преобладает популяция с низкой вирусной нагрузкой. Данное обстоятельство определяет возможность применения в схемах лечения таких пациентов стандартного интерферона-α.

### 34. Сравнение составляющих качества жизни пациентов с язвенным колитом и болезнью Крона

Бодрягина Е.С., Абдулганиева Д.И.  
Казанский ГМУ, Россия

**Введение.** Оценка качества жизни (КЖ) пациентов – метод, позволяющий судить не только о физическом, но и о психологическом и социальном благополучии больных, при этом влияние этих составляющих на общее состояние пациентов может быть различно.

**Цель исследования:** сравнить различные составляющие КЖ пациентов с язвенным колитом (ЯК) и болезнью Крона (БК).

**Материалы и методы.** В исследование были проспективно включены 116 пациентов с воспалительными заболеваниями кишечника (ВЗК). Число пациентов с ЯК – 61 (53%), с БК – 55 (47%). Средний возраст больных составил (37,5±1,5) года. Оценка КЖ проводилась по специализированному опроснику КЖ для пациентов с ВЗК (IBDQ).

**Результаты.** Среднее значение КЖ пациентов составило (129,3±4,4) балла (при максимуме 224 балла), при этом было выявлено более выраженное снижение КЖ у пациентов с ЯК по сравнению с БК – (121,4±5,7) балла vs. (141,1±4,4) балла, p<0,05. Было обнаружено снижение всех четырех составляющих КЖ при сравнении пациентов с ЯК и БК: кишечной – (28,0±2,8) балла и (51,0±0,7) балла (p<0,001), эмоциональной – (40,4±5,2) балла и (58,8±3,7) балла (p<0,05), системной – (16,1±2,3) балла и (19,5±2,5) балла, социальной – (15,5±2,1) балла и (24,1±4,2) балла. Максимальное значение по каждому из показателей составляет 70, 35, 84 и 35 баллов соответственно.

**Выводы.** Снижение КЖ у всех пациентов с ВЗК говорит о неблагоприятном физическом, эмоциональном и социальном состоянии таких больных. Пациенты с ЯК имеют более выраженное снижение КЖ по сравнению с больными БК, в основном за счет кишечной и эмоциональной доминант.

### 35. Обнаружение clb генов, ассоциированных с синтезом генотоксина у пробиотического штамма E. coli M-17

Бондаренко В.М., Филалкина С.В.  
НИИЭМ им. Н.Ф. Гамалеи, Москва, Россия

У патогенных эшерихий обнаружены гены, контролирующие синтез нерибосомального генотоксина Clb (Colibactin) и вызывающие поломки ДНК в эукариотических клетках, приводящие к нарушению клеточного цикла.

**Цель:** исследовать с помощью ПЦР наличие генетических детерминант колибактина у производственного пробиотического штамма *E. coli* M-17.

**Материалы и методы.** Исследованы культуры *E. coli* M-17, выделенные из биопрепаратов «Бификол» («Микроген») и «Колибактерин» («Биомед им. И.И.Мечникова»), и контрольный штамм, полученный из ГИСК им. Л.А.Тарасевича (Москва). Выявление генетических маркеров колибактина проводили с помощью мультиплексной ПЦР с четырьмя парами праймеров, амплифицирующих основные гены: clbB (GAT TTG GAT ACT GGC GAT AAC CG CCA TTT CCC GTT TGA GCA CAC), clbN (GTT TTG CTC GCC AGA TAG TCA TTCCAG TTC GGG TAT GTG TGG AAG G), clbA (CAG ATA CAC AGA TAC CAT TCACTA GAT TAT CCG TGG CGA TTC) и clbQ (CTT GTA TAG TTA CAC AAC TAT TTCTTA TCC TGT TAG CTT TCG TTC), генерирующие ампликоны размером 575, 711, 981 и 820 пн соответственно (Johnson et al. // J. Clin. Microbiol. – 2008. – Vol. 46. – P. 3906).

**Результаты.** В геноме всех исследованных штаммов *E. coli* M-17 обнаружены гены clbB, clbN, clbA и clbQ, ассоциированные с образованием генотоксического колибактина. Ампликон, полученный при использовании праймера к clbB гену, секвенирован, прочитано 509 п.о. При выравнивании с нуклеотидными последовательностями колибактин-продуцирующего штамма *E. coli* INE3034 (GenBank: AM229678.1) выявлена 99% гомология, что подтверждает специфичность обнаруженных фрагментов ДНК.

**Заключение.** Геном бактерий *E. coli* M-17, входящих в состав препарата-пробиотика «Колибактерин», содержит генетические детерминанты генотоксина, требующие дальнейшего исследования в плане доказательства безвредности производственных бактерий.

### 36. Влияние натрия сукцината на реологические свойства желудочной слизи у больных язвенной болезнью желудка

Борисов Ю.Ю., Шкилева Е.Ю.  
КММИВСО, Краснодар, Россия

**Цель исследования:** изучение у больных язвенной болезнью желудка влияния природного метаболита и антиоксиданта натрия сукцината на секрецию желудочной слизи и ее реологические свойства, которые могут рассматриваться в качестве индикатора цитопротективного потенциала слизистого барьера желудка.

**Материал и методы.** У 46 больных язвенной болезнью тела желудка изучали влияние однократной терапевтической дозы препарата (0,5 г внутрижелудочно) на продукцию неперсина бела и реологические свойства слизистого геля желудка, выделенного из желудочного секрета центрифугированием при 3000 об/мин. При этом с помощью прецизионного ротационного вискозиметра Rheotest-2 (Германия) определяли его предел упругости (ПУ, дин/см<sup>2</sup>) и два значения эффективной вязкости (сП), измеренной при низкой (ЭВ<sub>1</sub>, D=11,1 с<sup>-1</sup>) и высокой (ЭВ<sub>2</sub>, D=4860 с<sup>-1</sup>) скоростях сдвига.

**Результаты.** Установлено, что у больных язвенной болезнью желудка существенно снижена выработка неперсина бела, представленного, главным образом, гликопротеинами слизи (в среднем в 1,3 раза), а также реологические свойства слизистого геля желудка: ПУ – в среднем в 1,5 раза – (358±21) дин/см<sup>2</sup> против (544±29) дин/см<sup>2</sup> у здоровых, ЭВ<sub>1</sub> – в 1,8 раза – (1798±66) сП и (3206±89) сП соответственно, ЭВ<sub>2</sub> – в 1,2 раза – (11,6±0,3) сП и (1,7±0,9) сП соответственно. Однократный прием терапевтической дозы натрия сукцината достоверно увеличивает секрецию неперсина бела (в среднем на 32,4%) и повышает упруговязкие параметры слизи: ПУ – в среднем на 42,3%, ЭВ<sub>1</sub> – на 28,8% и ЭВ<sub>2</sub> – на 19,4% (все вышеописанные сдвиги статистически достоверны, p<0,01).

**Заключение.** Таким образом, у больных язвенной болезнью желудка натрия сукцинат стимулирует желудочное слизеобразование и оказывает корректирующее влияние на патологически измененные упруговязкие параметры пристеночной слизи.

### 37. Реологические свойства желудочной слизи и морфофункциональное состояние слизистой оболочки желудка при язвенной болезни двенадцатиперстной кишки

Борисов Ю.Ю., Шкилева Е.Ю.  
КММИВСО, Краснодар, Россия

**Цель исследования:** изучение у больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки взаимосвязи реологических свойств слизистого геля желудка, в значительной мере определяющих его цитопротективный потенциал, и регионарной гемодинамики слизистого оболочки (СО) желудка.

**Материал и методы.** Обследованы 86 больных дуоденальной язвой (59 мужчин и 27 женщин) и 28 лиц без патологии органов пищеварения (16 мужчин и 12 женщин). Секреторную деятельность желудка исследовали по стандартной методике в базальном периоде и после максимальной стимуляции пентагастрином (6 мкг/кг). Кровоток СО фундального отдела желудка измеряли полярографическим методом по клиренсу водорода. Реологические свойства слизистого геля желудка определяли на прецизионном ротационном вискозиметре Rheotest-2 (Германия).

**Результаты и обсуждение.** Установлено, что больные дуоденальной язвой наряду с гиперсекрецией кислоты и пепсина как в базальном периоде, так и после стимуляции пентагастрином, характеризуются достоверным снижением объемной скорости кровотока в СО фундального отдела желудка (в среднем на 24,4%, p<0,05) и резким падением упруговязких параметров желудочной слизи (в среднем в 1,4-1,7 раза, p<0,01). Анализ индивидуальных наблюдений позволяет выделить у больных дуоденальной язвой 3 варианта изолированных или сочетанных изменений продукции кислоты, реологических свойств слизи и регионарной гемодинамики СО фундального отдела желудка, что свидетельствует о большом разнообразии и сложном взаимодействии нарушений отдельных гастродуоденальных функций.

Можно полагать, что комплексная оценка реологических свойств слизистого геля желудка, регионарной гемодинамики и секреторной деятельности желудка позволит уточнить ведущие звенья ulcerogenesis у конкретного больного и открыть новые возможности дифференцированной фармакотерапии заболевания.

### 38. Действие некоторых пробиотических бактерий на кишечные пищеварительные ферменты у крыс с дисбиозом кишечника

Борщев Ю.Ю.<sup>1</sup>, Громова Л.В.<sup>1</sup>, Елисеев А.В.<sup>2</sup>, Ермоленко Е.И.<sup>3</sup>, Груздков А.А.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Институт физиологии им. И.П. Павлова РАН, <sup>2</sup>СПбМАПО, <sup>3</sup>НИИЭМ, Санкт-Петербург, Россия

**Цель работы:** сопоставить активность пищеварительных ферментов в слизистом оболочке и химусе кишечника, а также изменения микробиоты у крыс после применения пробиотических бактерий на фоне экспериментального дисбиоза кишечника.

**Методы.** Активность ферментов и состав микробиоты определяли в 4 группах крыс, которым после предварительного трехдневного введения ампициллина и метронидазола в течение следующих 6 дней вводили пробиотические бактерии: *Enterococcus faecium* L3, *Lactobacillus plantarum* 8P-A3, а также *Lactobacillus delbrueckii* TSI-06 и *Lactobacillus fermentum* TS3-06 (группы 1, 2, 3) или молоко (контроль, группа 4). В конце опыта масса слизистого оболочки в группах 1, 2 и 3 была выше, чем в контроле, в тонкой кишке, а в группе 1 – также в толстой кишке. Активность мальтазы и аминопептидазы М в слизистом оболочке была ниже, чем в контроле, в тонкой кишке в группах 1, 2 и 3, а щелочной фосфатазы – в тонкой кишке в группах 1, 2 и в толстой кишке в группах 1, 2, 3. Глицил-L-лейциндипептидазная активность в тонкой кишке была выше в группе 2, чем в группе 4. В химусе активность мальтазы в группах 1, 2, 3 была выше, чем в группе 4, во всем кишечнике, а аминопептидазы М и глицил-L-лейциндипептидазы – только в тонкой кишке. Активность щелочной фосфатазы в химусе у крыс в группе 3 была ниже, чем в группе 4, в подвздошной кишке. В группе 1 и, в меньшей степени, в группах 3 и 4 выявлены лакто- и бифидогенные эффекты. В

группе 2 уменьшалось количество лактобацилл и эшерихий, а в группе 3 – эшерихий. В группах 2 и 3, а в особенности в группе 4 отмечался чрезмерный рост условно патогенных бактерий.

Таким образом, в действии различных пробиотических бактерий на кишечные пищеварительные ферменты и микробиоту у крыс с экспериментально вызванным дисбиозом кишечника наблюдались как общие закономерности, так и специфические особенности: например, восстановление микробиоты наиболее выраженным было после применения пробиотических энтерококков.

### 39. Роль дисфункции эндотелия в патогенезе гемостазиопатий при экспериментальном желчном перитоните, осложненном абдоминальным сепсисом

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

**Цель исследования:** оценить роль дисфункции эндотелия в патогенезе гемостазиопатий при экспериментальном желчном перитоните.

**Материал и методы.** Одним из методов оценки дисфункции эндотелия является исследование содержания в крови факторов повреждения эндотелия и аминокептидов (эндотелинов).

**Результаты.** В ходе исследования у животных с 24-часовым экспериментальным желчным перитонитом, осложненным абдоминальным сепсисом, установлено повышение количества десквамированных эндотелиоцитов (ДЭ) в сыворотке крови до  $(10,4 \pm 0,7) \cdot 10^4$ /л против  $(3,2 \pm 0,2) \cdot 10^4$ /л в интактной группе ( $p < 0,001$ ), уровня эндотелина-1 (Et-1) до  $(48,2 \pm 2,3)$  пг/мл против  $(31,1 \pm 1,6)$  пг/мл ( $p < 0,05$ ) и содержания фактора Виллебранда (vWF) до  $(1,8 \pm 0,1)$  МЕ/мл против  $(1,4 \pm 0,1)$  МЕ/мл ( $p < 0,05$ ) соответственно.

Полученные результаты связаны с воздействием разнообразных повреждающих факторов (гипоксия, тромбоцитарный фактор роста, тромбин, вазопрессин, интерлейкин IL-1) на эндотелий сосудов, вызывающих адгезию и агрегацию тромбоцитов, которые могут быть индикатором дисфункции эндотелия и условием повышенного риска тромбообразования.

При проведении корреляционного анализа у животных с 24-часовым желчным перитонитом, осложненным абдоминальным сепсисом, установлена прямая сильная корреляционная связь, с одной стороны, между количеством ДЭ и уровнем Et-1 и, с другой стороны, концентрацией vWF ( $r=0,88$ ,  $p < 0,001$  и  $r=0,76$ ,  $p < 0,01$ ) соответственно, что свидетельствует о патогенетической зависимости фактора дисфункции эндотелия от концентрации vWF, которая направлена на уменьшение проницаемости сосудов путем адгезии тромбоцитов.

### 40. Антитела к асиалогликопротеиновому рецептору как маркер активности аутоиммунного гепатита

Булгакова Т.В.<sup>1</sup>, Лапин С.В.<sup>1</sup>, Мазинг А.В.<sup>1</sup>,  
Райхельсон К.Л.<sup>2</sup>, Горячева Л.Г.<sup>3</sup>  
<sup>1</sup>Санкт-Петербургский ГМУ им. акад. И.П. Павлова,  
<sup>2</sup>СЗГМУ им. И.И. Мечникова, <sup>3</sup>НИИДИ, Санкт-Петербург,  
Россия

Аутоиммунный гепатит – это хроническое воспалительное заболевание печени неизвестной этиологии, характеризующееся наличием аутоантител в сыворотке крови – антинуклеарного фактора (АНФ), антител к гладким мышцам (АГМА), к печеночным/почечным микросомам I типа (анти-LKM-1), к растворимым печеночным антигенам (анти-SLA, LC1, SLA/LP) и гипергаммаглобулинемией. При аутоиммунном гепатите (АИГ) также выявляются антитела к асиалогликопротеиновому рецептору (анти-ASGPR). Клинико-диагностическое значение определения анти-ASGPR при АИГ недостаточно изучено.

**Материалы и методы.** Многократно в течение трех лет исследовалась сыворотка крови 31 пациента с АИГ I типа ( $n=27$ ) и АИГ 2 типа ( $n=4$ ) (5 мужчин и 26 женщин в возрасте от 7 до 63 лет). Анти-ASGPR определяли с помощью твердофазного иммуноферментного анализа (Германия, Generic Assays). Группу сравнения составили 8 пациентов с первичным билиарным циррозом

печени и 8 пациентов с вирусным гепатитом С (ВГС), в группу контроля вошли 10 здоровых лиц.

**Результаты.** Антитела к ASGPR были обнаружены у 11 пациентов с АИГ (35%). В ходе мониторинга обнаружение антител к ASGPR при АИГ в 60% определений сопровождалось обострением течения заболевания и нарастанием активности ферментов – АЛТ, АСТ, а также увеличением фракции гаммаглобулинов сыворотки крови. При ВГС анти-ASGPR были обнаружены у одного пациента, при ПБС данные антитела обнаружены не были. У пациентов с АИГ и наличием анти-ASGPR в 82% (9/11) выявлялся АНФ, в 54% (6/11) АГМА и у одного пациента – анти-LKM-1.

**Выводы.** Антитела к ASGPR могут быть использованы для комплексной диагностики АИГ и для мониторинга активности заболевания.

### 41. Опыт применения стрезама в лечении функциональной изжоги

Бычков Н.А., Маглевая Г.М.  
Львовский национальный медицинский университет  
им. Данила Галицкого, Украина

**Цель исследования:** изучить эффективность и безопасность применения стрезама в лечении функциональной изжоги.

**Материалы и методы.** Комплексно обследованы 48 студентов во время экзаменационной сессии, которые согласились на анкетирование (с помощью модифицированной анкеты Ликерта), суточный рН-мониторинг мобильным ацидографом РГ-1рН-М, эндоскопию верхних отделов пищеварительного канала. Эндоскопию проводили с помощью аппарата Pentax FG-29V. Для подтверждения патологического гастроэзофагеального рефлюкса при рН-метрии использовали следующие критерии: частота кислого ( $pH \leq 4,0$ ) рефлюкса не менее 50 эпизодов за 24 часа; длительность рефлюкса не менее 4,2% в течение суток. С целью коррекции синдрома тревоги назначали анксиолитик этифоксина гидрохлорид («Стрезам®», «Биокодекс», Франция) в дозе 50 мг два раза в день на протяжении 7 дней.

**Результаты.** Жалобы на изжогу установлены у всех студентов. Эндоскопически чаще всего определяли гастроэзофагеальный рефлюкс без повреждения слизистой оболочки пищевода (32 из 48 обследованных). У 25% студентов при эндоскопии не было установлено патологии пищевода. У 12 студентов показатели рН-метрии также были в границах нормы. Согласно Римским III критериям студентам с жалобами на изжогу и нормальными показателями эндоскопии и рН-мониторинга установлен диагноз «функциональная изжога». После проведенного лечения через 7 дней у этих студентов отсутствовали жалобы на изжогу или отрыжку кислым, что позволило подтвердить ранее установленный диагноз. Побочных эффектов при приеме препарата не отмечено.

**Выводы.** Функциональную изжогу можно эффективно и безопасно устранить при помощи препарата «Стрезам».

## В

### 42. Участие системы простагландинов в процессе образования и заживления экспериментальной язвы

Варванина Г.Г., Ткаченко Е.В.  
ЦНИИ гастроэнтерологии, Москва, Россия

**Цель исследования:** изучить динамику изменений уровня простагландинов (ПГЕ1, ПГЕ2, ПГФ2а, ПГ12, ТхА2) и ЦОГ-2 в слизистой оболочке желудка крыс в периоды формирования и заживления экспериментальной 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 суток и 10 суток после начала язвообразования.

**Результаты.** Формирование и заживление экспериментальной язвы желудка протекает под контролем местного тканевого защитного механизма, регулируемого ПГ. При образовании язвенного дефекта обнаружено снижение уровня ПГЕ2, I2 и увеличение со-

держания ПГЕ1, ПГФ2а и ТхА2 в слизистой оболочке желудка. Заживление язвы сопровождается увеличением уровня ЦОГ-2, ПГЕ2, Е1, F2а, I2 и ТхА2. В механизмах формирования и заживления язвенного дефекта существенную роль играют динамические изменения содержания и соотношения различных серий ПГ, которые имеют однонаправленный характер как в области язвы, так и в слизистой, не затронутой язвенным процессом. Однако максимальные количественные изменения выявлены в области язвы. Обнаруженные изменения ПГ в неповрежденной ткани позволяют сделать вывод о системном изменении простагландинового статуса в слизистой оболочке желудка после индукции язвы как в месте повреждения, так и на отдалении от него.

**Заключение.** Система ПГ является одной из составных частей физиологического ответа на повреждение, регуляции процессов воспаления и заживления эрозивно-язвенных дефектов в слизистой оболочке ЖКТ.

#### 43. Диагностические возможности определения *Helicobacter pylori* у пациентов с заболеваниями желчевыводящих путей

Васильева Т.В., Лушин А.В., Андреева А.Е., Захарова В.В., Константинова Т.З.

Центральная городская больница, Чувашский государственный университет им. И.Н. Ульянова, Чебоксары, Россия

За последние несколько лет существенно изменился взгляд на проблему хеликобактер-ассоциированных заболеваний человека. В литературе активно обсуждается вопрос об участии *Helicobacter pylori* в генезе не только поражения слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки, но и патологии желчевыводящих путей. В настоящее время накоплены определенные факты, позволяющие говорить о возможности наличия так называемых энтерогапатических хеликобактеров, причастных к развитию холецистита, желчнокаменной болезни и рака желчного пузыря [3, 4, 5]. Однако диагностических, а тем более лечебных рекомендаций по поводу ведения пациентов с заболеваниями желчевыводящих путей в плане возможности их развития вследствие хеликобактерной инфекции, в литературе встречается очень мало, и зачастую они носят противоречивый характер.

На сегодняшний день диагностика хеликобактериоза включает в себя как инвазивные, так и неинвазивные методы [1, 2]. Считается, что наиболее информативными являются инвазивные морфологический метод (с окраской по Гимза) и цитологический (с определением степени обсемененности *Helicobacter pylori* в биоптатах из антрального отдела и тела желудка) [1]. Кроме того, в последнее время получил большое распространение инвазивный быстрый уреазный тест, основанный на использовании тест-полосок («хелпилл-тест»). Однако инвазивные методы не всегда выполнимы и технически достаточно сложны. В связи с этим в последние годы получили большое распространение неинвазивные методики диагностики хеликобактериоза. К ним относятся дыхательный тест с мочевиной, меченной атомами углерода <sup>13</sup>C и <sup>14</sup>C, «хелик-тест», основанный на кинетической оценке концентрации аммиака после приема пациентом порции карбамида, а также иммунологические методы: иммуноферментный анализ (ИФА) и метод иммуноблота. Большинство этих методик применяется исключительно для диагностики хеликобактериоза желудка и двенадцатиперстной кишки. Однако с помощью некоторых из них технически возможно определение *Helicobacter pylori* практически в любой пригодной для исследования среде, например в дуоденальном содержимом.

**Целью исследования** явилось изучение частоты ассоциации выявления в дуоденальном содержимом *Helicobacter pylori* и наличия заболеваний желчевыводящих путей с помощью быстрого уреазного теста «хелпилл-тест» (ООО АМА, г. Санкт-Петербург), а также оценка чувствительности, специфичности и прогностической ценности данного метода при этих заболеваниях.

Нами обследованы 40 пациентов, обратившихся на амбулаторный прием к врачу-гастроэнтерологу МБУЗ «Центральная городская больница» города Чебоксары. Критериями включения пациентов в исследование являлось наличие жалоб, свидетельст-

вующих о заболевании желчевыводящих путей. Мужчин было 8, женщин – 32. Возраст обследованных пациентов варьировал от 21 года до 53 лет, средний возраст составил 37 лет.

Всем пациентам наряду с общеклиническими исследованиями было проведено диагностическое дуоденальное зондирование. В дуоденальном содержимом (1-я порция) с помощью «хелпилл-теста» определяли наличие *Helicobacter pylori*. Параллельно всем обследуемым проводили определение хеликобактерной инфекции одним из общепринятых методов: 31 пациенту был проведен «хелик-тест», 3 – «хелпилл-тест» при фиброгастроудоденоскопии, остальным – ИФА. Положительный уреазный тест в дуоденальном содержимом зафиксирован у 21 пациента, что составило 53% от общего числа обследованных. В то же время с помощью традиционных методов хеликобактериоз выявлен у 28 обследованных (70%). Частота совпадений составила 71%. Все случаи расхождения в диагностике хеликобактериоза были при параллельном исследовании с помощью «хелик-теста». Учитывая, что дуоденальное содержимое не является мономорфной средой и может содержать большое количество примесей, при оценке расхождений в диагностике хеликобактериоза «хелик-тест» нами был расценен как более достоверный, в связи с чем отрицательная уреазная реакция в дуоденальном содержимом у пациентов с положительным «хелик-тестом» нами принята как ложноотрицательная. Ложноотрицательные результаты зафиксированы у 8 пациентов. В то же время у одного пациента был выявлен положительный «хелпилл-тест» в дуоденальном содержимом, в то время как метод ИФА и «хелик-тест» дали отрицательные результаты. Нами этот результат расценен как ложноположительный.

Таким образом, чувствительность «хелпилл-теста» при диагностике хеликобактериоза у пациентов с заболеваниями желчевыводящих путей в дуоденальном содержимом составила 77%, специфичность – 92%, а прогностическая ценность – 96%.

**Заключение.** Учитывая простоту выполнения, достаточно высокую чувствительность и специфичность «хелпилл-теста», мы рекомендуем использовать его для диагностики хеликобактериоза у пациентов с заболеваниями желчевыводящих путей при выполнении планового диагностического дуоденального зондирования.

#### 44. Эндоскопические изменения в толстой кишке у больных синдромом раздраженного кишечника

Визе-Хрипунова М.А., Каширина А.Н.

Ульяновский государственный университет, Россия

**Цель исследования:** проанализировать особенности эндоскопической картины у больных синдромом раздраженного кишечника (СРК).

**Материалы и методы.** Под наблюдением находились 180 больных СРК в возрасте от 17 до 72 лет. Женщины составляли большинство (135 человек – 75%). Все больные имели клинические проявления, соответствующие Римским критериям II, III.

Эндоскопические исследования были выполнены 124 пациентам (68,9%) и включали проведение колоноскопии 118 больным и ректороманоскопии – 30.

**Результаты и обсуждение.** Лишь у 34 пациентов (27,4%) не было обнаружено каких-либо изменений слизистой оболочки, нарушений тонуса и моторики толстой кишки. У 90 больных СРК (72,6%) были найдены изменения (долихосигма, геморрой, недостаточность баугиниевой заслонки, дискинезии, полипы и др.). У 18 больных из 124 (14,5%) выявлены воспалительные изменения слизистой оболочки в дистальных отделах кишечника. Эти изменения описаны в виде смазанного сосудистого рисунка, очагов гиперемии слизистой кишки, отечности складок, большого наложения слизи. Они чаще наблюдались у больных СРК с преобладанием диареи (у 11 из 18 пациентов – 61%). При СРК с преобладанием запоров изменения имели место у 4 больных, при СРК со смешанным характером стула – у 3. Эти изменения были расценены как проявления катарального проктосигмоидита. Признаки дискинезии выявлены у 65,2% пациентов с СРК.

**Выводы.** 1. У 72,6% больных СРК при эндоскопическом исследовании (ректороманоскопии и колоноскопии) выявляются изменения, которые носят неспецифический характер и чаще всего (65,2%) свидетельствуют о явлениях дискинезии толстой кишки.

2. Воспалительные изменения слизистой оболочки толстой кишки у больных СРК в виде катарального проктосигмоидита выявляются в 14,5% случаев и наиболее часто (61%) встречаются у пациентов с диарейным вариантом заболевания.

#### 45. Перекисное окисление липидов и антиоксидантная защита у больных синдромом раздраженного кишечника

Визе-Хрипунова М.А., Кочеткова Е.А.

Ульяновский государственный университет, Россия

**Цель исследования:** изучить состояние системы перекисного окисления липидов и антиоксидантной защиты у больных синдромом раздраженного кишечника.

**Материалы и методы.** Обследованы 35 больных синдромом раздраженного кишечника (СРК). Диагноз ставился в строгом соответствии с Римскими критериями при исключении органических заболеваний кишечника. Оценка состояния системы перекисного окисления липидов (ПОЛ) проводилась путем определения содержания в крови малонового диальдегида (МДА), а антиоксидантной защиты (АОЗ) – путем определения в плазме крови ферментного антиоксиданта каталазы и глутатионредуктазы. В контрольную группу вошли 20 практически здоровых лиц, сопоставимых по возрасту и полу.

**Результаты исследования.** При определении показателей системы ПОЛ – АОЗ у больных СРК нами были выявлены различия по сравнению с группой контроля. Интенсификация ПОЛ проявлялась повышением уровня МДА –  $(4,09 \pm 0,08)$  мкмоль/л (контроль –  $(3,12 \pm 0,11)$  мкмоль/л). Накопление продуктов ПОЛ сопровождалось изменениями ферментного звена АОЗ. Эти изменения носили разнонаправленный характер: отмечалось снижение содержания глутатионредуктазы –  $(0,009 \pm 0,005)$  мкмоль/л (контроль –  $(0,027 \pm 0,02)$  мкмоль/л) и повышение содержания каталазы –  $(0,09 \pm 0,01)$  мкмоль/л (контроль –  $(0,030 \pm 0,001)$  мкмоль/л).

**Выводы.** 1. Оксидативный стресс у больных синдромом раздраженного кишечника сопровождается повышением содержания малонового диальдегида и снижением активности глутатионредуктазы, что свидетельствует об ускорении процессов ПОЛ и недостаточности АОЗ.

2. Разнонаправленность в системе антиоксидантной защиты, выражающаяся в снижении содержания глутатионредуктазы и повышении уровня каталазы, свидетельствует о дисбалансе антиоксидантной защиты, что может играть роль в поддержании или прогрессировании симптомов СРК.

#### 46. Клинико-эндоскопическая характеристика течения гастроэзофагеальной рефлюксной болезни

Визе-Хрипунова М.А., Митина Д.Х., Барилко М.С.,

Емелина М.П., Органова М.А.

Ульяновский государственный университет, Россия

**Цель исследования:** оценить клинические и эндоскопические проявления гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (ГЭРБ) среди пациентов гастроэнтерологического отделения ГУЗ УОКБ. За 2010 г. клинику ГЭРБ имел 81 пациент (мужчин 44 – 54,3%). В 65,4% отсутствовала эндоскопическая картина эзофагита, в 48,1% случаев выявлена недостаточности кардии, у 29 (35,7%) – грыжа пищеводного отверстия диафрагмы.

Наиболее часто ГЭРБ сопутствовала язвенной болезни (30,9%), хроническому гастродуодениту (24,7%), дисфункции сфинктера Одди (11,1%). В 11,1% причиной ГЭРБ являлись предшествующие операции на верхних отделах желудочно-кишечного тракта. Симптомы ГЭРБ отмечали менее 1 года и более 10 лет одинаково часто – в 22,2% случаев, от 1 года до 5 лет – 25,9%, от 5 до 10 лет – 9,9%. Из 81 пациента с изжогой регургитация была отмечена в 51,9% (42) случаев, боль (дискомфорт) в эпигастрии – в 44,4% (36), отрыжка – у 28,4% (23) опрошенных лиц. Не всегда имеется соответствие яркой клиники заболевания эндоскопической картине: лишь в 27,7% случаев эндоскопически были выявлены эрозии нижней трети пищевода, а в 4,1% случаев при эзофагите с наличием эрозий в нижней трети пищевода отсутствовал кардинальный симптом ГЭРБ – изжога.

**Выводы.** Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь одинаково часто встречается как у мужчин, так и у женщин. У большинства больных ГЭРБ (65,4%) не выявлено существенных эндоскопических изменений со стороны пищевода. В 35% случаев ГЭРБ сочеталась с грыжей пищеводного отверстия диафрагмы. Более чем в 50% случаев отмечается сочетание ГЭРБ с язвенной болезнью и хроническим гастродуоденитом.

#### 47. Хронический панкреатит и рак поджелудочной железы: возможности ранней диагностики

Винокурова Л.В., Дубцова Е.А., Яшина Н.И.<sup>1</sup>,

Астафьева О.В., Банифатов П.В.

ЦНИИ гастроэнтерологии, <sup>1</sup>Институт хирургии

им. А.В. Вишневского, Москва, Россия,

e-mail: gastroenter@ Rambler.ru

**Цель исследования:** изучение возможностей простых и общедоступных методов дифференциальной диагностики хронического панкреатита (ХП) и рака поджелудочной железы (РЖ).

**Материалы и методы.** Обследованы 23 больных ХП: 13 с псевдотуморозной формой заболевания (ПП), 10 – с хроническим кальцифицирующим панкреатитом (ХКП), 7 – с раком ПЖ. Средняя продолжительность заболевания ПП и ХКП была не менее 9 лет. Продолжительность заболевания при раке ПЖ не превышала 1 года. Во всех группах больных с одинаковой частотой выявлялись механическая желтуха и сахарный диабет. Всем больным в сыроворотке крови определяли маркер опухоли СА 19-9 радиоиммунологическим методом, активность липазы – турбидиметрическим методом, проводилось УЗИ, КТ брюшной полости.

**Результаты исследования.** Проведенные исследования показали, что у больных ПП, ХКП и раком ПЖ активность липазы была достоверно повышена по сравнению с контролем ( $22,9 \pm 3,2$ ) мкмоль/(мин·л); ( $33,6 \pm 8,7$ ) мкмоль/(мин·л); ( $40,3 \pm 11,4$ ) мкмоль/(мин·л) и ( $14,7 \pm 2,1$ ) мкмоль/(мин·л) соответственно,  $p < 0,05$ ). Уровень СА 19-9 у больных хроническим панкреатитом был повышен по сравнению с контролем, но значительно большее повышение его имело место у больных раком ПЖ – ( $30,7 \pm 4,8$ ) нг/мл; ( $45,2 \pm 6,9$ ) нг/мл; ( $331,0 \pm 60,1$ ) нг/мл; ( $11,7 \pm 1,2$ ) нг/мл соответственно,  $p < 0,05$ . По данным УЗИ для ПП было характерно увеличение головки до 4,0 см и более, причем при наличии рака ПЖ отмечалось наличие гипоехогенной зоны в увеличенной головке, в то время как при панкреатите выявлялось диффузно неоднородное повышение эхогенности ткани. Кроме того, главный панкреатический проток, имеющий тенденцию к расширению в обоих случаях, при ПП имел извитой характер, с неровными, утолщенными стенками, а для рака более характерен расширенный проток с ровными, тонкими стенками. При ХКП выявлялись множественные кальцификаты различных размеров – крупные обычно в главном панкреатическом протоке, мелкие – в паренхиме железы. Данные, полученные при КТ, принципиально не отличались от данных УЗИ; но следует отметить целесообразность применения КТ в случаях затруднения диагностики при УЗИ.

**Заключение.** Таким образом, на первых этапах дифференциальной диагностики между ХП и раком ПЖ при стойком повышении активности липазы в крови показано проведение исследования крови на один из онкомаркеров, специфичных для ПЖ. В случае малой информативности УЗИ по каким-либо вышеописанным причинам следует проводить КТ брюшной полости.

#### 48. Содержание некоторых элементов в тканях печени крыс при хронической алкогольной интоксикации с последующим введением уксуснокислого цинка

Войтенко В.В., Степанец И.А., Кудрявцева А.Г.,

Максимович Я.С.

Киевский национальный университет им. Тараса

Шевченко, УНЦ «Институт биологии» (каф. биохимии),

Киев, Украина, e-mail: vvvoitenko@yahoo.com

Одной из актуальных проблем сегодня является изучение механизмов развития хронической алкогольной интоксикации (ХАИ) и разработка путей лечения и профилактики данной патологии.

Печень является основным органом, подвергающимся действию этанола, так как в ней происходит его биологическое обезвреживание. Для оценки функционального состояния этого органа особое значение имеет изучение содержания микро- и макроэлементов, нарушение соотношений которых лежит в основе развития множественных патологий. Известно, что развитие ХАИ сопровождается дефицитом цинка, и одним из возможных путей коррекции метаболических нарушений при этой патологии может быть экзогенное введение этого микроэлемента. Потому целью нашей работы было исследование содержания некоторых элементов в печени крыс при хронической алкогольной интоксикации с последующим введением уксуснокислого цинка.

Исследования проводили на белых беспородных крысах (самцах) массой 180-200 г, которые содержались на стандартном рационе вивария со свободным доступом к воде. Животные были поделены на 3 группы. 1-я группа – контрольные животные; 2-я группа – крысы с ХАИ, которая вызывалась по стандартной методике М.Х. Халилова и Ш.А. Закирходжаева; 3-я группа – крысы с ХАИ, которым дополнительно вводили уксуснокислый цинк в дозе 0,2 г на 100 г массы животного, начиная с 14-х суток развития ХАИ. Ткань печени получали по стандартной методике на 14-е и 28-е сутки развития ХАИ и на 7-е и 14-е сутки введения уксуснокислого цинка. В качестве исследуемых микро- и макроэлементов мы выбрали Zn, K, Na, Ca, Mg, содержание которых определялось с использованием атомно-эмиссионного спектрометра «IRIS Intrepid II XDL» (ICP AES). Статистическую обработку результатов проводили с использованием t-критерия Стьюдента при  $p < 0,05$ .

Показано, что развитие ХАИ сопровождается постепенным снижением содержания Mg, K и Zn и увеличением содержания Na, в гомогенате печени крыс, начиная с 14-х суток введения этанола, по сравнению с контролем, содержание  $Ca^{2+}$  при этом не изменялось. Особенно выраженные изменения исследуемых показателей наблюдались на 28-е сутки развития ХАИ. Введение уксуснокислого цинка на фоне ХАИ приводило к постепенному увеличению содержания  $Mg^{2+}$  и нормализации содержания  $Zn^{2+}$ . Содержание  $Ca^{2+}$  и  $Na^{+}$  при введении уксуснокислого цинка статистически достоверно не изменялось.

Таким образом, можно заключить, что развитие хронической алкогольной интоксикации сопровождается изменением содержания макро- и микроэлементов в печени крыс. Введение уксуснокислого цинка на фоне ХАИ приводило к постепенной нормализации исследуемых параметров.

## Г

### 49. Характеристика пациентов с хроническим обструктивным панкреатитом

Гаврилина Н.С.<sup>2</sup>, Седова Г.А.<sup>1</sup>, Косюра С.Д.<sup>1,2</sup>, Федоров И.Г.<sup>1,2</sup>, Сторожаков Г.И.<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>РНМИУ им. Н.И. Пирогова, <sup>2</sup>Городская клиническая больница № 12, Москва, Россия

**Цель исследования:** охарактеризовать социальный и трофологический статус (СС и ТС) у больных с хроническим обструктивным панкреатитом (ХОП).

**Материалы и методы.** Проведен анализ обследования 85 пациентов с ХОП (возраст от 18 до 80 лет), наблюдавшихся в гастроэнтерологическом отделении. Диагноз ХОП ставился на основании жалоб, данных физикального осмотра и лабораторно-инструментального обследования (показатели клинического и биохимического анализа крови, исследования уровня фекальной эластазы-1, УЗИ органов брюшной полости, ЭГДС, по показаниям – КТ). У всех пациентов исследовали ТС. По разработанной анкете оценивался СС. Для определения стадии заболевания использована классификация хронического панкреатита, предложенная Buchler.

**Результаты.** Обследованы 85 человек – 65 (76,5%) женщин и 20 (23,5%) мужчин, средний возраст 64,8 и 50,4 года соответственно. Средний индекс массы тела в группе мужчин составил 23,6, в группе женщин – 27,9. Работают 14 (16,5%) человек, не работают

38 (45%), инвалиды 2 группы – 26 (30,5%) человек, инвалиды 3 группы – 7 (8%). У 23 человек исследован уровень фекальной эластазы-1. Панкреатическая недостаточность выявлена у 6 (26%) пациентов, сахарный диабет 2 типа (СД) – у 29 (34%), стадия А – у 24 (28,5%) человек, стадия В – у 11 (13%), стадия С1 – у 6 (7%), стадия С2 – у 29 (34%), стадия С3 – у 15 (17,5%).

**Выводы.** Среди пациентов с ХОП преобладали женщины с избыточной массой тела, имеющие группу инвалидности. В 34% случаев ХОП отмечается наличие СД 2 типа, а в 58,5% случаях диагноз ставился на стадии С, демонстрируя тем самым тяжесть заболевания и тяжелый жизненный и профессиональный прогноз.

### 50. Анализ отдаленных результатов хирургического лечения больных раком желудка

Гаганов Л.Е., Казанцева И.А., Гуревич Л.Е.  
 МОНИКИ, Москва, Россия, e-mail: leo-gann@mail.ru

**Цель исследования:** оценить скорректированную безрецидивную выживаемость больных раком желудка, карциномы которых различались по профилю экспрессируемых гликопротеинов (муцина-1, -2, -5AC, -6 типов и CD10).

**Материалы и методы.** Прослежены отдаленные результаты радикального хирургического лечения 45 больных раком желудка, оперированных в МОНИКИ в 2005-2007 гг. с карциномами 2-й и 3-й гистологических стадий. В предыдущих исследованиях на основе иммуногистохимической экспрессии муцинов и CD10 карциномы в операционном материале были разделены на 3 фенотипа: «желудочный», «кишечный» и «смешанный». В настоящем исследовании провели анализ скорректированной безрецидивной выживаемости в группах больных, имеющих карциномы желудочного (n=27) и смешанного (n=17) фенотипов; группу кишечного фенотипа сочли не репрезентативной (n=1). Анализ выживаемости проводили без учета локализации опухоли в желудке, а также наличия или отсутствия метастазов в регионарные лимфатические узлы. Статистический анализ проводили методом Каплана-Мейера (лог-ранговый тест), а также вычислением критерия  $\chi^2$ .

**Результаты.** Анализ отдаленных результатов лечения показал, что 1-, 3- и 4-летняя выживаемость составила 84%, 24%, 20% соответственно. Среди пациентов с карциномами желудочного фенотипа рака желудка не менее чем 4-летняя скорректированная безрецидивная выживаемость составила 26%, смешанного – 12% (p=0,04).

**Выводы.** По результатам одновариантного анализа установлено, что четырехлетняя скорректированная безрецидивная выживаемость больных раком желудка зависела от фенотипа карциномы и была достоверно выше в группе пациентов, имеющих желудочный фенотип рака.

### 51. Выявление галектина-3 в карциномах желудка

Гаганов Л.Е., Казанцева И.А., Гуревич Л.Е.  
 МОНИКИ, Москва, Россия, e-mail: leo-gann@mail.ru

**Цель исследования:** иммуногистохимическое (ИГХ) выявление галектина-3 (gal-3) в фенотипах карцином желудка, различающихся по профилю экспрессируемых гликопротеинов (муцина-1, -2, -5AC, -6 типов и CD10).

**Материалы и методы.** Исследованы карциномы 55 больных раком желудка, оперированных в МОНИКИ в 2005-2007 гг. ИГХ исследование проводили ПАП-методом на парафиновых срезах по стандартному протоколу. В соответствии с экспрессией муцинов и CD10 в предыдущих исследованиях выделили 3 фенотипа карцином: «желудочный» (n=31), «кишечный» (n=2) и «смешанный» (n=22). В настоящем исследовании оценивали ИГХ экспрессию gal-3 в указанных фенотипах как число gal-3-позитивных опухолевых клеток на 100 учтенных в репрезентативных полях зрения при увеличении 400, выраженное в процентах. Реакцию считали состоявшейся при окрашивании более 5% опухолевых клеток. Экспрессию gal-3 в 5-25% клеток расценивали как редкую, в 26-50% – умеренную, более чем в 50% – частую. Сравнение частот проводили вычислением критерия  $\chi^2$  с использованием показателей экспрессии карцином желудочного

и смешанного фенотипов. Группу карцином кишечника фенотипа сочли не репрезентативной (всего 2 наблюдения).

**Результаты.** Экспрессия gal-3 выявлена в 91% (50/55) карцином желудка. В опухолевых клетках желудочного фенотипа частая, умеренная и редкая экспрессия gal-3 обнаружена в 16, 9 и 6 наблюдениях соответственно (из 31); в опухолевых клетках смешанного фенотипа – в 5, 5 и 7, отсутствовала – в 5 случаях (из 22). В карциномах кишечника фенотипа встречалась только редкая экспрессия gal-3 (2 из 2 случаев). Показано, что количество gal-3-позитивных опухолевых клеток достоверно меньше в смешанном фенотипе карцином желудка, чем в желудочном фенотипе ( $p=0,01$ ).

**Выводы.** В желудочном и смешанном фенотипе карцином желудка экспрессия gal-3 неоднородна, что свидетельствует об их различном злокачественном потенциале.

## 52. Выявление тенасцина-С в строме карцином желудка

Гаганов Л.Е., Казанцева И.А., Гуревич Л.Е.

МОНИКИ, Москва, Россия, e-mail: leo-gann@mail.ru

**Цель исследования:** иммуногистохимическое (ИГХ) выявление экспрессии тенасцина-С в стромальном компоненте различных фенотипов карцином желудка, различающихся по профилю экспрессируемых гликопротеинов (муцинов-1, -2, -5АС, -6 типов и CD10).

**Материалы и методы.** Исследованы карциномы 55 больных раком желудка, оперированных в МОНИКИ в 2005-2007 гг. Возраст пациентов 27-75 лет, мужчин 30, женщин 25. ИГХ исследование проводили ПАП-методом на парафиновых срезах по стандартному протоколу. В соответствии с экспрессией муцинов и CD10 в предыдущих исследованиях выделили 3 фенотипа карцином: «желудочный» ( $n=31$ ), «кишечный» ( $n=2$ ), «смешанный» ( $n=22$ ). В настоящем исследовании определяли тенасцин-С в стромальном компоненте указанных фенотипов. Учитывали отчетливую иммунореактивность фибробластов и/или межклеточного матрикса в репрезентативных полях зрения при увеличении 400. Сравнение частот проводили вычислением критерия  $\chi^2$  с использованием показателей экспрессии карцином желудка и смешанного фенотипов. Группу карцином с кишечным фенотипом сочли не репрезентативной (всего 2 наблюдения).

**Результаты.** Тенасцин-С был выявлен в строме 89% (49/55) карцином желудка. В 29% (14/49) случаев экспрессию тенасцина-С наблюдали в фибробластах, в 71% (35/49) – в межклеточном матриксе. В карциномах желудочного фенотипа стромальная экспрессия тенасцина-С выявлена в 90% (28/31) наблюдений, смешанного – в 91% (20/22), кишечного – в 1 из 2 случаев. Сравнительный анализ не выявил различий в частоте стромальной экспрессии тенасцина-С желудочным и смешанным фенотипами карцином желудка ( $p=1$ ).

**Выводы.** Частота стромальной экспрессии тенасцина-С желудочным и смешанным фенотипами карцином желудка сходна.

## 53. Выявление цитокератина 19 в карциномах желудка

Гаганов Л.Е., Казанцева И.А., Гуревич Л.Е.

МОНИКИ, Москва, Россия, e-mail: leo-gann@mail.ru

**Цель исследования:** иммуногистохимическое (ИГХ) выявление экспрессии цитокератина (СК) 19 в фенотипах карцином желудка, различающихся по профилю экспрессируемых гликопротеинов (муцинов-1, -2, -5АС, -6 типов и CD10).

**Материалы и методы.** Исследованы карциномы 55 больных раком желудка, оперированных в МОНИКИ в 2005-2007 гг. ИГХ исследование проводили ПАП-методом на парафиновых срезах по стандартному протоколу. В соответствии с экспрессией муцинов и CD10 в предыдущих исследованиях выделили 3 фенотипа карцином: «желудочный» ( $n=31$ ), «кишечный» ( $n=2$ ) и «смешанный» ( $n=22$ ). В настоящем исследовании оценивали ИГХ экспрессию СК19 в указанных фенотипах как число СК19-позитивных опухолевых клеток на 100 учтенных в репрезентативных полях зрения при увеличении 400, выраженное в процентах. Реакцию считали положительной при наличии более 5% позитивных опухолевых клеток. Сравнение частот проводили вы-

числением критерия  $\chi^2$  с использованием показателей экспрессии карцином желудка и смешанного фенотипов. Группу карцином кишечника фенотипа сочли не репрезентативной (всего 2 наблюдения).

**Результаты.** Установлено, что карциномы желудочного фенотипа экспрессировали СК19 в 74% (23/31) наблюдений, смешанного – в 100% (22/22), кишечного – не экспрессировали СК19 (0/2). Сравнительный анализ показал: карциномы смешанного фенотипа достоверно чаще экспрессировали СК19 по сравнению с карциномами желудочного фенотипа ( $p<0,015$ ).

**Выводы.** Частота экспрессии СК19 желудочным и смешанным фенотипами карцином желудка неоднородна, что свидетельствует об их различном злокачественном потенциале.

## 54. Изучение иммунореактивности карцином желудка к цитокератину 19

Гаганов Л.Е., Казанцева И.А., Гуревич Л.Е.

МОНИКИ, Москва, Россия, e-mail: leo-gann@mail.ru

**Цель исследования:** изучение иммуногистохимической (ИГХ) реактивности фенотипов карцином желудка к цитокератину (СК) 19, различающихся по профилю экспрессируемых гликопротеинов (муцинов-1, -2, -5АС, -6 типов и CD10).

**Материалы и методы.** Исследованы карциномы 55 больных раком желудка, оперированных в МОНИКИ в 2005-2007 гг. ИГХ исследование проводили ПАП-методом на парафиновых срезах по стандартному протоколу. В соответствии с экспрессией муцинов и CD10 в предыдущих исследованиях выделили 3 фенотипа карцином: «желудочный» ( $n=31$ ), «кишечный» ( $n=2$ ), «смешанный» ( $n=22$ ). В настоящем исследовании оценивали ИГХ реактивность выделенных фенотипов к СК19 по двум параметрам: количеству позитивных к СК19 опухолевых клеток и интенсивности ИГХ реакции. Положительную ИГХ реакцию в 5-25% клеток расценивали как 1 балл, 26-50% – 2, более 50% – 3, менее 5% – 0 баллов; в то же время бледно-желтое ИГХ окрашивание цитоплазмы оценивали в 1 балл, желто-коричневое – 2, темно-коричневое – 3 балла. Сумма баллов характеризовала ИГХ реактивность карцином к СК19: 2 балла – слабая реактивность, 3-4 – умеренная, 5-6 – высокая. Сравнение частот проводили путем вычисления критерия  $\chi^2$  с использованием показателей реактивности карцином желудка и смешанного фенотипов (в карциномах кишечника фенотипа экспрессия СК19 не выявлена).

**Результаты.** Карциномы желудочного фенотипа имели высокую реактивность к СК19 в 42% (13/31) наблюдений, умеренную – в 58% (18/31); карциномы смешанного фенотипа – высокую в 86% (18/21), умеренную – в 14% (3/21). Сравнительный анализ показал: карциномы смешанного фенотипа имели большую ИГХ реактивность к СК19, чем карциномы желудочного фенотипа ( $p=0,004$ ).

**Выводы.** ИГХ реактивность желудочного и смешанного фенотипов карцином желудка к СК19 неоднородна, что свидетельствует об их различном злокачественном потенциале.

## 55. Каши быстрого приготовления на соево-злаковой основе для питания больных целиакией и непереносимостью компонентов коровьего молока

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

ВНИИ жиров, Санкт-Петербург, Россия

**Цель исследования:** разработать рецептуры и технологии каш быстрого приготовления на соево-злаковой основе и изучить возможность использования их в питании людей с непереносимостью глютена и компонентов коровьего молока.

**Материалы, методы, результаты.** Отделом детского и лечебно-профилактического питания ВНИИЖ разработана технология получения безглютеновых каш с добавлением сухой соевой основы, изолята соевого белка, сухой яблочной клетчатки, сухих плодовоовощных порошков, витаминных премиксов, фруктозы. Среди разработанных рецептур «Каша пшеничная с тыквой», «Каша пшенично-рисовая с яблоком и тыквой», «Каша рисовая с курагой» и другие. Каши прошли апробацию в стационарах Санкт-

Петербурга (СЗГМУ им. И.И. Мечникова), которая свидетельствует о хорошей переносимости и выраженной клинической эффективности использования их как в питании людей с непереносимостью глютена и лактозы различной этиологии и снижением нутритивного статуса, так и в рационе больных диабетом, с заболеваниями билиарного тракта и сердечно-сосудистой системы. Одна порция каш моментального приготовления (50-70 г сухого продукта) удовлетворяет потребность организма в витаминах, минеральных веществах и пищевых волокнах на 20-30% как за счет натуральных компонентов, так и благодаря внесению премикса. Использование сухой соевой основы и порошка измельченной оболочки кедровых орехов, яблочных, тыквенного и других растительных компонентов обогащает продукт биологически полноценными белками, жирами, витаминами и минералами в легкоусвояемой форме и придает ему пребиотические свойства (в том числе олигосахариды сои и инулин цикория).

- 56. Эффективность эрадикационной терапии у больных язвенной болезнью по данным гастроэнтерологического центра города Саранска**  
Герасименко И.В., Зверева С.И., Козлова Л.С.,  
Литюшкина М.И., Строкова О.А.  
МГУ им. Н.П. Огарева, Саранск, Россия

Цель исследования: проанализировать эффективность эрадикационной терапии у больных язвенной болезнью (ЯБ) по данным гастроэнтерологического центра г. Саранска.

Материалы и методы исследования. Проведено обследование 60 больных ЯБ, ассоциированной с *H. pylori* (Hр). Среди них 31 пациент (1-я группа) получали тройную терапию (20 мг омепразола 2 раза в день, 500 мг кларитромицина 2 раза в день и 1000 мг амоксициллина 2 раза в день в течение 10 дней) и 29 пациентов (2-я группа) принимали в качестве противоязвенной терапии омепразол в дозе 20 мг 2 раза в день, амоксициллин 1000 мг 2 раза в день и де-нол 120 мг 4 раза в день в течение 10 дней. Идентификация возбудителя проводилась до и после проведенной эрадикационной терапии с помощью дыхательного «Хелик»-теста. Эрадикация считалась успешной при наличии отрицательного результата «Хелик»-теста.

В ходе обследования было выявлено, что у пациентов 1-й группы эффективность эрадикационной терапии оказалась невысокой и составила 67%, что, по всей видимости, обусловлено растущей резистентностью Hр к кларитромицину и амоксициллину, которая связана с широким использованием этих антибиотиков для лечения инфекции дыхательных путей, что, в свою очередь, увеличивает первичную устойчивость к ним Hр. Во 2-й группе обследуемых больных эффективность эрадикации Hр составила 78%. Результат проведенной терапии оказался выше предыдущего, но, тем не менее, не достиг порогового уровня критерия эффективности, что, вероятно, также связано со снижением чувствительности к амоксициллину. Таким образом, данные схемы противоязвенной терапии не превысили минимальный порог эффективности эрадикации в 80%, что может свидетельствовать о циркуляции устойчивых к применяемым антибиотикам штаммам Hр среди больных ЯБ в г. Саранске.

- 57. Характеристика *Candida spp.*, выделенных при дисбиозе кишечника**  
Годовалов А.П., Быкова Л.П.  
Пермская ГМА им. акад. Е.А. Вагнера, Россия,  
e-mail: AGodvalov@gmail.com

Цель исследования: изучение роли грибов рода *Candida* в развитии дисбиотических состояний кишечника.

Грибы рода *Candida* при дисбиозе кишечника выявлены в 3,6-14,9% случаев в разные годы наблюдения. За период 2003–2005 гг. во всех случаях выделения грибов рода *Candida* количество их превышало 10<sup>5</sup> КОЕ/г. В спектре видов *Candida* за весь анализируемый период доминирует *C. albicans*, однако в последние годы количество случаев выделения *C. albicans* при дисбиозе снижается (до 66,7%). Среди других видов *Candida*, выделенных при дисбиозе, наиболее часто встречается *C. kruzei* (16-20% случаев). Реже

встречаются *C. pseudotropicalis* (16%), *C. guilliermondii* (10%) и *C. tropicalis* (10%). При анализе ассоциаций выделенных грибов с бактериями установлено следующее. Отмечено снижение частоты выделения грибов рода *Candida* в ассоциации со *Staphylococcus aureus* (с 40% до 25%), увеличение частоты ассоциации с повышенным количеством *Escherichia coli* (с 33% до 67%). В ассоциациях с *E. coli* увеличилась удельная доля гемолитических (с 20% до 33%) и лактозонегативных вариантов (с 20% до 60%). Реже стали встречаться ассоциации грибов рода *Candida* с повышенным количеством условно патогенных энтеробактерий (*Klebsiella spp.*, *Citrobacter spp.* и др.) и ассоциации грибов рода *Candida* со сниженным количеством *Bifidobacterium spp.* (с 75% до 25%). В то же время количество ассоциаций грибов рода *Candida* со сниженным количеством молочнокислых бактерий увеличилось до 42%. Таким образом, в последние годы выявлено увеличение случаев обнаружения грибов рода *Candida* при дисбиозе кишечника, с преобладанием *C. albicans* и преимущественным формированием ассоциаций с грамотрицательной бактериальной флорой.

- 58. Первый опыт применения препарата «Закофальк®» в Санкт-Петербурге**  
Голофеевский В.Ю.  
Военно-медицинская академия, Санкт-Петербург, Россия,  
e-mail: vggolf@yandex.ru

Цель исследования: наблюдение за клиническим течением синдромов заболеваний кишечника при включении в комплексную терапию препарата «Закофальк® NMX»

Обоснование. Закофальк представляет собой оригинальный комбинированный препарат на мультиматричной основе с медленным суточным высвобождением, содержит короткоцепочечную масляную кислоту (бутират натрия) и инулин. Действие препарата, прошедшего клинические исследования во многих странах Европы, направлено на поддержание функций нормальной микрофлоры кишечника (пребиотические свойства) и энергетическую поддержку эпителиальных клеток слизистой оболочки толстой кишки.

Результаты. К настоящему времени курс терапии завершили 56 пациентов. Закофальк назначали по 1 таблетке 1 раз в день в течение 2-3 месяцев. Показаниями для назначения препарата служили клинические проявления кишечной диспепсии или очевидного синдрома раздраженного кишечника. Основными диагнозами у пациентов были: желчнокаменная болезнь (8), хронический панкреатит (9), язвенный колит и болезнь Крона (12), дивертикулез толстой кишки (5), СРК (после комплексного обследования) – 22.

Предварительные итоги. Побочные эффекты отсутствовали, что подтверждает высокую безопасность препарата, доказанную в мультицентровых европейских исследованиях. Курс терапии в течение 2-3 месяцев является оптимальным. Имеет место очевидное улучшение клинической симптоматики и ускорение наступления ремиссии при ряде синдромов и нозологических состояний. Наиболее отчетливо регрессировали симптомы метеоризма, абдоминальной боли. Дальнейшие наблюдения должны показать количественные характеристики этих эффектов. Лекарственные отрицательные взаимодействия отсутствовали. Таким образом, препарат «Закофальк® NMX» можно и целесообразно включать практически в любые схемы терапии синдромов патологии кишечника.

- 59. Особенности эзофагогастродуоденальной патологии у лиц, работающих на объектах для хранения и уничтожения химического оружия**  
Голофеевский В.Ю., Фомичев А.В., Goverдовский Ю.Б.,  
Потапов П.К., Лантухов Д.В.  
Военно-медицинская академия, Санкт-Петербург, Россия,  
e-mail: vggolf@yandex.ru

Обоснование. Частота хронических гастритов и язвенной болезни у лиц, работающих на объектах для хранения и уничтожения химического оружия, достоверно выше в сравнении со средними показателями.

**Материал и методы.** Согласно Инструкции ГВМУ (2006) путем случайной выборки стационарно были обследованы 276 специалистов, участвующих в технологических процессах по уничтожению высокотоксичных химических соединений. Выполняли эзофагогастродуоденоскопию, прицельную биопсию и Хелпил-тест (период 2008-2012 гг.).

**Результаты.** Жалобы на абдоминальные боли предъявляли всего 4% пациентов, на проявления желудочной диспепсии – 28%. Но (!) при ФЭГДС у 90% были выявлены разные патологические изменения пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки. Так, грыжи пищеводного отверстия диафрагмы обнаружены у 25%, пациентов недостаточность кардии – в 15% случаев, гастроэзофагеальный рефлюкс – в 14%, признаки эзофагита – в 14%. Часто имелось их сочетание. Признаки гастрита обнаружены в 60% случаев, включая эрозивный гастрит в 18%, выраженный дуоденогастральный рефлюкс – в 13% случаев. Признаки бульбита и эрозии луковицы – в 35%, деформация – в 18%, язвы луковицы двенадцатиперстной кишки – в 7% случаев. Инфицированность *Helicobacter pylori* была обнаружена (2 методами) в 96% случаев.

**Заключение.** Результаты свидетельствуют о формировании значимой эзофагогастродуоденальной патологии у лиц данной категории. Особенностью является малосимптомность и ассоциированность в большинстве случаев с инфекцией *H.pylori*. Это диктует необходимость обязательного включения эндоскопии в режим диспансерного наблюдения за этой категорией специалистов с разработкой адекватных лечебно-профилактических мероприятий.

#### 60. Эколого-гигиеническая характеристика конституциональных особенностей и статуса питания учащихся кадетских корпусов

Голощапов О.Д., Андриянов А.И., Сметанин А.Л., Дарьина Н.И., Лазаренко Л.П.

Военно-медицинская академия, Санкт Петербург, Россия

**Целью работы** являлась комплексная оценка статуса питания, здоровья и работоспособности кадетов в связи с их конституционально-типологическими особенностями.

**Материалы и методы.** Были обследованы 48 учащихся кадетов корпуса имени Петра Великого, получающих кадетский паек (вариант нормы 6 приказа Министра обороны Российской Федерации от 2000 г. № 400).

Обследование включало оценку физического развития (антропометрия, калиперометрия с последующим определением процента жира в организме, индекса массы тела, соматотипа), статуса питания. Кроме того, проводилось исследование ряда показателей белкового, жирового, углеводного обмена, выявление клинических признаков витаминной недостаточности.

**Результаты.** Конституциональная диагностика выявила в основном три типа конституции: торакальный, мышечный, дигестивный, к которым было отнесено 70% исследуемого контингента.

По полученным данным нормальный пищевой статус имели 80% кадетов. На фоне растущего организма и высокого уровня физических и психоэмоциональных нагрузок рацион питания препятствовал развитию белково-энергетического дефицита. Отсутствие отрицательной динамики содержания жира и величины КЖС по сравнению с фоновыми значениями свидетельствовало в основном об энергетической адекватности питания.

Однако у 30% воспитанников были отмечены признаки витаминной недостаточности группы В и С, что было обусловлено, по-нашему мнению, повышенным расходом витаминов в растущем организме, а с другой стороны, глубоким предшествующим витаминным дефицитом в результате неадекватного витаминного состава рациона.

Дальнейшие исследования в этом направлении позволят разработать критерии оценки нарушений пищевого статуса, методы их коррекции, улучшить здоровье учащихся, оптимизировать их военно-профессиональную адаптацию.

#### 61. Применение сухих питательных смесей в лечебном питании военнослужащих с травмами челюстно-лицевой области

Голощапов О.Д., Тегза Н.В., Андриянов А.И., Сметанин А.Л., Аксенова В.П.

Военно-медицинская академия, Санкт Петербург, Россия

**Цель настоящего исследования** заключалась в медико-экономическом обосновании применения сухих питательных смесей в лечебном питании военнослужащих с травмами и заболеваниями ЧЛЮ в лечебных учреждениях МО РФ.

**Пациенты.** Всего были обследованы 138 человек мужского и женского пола в возрасте от 18 до 67 лет, проходивших лечение в клинике ЧЛХ ВМедА. В течение всего периода лечения больные с травмами и воспалительными заболеваниями, которые были включены в контрольные группы наблюдения, получали питание в рамках соответствующих челюстных диет по норме лечебного пайка. У включенных в опытные группы наблюдения пациентов с травмами и воспалительными заболеваниями ЧЛЮ использовали СПС, при этом больные с травмами ЧЛЮ получали СПС «Нутриен Остео», а с воспалительными заболеваниями – «Нутриен Стандарт».

**Клинические и лабораторные методы исследования.** Во всех опытных и контрольных группах оценку статуса питания пациентов осуществляли на 1-е, 3-и, 5-е и 10-е сутки заболевания и в день выписки общепринятыми соматометрическими методами, которые включали определение индекса массы тела (ИМТ) (процента содержания жира в организме (ПСЖО), окружности мышц плеча (ОМП).

Помимо этого, для оценки статуса питания обследованных пациентов использовали ряд лабораторных и биохимических показателей крови и мочи, которые являются наиболее значимыми маркерами белкового, жирового, углеводного, витаминного, минерального обмена, а также воспалительного и регенеративного процессов (содержание в крови лейкоцитов, эритроцитов, гемоглобина, показатель скорости оседания эритроцитов – СОЭ).

**Полученные результаты.** В исследовании было доказано, что использование СПС «Нутриен Остео» и «Нутриен Стандарт» в комплексном лечении пациентов с травмами и воспалительными заболеваниями ЧЛЮ, как правило, вне зависимости от формы травмы, улучшает динамику нормализации у них всех видов обмена веществ, ускоряет восстановление соматометрических показателей статуса питания.

#### 62. Послеоперационный мониторинг качества жизни у пациентов с воспалительными заболеваниями кишечника

Гольшева С.В.

Первый МГМУ им. И.М. Сеченова, Москва, Россия

При оценке ранних и отдаленных последствий хирургических вмешательств метод оценки качества жизни (КЖ) является одним из ключевых. Он позволяет детально проанализировать изменения КЖ больных и выявить проблемы, возникшие после операции.

**Цель исследования:** оценка КЖ больных воспалительными заболеваниями кишечника (ВЗК) после операции.

**Материалы.** В работе использована база данных сектора колопроктологии (458) и группы углубленного изучения больных (215), которая была выделена методом случайной выборки и прошла анкетирование в динамике.

**Методы.** Использовались международные опросники IBDQ и OAS. Данные опросники модифицированы в соответствии с поставленными в работе задачами. Для динамического наблюдения разработан дневник пациента, включавший в себя указанные опросники.

**Результаты.** Из 215 пациентов, прошедших анкетирование, хирургическое лечение проведено 38 (17,6%), из них 31 человек (81,6%) страдал БК, 7 (18,4%) – ЯК. Больные опрашивались до, после и через год после хирургического вмешательства. Результаты анкетирования больных перед операцией свидетельствовали, что снижение КЖ до операции отмечалось по всем показате-

лям, и эти показатели были значительно ниже, чем у лиц, находящихся на консервативном лечении. Выявлена достоверная связь между снижением показателей кишечного фактора и системными, эмоциональными, социальными показателями ( $p=0,002, 0,0002, 0,01$  соответственно). Анализ анкетирования оперированных больных после и через год после операции свидетельствовал о статистическом увеличении показателей, определяющих КЖ у больных ВЗК.

**Заключение.** Разработанный в процессе выполнения исследования дневник по определению КЖ больных ВЗК дает возможность наиболее полной оценки КЖ каждого больного, коррекции лечения и прогнозирования клинического течения заболевания.

### 63. Случай диагностики легочно-кишечной формы муковисцидоза при первом эпизоде бронхиальной обструкции

Гончар Н.В.<sup>1</sup>, Валетова Л.Г.<sup>2</sup>

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

При рецидивах обструктивного бронхита у детей необходимо исключать диагноз муковисцидоза (МВ). Легочную форму выявляют в 15-20% случаев, прогноз зависит от тяжести поражений бронхолегочной системы.

Даша 4 лет поступила в тяжелом состоянии с признаками дыхательной недостаточности (одышка, ЧДД 50/мин), интоксикации (вялость, серый колорит кожи,  $t=38^{\circ}\text{C}$ ), катаральных явлений (сухой кашель, гиперемия зева), гипотрофии (масса тела 13 кг). Родилась путем кесарева сечения доношенной с массой 2800 г. В психомоторном развитии не отставала. К 1 году масса тела 8125 г, отмечена задержка роста. Эндокринной патологии не выявлено. Генетиками заподозрен синдром мальабсорбции, обследование не проводилось. Привита по возрасту. Наследственность отягощена по дерматиту. В стационаре синдром обструкции был купирован через 10 дней, далее сохранялся кашель. В анализе крови лейкоциты  $6,7 \cdot 10^9/\text{л}$ , палочкоядерный нейтрофилиз 19%, гемоглобин 119 г/л, тромбоцитоз  $691 \cdot 10^9/\text{л}$ , СОЭ 2 мм/час. На рентгенограмме легких без очаговых и инфильтративных изменений, вздутие легочной ткани. Антител к коклюшу, параккоклюшу, *M. pneumoniae*, *Ch. pneumoniae* не найдено. Общий IgE в норме. Специфических IgE на бытовые, пыльцевые, пищевые, грибковые аллергены не выявлено. Кожные пробы на бытовые аллергены и ДТК на пищевые аллергены отрицательные. В копрограмме стеаторея, амилорея. Серологический скрининг на целиакию отрицательный. Отмечены УЗИ-признаки диффузных изменений панкреас. Эластаза в кале резко снижена.

Учитывая наличие обструктивного бронхита, гипотрофии, экзокринной недостаточности панкреас, исследовали пять полиморфизмов гена CFTR, ответственного за развитие МВ. В результате анализа выявлена гомозиготная мутация в позиции F508del. Таким образом, у ребенка с первым эпизодом бронхиальной обструкции была диагностирована легочно-кишечная форма МВ.

### 64. Внешнесекреторная функция печени и поджелудочной железы у крыс при экспериментальном некротическом панкреатите

Горенко З.А., Гринченко О.А., Цапенко П.К., Матейчук М.Н.

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

Опыты проведены на самцах белых лабораторных крыс массой 200-280 г. Острый некротический панкреатит моделировали L-аргинином (2 г/кг массы тела, внутривенно). Через 24 часа после введения L-аргинина животных анестезировали уретаном (1 г/кг массы тела), и после лапаротомии в проксимальный отдел общего желчного протока вставляли полиэтиленовую канюлю для сбора желчи, а в дистальный отдел – вторую канюлю для сбора панкреатического сока. В течение 3 часов опыта получали шесть 30-минутных порций желчи и три 60-минутных порции панкреа-

тического сока, учитывая их объем в микролитрах. Контролем были опыты с внутривенным введением животным физиологического раствора. Результаты наших исследований показали, что в течение опыта у крыс контрольной группы количество выделяемой желчи постепенно уменьшается, и разница между первой и шестой пробой составляет 15-20%. У животных с некротическим панкреатитом объемная скорость холереза в течение опыта изменяется мало (по отношению к исходному уровню), однако статистически достоверно (на 50-60%) превышает контрольные показатели в 3, 4, 5 и 6-м полуторачасовых промежутках. При этом количество панкреатического сока во всех трех часовых пробах опыта больше контрольных значений – в первой на 153% ( $p<0,05$ ), во второй на 105% ( $p<0,05$ ), в третьей на 95% ( $p<0,05$ ). В сумме за три часа у крыс с экспериментальным панкреатитом желчи секретировалось на 50% ( $p<0,05$ ), а панкреатического сока на 84% ( $p<0,05$ ) больше, чем у контрольных животных.

Таким образом, наши результаты свидетельствуют о том, что при остром экспериментальном некротическом панкреатите наблюдается стимуляция как внешнесекреторной функции печени, так и поджелудочной железы.

### 65. Содержание $\text{Ni}^{2+}$ в слизистой желудка у больных с патологией ассоциированной с *H.pylori*

Гречушников В.Б., Гречушникова Д.В.

Центральная клиническая больница № 6 ОАО «РЖД», ВНИИ железнодорожной гигиены, Москва, Россия

**Цель исследования:** изучить содержание  $\text{Ni}^{2+}$  в биоптате СОЖ пациентов с патологией, ассоциированной с *H.pylori*.

**Материал и методы.** Обследованы 78 пациентов (мужчин 30, женщин 48). Средний возраст больных ( $54,8 \pm 0,3$ ) года. Изучение желудка проводилось путем ЭГДС. *H.pylori* определялся тестом на уреазную активность, гистологически. В группу контроля вошли 32 женщины и 17 мужчин. В группе контроля отсутствовали признаки воспаления по данным ЭГДС, *H.pylori* по результатам теста на уреазную активность и по данным гистологии. Больные разделены на две группы в зависимости от характера изменений СОЖ: с эрозивно-язвенными изменениями СОЖ и с поверхностными изменениями СОЖ.

**Результаты.** Полученные данные указывают на повышенное содержание  $\text{Ni}^{2+}$  в биоптатах СОЖ у больных, инфицированных *H.pylori*, более выраженное при деструктивных изменениях СОЖ. **Заключение.** Повышение содержания  $\text{Ni}^{2+}$  в СОЖ у больных первой группы зависело от степени и характера воспалительных изменений СОЖ, наличия *H.pylori*. Предполагают, что канцерогенное действие  $\text{Ni}^{2+}$  связано с внедрением его в клетки, где он вызывает нарушения ферментных и обменных процессов, в результате которых, возможно, образуются канцерогенные продукты. Никель связывается с РНК, ДНК, вызывая нарушения структуры и функции нуклеиновых кислот. Избыточное содержание никеля в тканях действует разрушающе на хромосомы и другие составляющие клеток, замедляет деятельность гормонов и ферментов, движение ионов по мембранам и снижает иммунную активность, оказывая прямое цитотоксическое действие с повреждением эпителиоцитов в результате кислотно-пептидной агрессии с развитием воспалительно-пролиферативных процессов, нарушением окислительно-проокислительного равновесия.

### 66. О некоторых методах сохранения ремиссии при язвенном колите и болезни Крона

Григорьева Г.А., Гольшева С.В., Полякова Л.В.

Первый МГМУ им. И.М. Сеченова, Москва, Россия

**Введение.** Хронический характер течения язвенного колита (ЯК) и болезни Крона (БК) диктует необходимость двухэтапного лечения. Первый этап предусматривает индукцию ремиссии. Цель второго – сохранение ремиссии. Что касается первого этапа, то в настоящее время достигнуть ремиссии удается у значительного числа больных. Тактика ведения больных на втором этапе до настоящего времени четко не установлена.

**Цель:** определение возможности гипербарической оксигенации (ГБО) и биокомплексов «Нормофлорины» в решении вопросов

минимизации нежелательных явлений, уменьшения риска тяжелых инфекций и улучшения качества жизни пациентов.

**Методы:** клинический, микробиологический, эндоскопический, морфологический.

**Материалы:** группа больных ЯК (277) и БК (242), а также группа углубленного исследования для определения влияния нормофлоринов в поддержании ремиссии (37 больных с ВЗК). Группу сравнения, соответствующую по полу и возрасту основной, составили 30 пациентов, в лечении которых не использовался метод ГБО.

**Результаты.** Анализ полученных результатов позволил разработать рациональные схемы применения ГБО в зависимости от формы заболевания и характера клинического течения. Доказана необходимость проведения повторных курсов ГБО с частотой 2 раза в год при обострениях и 1 раз в год при сохраняющейся ремиссии. Нормофлорины, так же как и ГБО, следует включать во втором этапе лечения ВЗК для коррекции имеющихся дисбиотических нарушений. Восстановление кишечной микробиоты толстой кишки в группе больных, не получавших ГБО, происходит медленнее, чем при совместном применении нормофлоринов и ГБО. Нормофлорин-Б способствует быстрому устранению явлений длительного дискомфорта в прямой кишке при ЯК в форме проктита, что значительно улучшает качество жизни больных. Препарат следует назначать как per os, так и в клизмах.

#### 67. Частота макроамилаземии при хроническом панкреатите

Губергриц Н.Б.

Донецкий национальный медицинский университет, Украина

Макроамилаземия не является проявлением хронического панкреатита. Это биохимическая aberrация, которая встречается у 1% здоровых. Однако при различных воспалительных заболеваниях, в том числе при панкреатите, частота макроамилаземии повышается. У пациентов с гиперамилаземией различной этиологии частота макроамилаземии более 8% (J.E. Berk, 1995).

**Цель исследования:** выяснить частоту макроамилаземии при хроническом панкреатите.

**Материалы и методы.** Обследованы 186 больных с хроническим панкреатитом. Диагностику макроамилаземии проводили согласно трехэтапному алгоритму J.E. Berk (1995). На первом этапе определяли активность липазы крови и соотношение клиренсов амилазы и креатинина, на втором проводили осаждение полиэтиленгликолем, на третьем – хроматографию. Обследованы 85 здоровых.

**Результаты.** Макроамилаземия диагностирована у 20 (10,75%) больных с хроническим панкреатитом и у 1 (1,8%) здорового обследованного. У больных в 14 (70,0%) случаях макроамилаземия выявлена уже на первом этапе диагностики, в 5 (25,0%) случаях – на втором этапе. Только у 1 (5,0%) случае для подтверждения макроамилаземии необходимы были все три этапа диагностики.

У 15 (75,0%) больных с макроамилаземией имела место гиперамилаземия, у 5 (25,0%) больных активность амилазы крови была нормальной. Только у 4 (20,0%) больных с макроамилаземией присутствовали клинические симптомы обострения хронического панкреатита, у остальных 16 (80,0%) больных хронический панкреатит был в ремиссии.

**Вывод.** Необходимо учитывать возможность макроамилаземии при хроническом панкреатите (10,75%) в случаях устойчивой гиперамилаземии при отсутствии клинических признаков обострения основного заболевания.

#### 68. Частота генетических мутаций у больных хроническим панкреатитом на Украине

Губергриц Н.Б., Беляева Н.В.

Донецкий национальный медицинский университет, Украина

Доказана возможность генетической предрасположенности к хроническому панкреатиту. На Украине частота мутаций при хроническом панкреатите не изучена.

**Цель:** изучить частоту мутаций различных генов при хроническом панкреатите на Украине.

**Материалы и методы.** Обследованы 68 больных хроническим панкреатитом и 80 здоровых. Диагноз хронического панкреатита формулировали на основании анализа клинических проявлений, а также результатов исследования функционального состояния поджелудочной железы ( $\alpha$ -амилаза крови и мочи, панкреатическая изоамилаза крови и мочи, дебиты уроамилазы, липаза крови, фекальная эластаза-1). Учитывали также результаты сонографии и ультразвуковой гистогграфии поджелудочной железы. Проводили генетическое тестирование для выявления мутаций генов PRSS 1, SPINK 1, CFTR.

**Результаты.** Различные мутации выявлены у 18 (26,5%) больных. Мутации гена PRSS 1 определялись у 5 (27,8%), PRSS 1 + SPINK 1 – у 1 (5,6%), PRSS 1 + CFTR – у 2 (11,1%), CFTR – у 4 (22,1%), CFTR + SPINK 1 – у 1 (5,6%), SPINK 1 – у 5 (27,8%) больных из всех пациентов с мутациями. В настоящее время продолжается генетическое тестирование больных и сопоставление полученных данных с результатами изучения функционального состояния поджелудочной железы и ее ультразвуковой гистогграфии.

**Вывод.** Более чем у четверти больных с хроническим панкреатитом заболевание развивается на фоне генетической предрасположенности.

#### 69. Новые возможности в лечении больных хроническим панкреатитом на фоне ожирения

Губергриц Н.Б., Бондаренко О.А.

Донецкий национальный университет, Львовский национальный медицинский университет, Украина

Доказана эффективность L-карнитина в лечении неалкогольного стеатогепатита (M. Malaquarera et al., 2010). При хроническом стеатогепатите L-карнитин не применяли.

**Цель** изучить эффективность L-карнитина в лечении хронического неалкогольного стеатопанкреатита у больных с ожирением.

**Материалы и методы.** Обследованы 68 больных с хроническим стеатопанкреатитом на фоне ожирения. Больные, злоупотребляющие алкоголем, в исследование не включались. Пациенты были разделены на 2 группы: основную (традиционное лечение хронического панкреатита + L-карнитин 450 мг 3 раза в день в течение месяца) и группу сравнения (только традиционное лечение хронического панкреатита). Обследованы 30 здоровых. Оценивали динамику клинических проявлений, активность панкреатической изоамилазы крови, сонографических изменений поджелудочной железы.

**Результаты.** У больных основной группы абдоминальная боль уменьшалась или исчезала в 2-3 раза чаще, чем в группе сравнения ( $p < 0,01$ ). Активность панкреатической изоамилазы крови в основной группе снизилась достоверно ( $p < 0,01$ ) и нормализовалась. В группе сравнения отмечалась только недостоверная тенденция к снижению панкреатической изоамилазы крови. По результатам сонографии структурные изменения поджелудочной железы после лечения были менее выражены в основной группе.

**Вывод.** L-карнитин эффективен в лечении хронического неалкогольного стеатопанкреатита.

#### 70. Синдром избыточного бактериального роста при внешнесекреторной недостаточности поджелудочной железы у больных с хроническим панкреатитом

Губергриц Н.Б., Гирман В.А.

Донецкий национальный медицинский университет, Украина

Одна из причин недостаточной эффективности заместительной ферментной терапии при хроническом панкреатите – синдром избыточного бактериального роста.

**Цель исследования:** определить особенности синдрома избыточного бактериального роста во взаимосвязи с панкреатической недостаточностью при хроническом панкреатите.

**Материалы и методы.** Обследованы 64 больных с хроническим панкреатитом и 18 здоровых. У них получали секреторный хи-

муиз начальной части тощей кишки путем аспирации с помощью еюнального зонда. Проводилось бактериологическое исследование полученного содержимого. Выполняли фекальный эластазный тест (Schebo, Германия).

**Результаты.** По результатам изучения фекальной эластазы тяжелая панкреатическая недостаточность была выявлена у 5 (7,8%) больных, умеренная – у 26 (40,6%), легкая – у 33 (51,6%). Синдром избыточного бактериального роста диагностирован у 45 (70,3%) больных. Количество микроорганизмов в 1 мл еюнального содержимого у здоровых составило  $(160,0 \pm 51,0)$  КОЕ, тогда как у больных хроническим панкреатитом  $(169,8 \pm 33,5) \times 10^3$  КОЕ ( $p < 0,05$ ). Количество видов бактерий составило  $(0,14 \pm 0,09)$  и  $(1,12 \pm 0,17)$  соответственно ( $p < 0,05$ ). У 29 (43,7%) больных обнаружен 1 вид бактерий, у 6 (9,4%) больных – 2 вида, у 11 (17,2%) – 3 вида. *Enterococcus* выявлен в 16,3% случаев, *B.fecalis* – в 3,5%, *E.coli* – в 39,8%, *E.paracolica* – в 3,6%, *Staphylococcus* – в 18,3% случаев. Имела место корреляция между показателями КОЕ фекальной эластазы-1 ( $\eta = +0,47$ ).

**Вывод.** Синдром избыточного бактериального роста развивается у 70,3% больных с хроническим панкреатитом. Выраженность избыточного бактериального роста зависит от тяжести панкреатической недостаточности.

### 71. Лечение лекарственного панкреатита у больных с туберкулезом легких

Губергриц Н.Б., Клочков А.Е.

Донецкий национальный медицинский университет, Украина

Лечение лекарственного панкреатита не разработано.

**Цель исследования:** оценить эффективность препарата «Гепазил» в лечении больных с лекарственным панкреатитом на фоне туберкулеза легких.

**Материалы и методы.** Обследованы 280 больных с туберкулезом легких. Диагноз лекарственного панкреатита устанавливали при повышении  $\alpha$ -амилазы крови более чем в 3 раза при таком же повышении липазы и панкреатической изоамилазы крови. Проводили сонографию поджелудочной железы. Диагноз лекарственного панкреатита в сочетании с лекарственным гепатитом поставлен 64 (22,9%) больным. Пациентов с панкреатитом разделили на 2 группы. Больные основной группы (28) получали традиционную терапию панкреатита в сочетании с препаратом «Гепазил» на основе продуктов пчеловодства (вначале «Гепазил композитум» на основе маточного молочка, затем – «Гепазил» на основе цветочной пыльцы). Больные группы сравнения (36) получали только традиционное лечение. Обследованы также 30 здоровых.

**Результаты.** У больных основной группы отмечалось достоверное улучшение результатов копроскопии, фекального эластазного теста. Так, если до лечения умеренная панкреатическая недостаточность определялась у 9 (32,1%) больных основной группы, то после лечения – только у одного (3,6%) больного. В группе сравнения – соответственно у 11 (30,6%) и 5 (13,9%) больных. Лечение гепазилом способствовало достоверному снижению активности панкреатической изоамилазы крови. Также в основной группе имела место достоверная положительная динамика трансаминаз и течения туберкулеза легких.

**Выводы.** Двухступенчатое лечение препаратами «Гепазил композитум» и «Гепазил» эффективно при лекарственном панкреатите в сочетании с лекарственным гепатитом у больных с туберкулезом легких.

### 72. Содержание магния в крови, волосах и его корреляционные связи с клиническими и лабораторно-инструментальными данными у больных хроническим панкреатитом

Губергриц Н.Б., Ярошенко Л.А.

Донецкий национальный медицинский университет, Украина

Магний участвует в панкреатической секреции, но его обмен при хроническом панкреатите (ХП) не изучен.

**Цель исследования:** изучить обмен магния при ХП.

**Материалы и методы.** Обследованы 64 больных ХП и 30 здоровых. Всем больным и здоровым определяли уровень магния в крови с помощью наборов Lachema (Чехия) на биохимическом фотометрически-кинетическом анализаторе АВХК-02-«NPP-TM» (Россия). Содержание магния в волосах определяли методом атомно-абсорбционной спектроскопии на анализаторе THERMO ELECTRON (США).

**Результаты.** При анализе содержания магния в крови оказалось, что показатели больных не имеют достоверного отличия от соответствующих показателей здоровых. У больных уровень магния в крови составил  $(0,85 \pm 0,14)$  моль/л, а у здоровых –  $(0,82 \pm 0,11)$  моль/л ( $p > 0,05$ ). У больных содержание магния в волосах было существенно снижено и составляло  $(218,7 \pm 20,9)$  мкг/г, тогда как у здоровых –  $(293,5 \pm 29,6)$  мкг/г ( $p < 0,05$ ). При проведении корреляционного анализа нам удалось выявить ряд взаимосвязей между содержанием магния в волосах и клиническими, лабораторно-инструментальными данными у обследованных больных. Оказалось, что дефицит магния, развивающийся при ХП, влечет за собой усугубление клинических проявлений заболевания (отрицательная корреляция магния волос с выраженностью болевого, диспептического и астенического синдромов). В то же время дефицит магния, вероятно, является результатом внешнесекреторной недостаточности поджелудочной железы (положительная корреляция магния волос с результатами фекального эластазного теста).

**Вывод.** При ХП имеет место дефицит магния, влияющий на тяжесть клинических проявлений и панкреатической недостаточности.

### 73. Роль и место дыхательных тестов в оптимизации лечения больных целиакией

Губская Е.Ю.

Национальный медицинский университет

им. А.А. Богомольца, Киев, Украина,

e-mail: gubskaya\_yelena@mail.ru

**Цель исследования:** изучение причин персистенции клинической симптоматики у больных целиакией, находящихся на безглютеновой диете 6 месяцев.

**Материал и методы.** В исследование включен 41 больной целиакией. Больные находились на безглютеновой диете в течение 6 месяцев. Средний возраст составил  $(35,42 \pm 0,45)$  года, соотношение женщины : мужчины – 1,6:1. У всех больных не было достигнуто состояние полной ремиссии: отсутствовали нормализация частоты и оформленности стула, восстановление массы тела и нормализация ИМТ, у 30% сохранялась боль в животе, вздутие. Лабораторно отмечена нормализация или снижение титров антител к тканевой трансглутаминазе (ТТГ), дезаминированным пептидам глиадина в комплексе с ТТГ (ДПГ/ТТГ) не менее чем в три раза. Сохраняющиеся проявления требовали анализа причин и их коррекции. Программа исследования предусматривала выявление нарушений безглютеновой диеты как основной причины персистенции клинической симптоматики и исключение других причин отсутствия полной ремиссии, а именно, внешнесекреторной недостаточности поджелудочной железы (ВНПЖ), лактазной недостаточности (ЛН) и синдрома избыточного бактериального роста в тонкой кишке (СИБР) при помощи углеродных и водородных дыхательных тестов. С целью диагностики ВНПЖ выполнялся  $^{13}\text{C}$ -триглицеридный дыхательный тест. Для диагностики ЛН и СИБР мы использовали водородные дыхательные тесты с лактозой и D-ксилозой соответственно.

**Результаты.** Нарушение диеты явилось основной причиной персистенции клинической симптоматики в 63%. 37% обследованных (15 больных) (подгруппа 2) диету не нарушали. В качестве причин персистенции симптоматики были выявлены у 19% – ВНПЖ; у 47% – ЛН, у 16% – СИБР в тонкой кишке. У двоих выявлена комбинация ВНПЖ и СИБР, утяжелявшие состояние больных. Коррекция выявленных нарушений позволила достичь полной ремиссии у всех пациентов в течение 1 месяца.

Сделаны выводы о необходимости включения водородных и углеродных дыхательных тестов в комплексную программу обследования больных целиакией с персистенцией клинической симптоматики для достижения полной клинической ремиссии.

#### 74. Значение иммунного ответа в регуляции метаболизма межклеточного матрикса слизистой оболочки толстой кишки при дивертикулярной болезни

Гудкова Р.Б., Потапова В.Б., Левченко С.В.  
ЦНИИ гастроэнтерологии, Москва, Россия,  
e-mail: gastroenter@rambler.ru

**Цель исследования:** оценить влияние провоспалительных цитокинов на метаболизм межклеточного матрикса, включая гиалуронан (Гн) и коллаген IV типа, и структуру слизистой оболочки толстой кишки (СОТК) у больных дивертикулярной болезнью (ДвБ).

**Материал и методы.** У 37 больных ДвБ с множественными дивертикулами (возраст  $(57,6 \pm 9,4)$  года) в плазме крови определяли ИЛ-1 $\beta$ , ИЛ-8, ФНО $\alpha$  («Протеиновый контур», СПб), гиалуроновую кислоту (Гн) и коллаген IV типа (BCM Diagnostics). Биоптаты из устья дивертикула СОТК фиксировали глутаровым альдегидом и осмием, анализировали 1 мкм срезы. Статистическая обработка – по t-критерию Стьюдента.

**Результаты.** При множественных дивертикулах в сыворотке крови повышена концентрация ИЛ-1 $\beta$  –  $(105,9 \pm 26,7)$  пг/мл (в контроле  $(25,9 \pm 5,7)$  пг/мл;  $p < 0,05$ ) и ФНО- $\alpha$  –  $(187,8 \pm 19,5)$  пг/мл (в контроле –  $(23,8 \pm 6,5)$  пг/мл;  $p < 0,05$ ), что свидетельствует об активации иммунного ответа. ИЛ-8 соответствовал возрастной норме  $(47,4 \pm 13,5)$  пг/мл. У 20 больных в сыворотке крови повышена концентрация Гн –  $(158,1 \pm 5,2)$  нг/мл (в контроле  $(24,8 \pm 1,3)$  нг/мл;  $p < 0,05$ ). В собственной пластинке СОТК выявлена гидратация межклеточного матрикса с локальными отеками, неравномерная плотность с участками уплотнений. У 37 больных повышен уровень молекулярного коллагена IV (от 123,4 до 265,5 мкг/л) по сравнению с контролем  $(76,1-101,3)$  мкг/л). Изменения коллагена IV типа, составляющего основу базальной мембраны эпителия и кровеносных сосудов, выявлены в СОТК в виде утолщения, разрыхления и фрагментации этих структур. Выявлен деструктивный процесс в базальной мембране эпителия, наблюдается их расслоение или отсутствие на большем или меньшем протяжении. Иммунный ответ в СОТК проявляется активацией дендритных клеток, пролиферацией макрофагов, содержащих крупные плотные включения.

**Заключение.** При множественных дивертикулах выявлена активация иммунных реакций, сочетающихся с повышением гиалуронана и молекулярного коллагена IV и развитием дистрофического процесса в стенке толстой кишки.

#### 75. Влияние полиморфизма гена остеокальцина (ОК) на минерализацию костей у подростков с хроническим гастроудоденитом (ХГД)

Гузеева О.В.<sup>1</sup>, Костик М.М.<sup>1</sup>, Новикова В.П.<sup>1</sup>, Кузьмина Д.А.<sup>2</sup>, Ларионова В.И.<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>СПбГПМА, <sup>2</sup>СЗГМУ им. И.И. Мечникова, Санкт-Петербург, Россия

**Цель исследования:** изучить ассоциацию HindIII полиморфизма гена ОК с остеопеническим синдромом у подростков с ХГД.

**Материал и методы.** Обследованы 44 ребенка в возрасте от 10 до 17 лет с морфологически верифицированным диагнозом ХГД. Исследования HindIII полиморфизма гена ОК проводились методом ПЦР с последующим рестрикционным анализом. Содержание минерала в костной ткани и минеральная плотность костной ткани (МПК) оценивались методом DXA (L2-L4) на остеоденситометре Hologic QDR-4500 с педиатрической референтной базой. ОК в сыворотке крови определен методом ИФА при помощи тест-системы «NordicBioscienceDiagnostics» A/S N-MID TM. Диагностика хеликобактериоза осуществлялась «Хелпил» тестом, гистологическим методом и прибором «Хеликосенс».

**Результаты.** В группе мальчиков – носителей генотипа Н+ отмечается низкая МПКТ по сравнению с носителями Н– при НР-ХГД ( $p=0,048$ ). У детей – носителей генотипа Н– достоверно более высокие показатели МПКТ ( $t/cm^2$  и Z-критерий) ( $p=0,032$ ,  $p=0,002$  соответственно). В группе мальчиков с НР-ХГД, имеющих Н-генотип МПКТ и Z критерий достоверно выше по срав-

нению с носителями Н+ генотипа ( $p=0,035$ ), так же у девочек с НР+ ХГД были выявлены подобные различия ( $p=0,014$ ). У детей с Н– генотипом уровень ОК был достоверно выше ( $p=0,039$ ), а также в группе девочек с НР+ ХГД носители Н– генотипа имели достоверно высокие значения ОК ( $p=0,036$ ), чем у девочек с генотипом Н+.

**Заключение.** Наличие генотипа Н– у мальчиков с НР+ ХГД, вероятно, оказывает протективный эффект в плане нарушения минерализации скелета.

#### 76. Оценка эффективности неинвазивных методов диагностики *Helicobacter pylori* у больных сахарным диабетом

Гутвирт Н.В., Бычков Н.А.

Львовский национальный медицинский университет  
им. Данила Галицкого, Украина

**Цель исследования:** изучить эффективность диагностики *Helicobacter pylori* у больных сахарным диабетом с помощью антигенного калового теста и <sup>13</sup>С-мочевинного дыхательного теста.

**Материалы и методы.** Обследованы 24 пациента (14 мужчин и 10 женщин, средний возраст  $(37,5 \pm 1,3)$  года) с сахарным диабетом и жалобами со стороны пищеварительного канала. Всем больным определяли *H.pylori* с помощью СИТО TEST *H.pylori* Ag. Для контроля показателей одновременно определяли хеликобактерную инфекцию с помощью <sup>13</sup>С-мочевинного дыхательного теста. Для того чтобы избежать ложнопозитивных результатов, исключали у больных прием до обследования антибактериальных препаратов и препаратов висмута на протяжении 4 недель.

**Результаты.** При помощи эндоскопии верхних отделов пищеварительного канала у всех больных были определены признаки антрального поверхностного и/или эрозивного гастрита/дуоденита: очаги гиперемии, подслизистые геморрагии, эрозии антрального отдела желудка и/или луковицы двенадцатиперстной кишки. Перед назначением лечения всем пациентам определяли наличие *H.pylori* двумя вышеуказанными методами. Инфекция *H.pylori* установлена у 8 (33,3%) больных сахарным диабетом. 16 (66,7%) больных сахарным диабетом с жалобами со стороны пищеварительного канала не имеют хеликобактериоза. Диагностировано полное совпадение антигенного калового теста и <sup>13</sup>С-мочевинного дыхательного теста.

**Выводы.** <sup>13</sup>С-мочевинный дыхательный тест и антигенный каловый тест одинаково эффективны в диагностике *H.pylori*.

## Д

#### 77. Частота встречаемости портальной гипертензионной гастропатии у больных циррозом печени

Давыдова А.В.

Иркутский ГМУ, Россия

**Цель исследования:** оценить частоту встречаемости и факторы риска развития портальной гипертензионной гастропатии (ПГТ) у больных циррозом печени (ЦП) в Иркутской области.

**Материал и методы.** Обследован 251 больной с ЦП различной этиологии. Больные были разделены на 2 группы в зависимости от наличия ПГТ. Первую группу составили 56 больных ЦП, имевших ПГТ (мужчин – 46,2%; средний возраст  $(47,9 \pm 11,3)$  года); вторую – 195 больных без признаков ПГТ (мужчин 48,7%; средний возраст  $(48,9 \pm 12,7)$  года). Группы не различались по полу, возрасту, этиологии ЦП, степени компенсации и выраженности портальной гипертензии (ПГ).

**Результаты.** Частота встречаемости ПГТ у больных ЦП в данном исследовании составила 22,3%. У больных, перенесших кровотечение из ВРВП, частота развития ПГТ была в 2 раза ниже, чем у не имевших кровотечений в анамнезе, однако различия не достигли статистической значимости (11,1% vs. 23,2%;  $\chi^2=1,4$ ,  $p=0,24$ ). Развитие ПГТ не зависело от пола, возраста, наличия печеночноклеточной недостаточности, степени расширения ВРВП, наличия асцита, спленомегалии, диаметра v.portae. При ЦП класса В по Чайльд-Пью ПГТ встречалась в 2 раза чаще, чем при ЦП класса С

(31,3% vs. 15,7%;  $\chi^2=6,85$ ,  $p=0,009$ ). Частота контаминации желудка *H.pylori* у больных с ПГГ составила 36,5% и была сопоставима с частотой контаминации у больных ЦП без ПГГ (26,7%,  $\chi^2=1,62$ ,  $p=0,21$ ). В то же время у больных ЦП, инфицированных *H.pylori*, ПГГ встречалась почти в 2 раза реже, чем у неинфицированных (16,3% vs. 30,0%;  $\chi^2=6,68$ ,  $p=0,01$ ).

**Заключение.** Частота развития ПГГ у больных ЦП в данном исследовании составила 22,3%. Развитие ПГГ не зависело от этиологии ЦП, выраженности ПГ, кровотечения из ВРВП в анамнезе. При ЦП класса В ПГГ встречалась в 2 раза чаще, чем при ЦП класса С. У инфицированных *H.pylori* ПГГ встречалась в 2 раза реже, чем у неинфицированных, что подтверждает существующую точку зрения о невовлеченности *H.pylori* в патогенез ПГГ.

**78. Липидограмма у больных сахарным диабетом 2 типа, инфицированных вирусами гепатита В и С**  
Давыдова А.В., Андреева Л.С., Хамнуева Л.Ю.  
Иркутский ГМУ, Россия

**Цель:** изучить показатели липидного обмена у больных сахарным диабетом 2 типа (СД) в зависимости от инфицированности гепатотропными вирусами (HBV, HCV).

**Материалы и методы.** Обследованы 99 больных сахарным диабетом (мужчин – 24 (24,2%), средний возраст (58,0±11,7) года). Исследовали стандартные маркеры вирусного гепатита В и С (ИФА), основные показатели липидограммы (общий холестерин, ЛПОНП, ЛПНП, ЛПВП, триглицериды – ТГ, коэффициент атерогенности – КА).

**Результаты.** По результатам обследования на маркеры вирусного гепатита В и С все больные были разделены на две группы: инфицированных HBV/HCV (группа 1; 32,3%) и неинфицированных (группа 2; 67,7%). При сравнительном анализе было выявлено, что у HBV/HCV инфицированных больных СД уровни практически всех параметров были статистически значимо ниже, чем у неинфицированных. Так, медиана общего холестерина в первой группе составила 5,5 ммоль/л, во второй – 6,0 ммоль/л ( $p=0,007$ ), медиана содержания ТГ – 1,5 и 2,5 ммоль/л ( $p=0,002$ ); ЛПНП – 2,5 и 3,6 ммоль/л ( $p=0,002$ ); ЛПОНП – 0,7 и 1,1 ммоль/л ( $p=0,044$ ); КА – 2,7 и 4,2 ( $p=0,018$ ). Уровень ЛПВП был одинаков у больных обеих групп и составил соответственно 1,2 (1,0-1,4) ммоль/л. Далее больные 1-й группы (HBV/HCV-инфицированные) были разделены на две подгруппы. В первую были включены больные с нормальным уровнем аминотрансфераз, во вторую – с повышенным уровнем аминотрансфераз. Наблюдалась та же тенденция: у больных с нормальным уровнем трансаминаз большинство показателей липидограммы были ниже, чем у больных с наличием цитолиза, хотя различия в большинстве случаев не достигли статистической значимости.

**Выводы.** Полученные результаты свидетельствуют о возможной роли хронически протекающей гепатотропной вирусной инфекции в нарушении функционального состояния печени и липидном метаболизме у больных сахарным диабетом 2 типа.

**79. Репликация вирусов гепатита В и С и компенсация углеводного обмена у больных сахарным диабетом 2 типа**

Давыдова А.В., Андреева Л.С., Хамнуева Л.Ю.  
Иркутский ГМУ, Россия

**Цель:** изучить влияние вирусов гепатита В и С в различных фазах жизнедеятельности на степень компенсации углеводного обмена у больных сахарным диабетом 2 типа (СД 2).

**Методы.** У больных СД 2, инфицированных вирусами гепатита В (ВГВ, 72 больных) и С (ВГС, 41 больной), определяли HBsAg, анти-HBcог IgG, суммарные анти-HCV, HBV-ДНК и HCV-РНК. Степень компенсации углеводного обмена изучалась по уровню гликозилированного гемоглобина (HbA1c).

**Результаты.** В фазе репликации декомпенсация углеводного обмена отмечалась у 87,5% больных СД 2+ВГВ и у 85,7% СД 2+ВГС. В нерепликативной фазе декомпенсация углеводного обмена отмечалась у 65,6% больных СД 2+ВГВ ( $p=0,04$ ) и 53,8% СД 2+ВГС ( $p=0,012$ ). Та же картина наблюдалась и при объединении групп ВГВ и ВГС: в репликативной фазе вирусного гепа-

тита В и С декомпенсация углеводного обмена у больных СД 2 наблюдалась статистически значимо чаще, чем в нерепликативной фазе. Так, если в фазе репликации подавляющее большинство больных находилось в состоянии декомпенсации (86,1% – 31 из 36), то в нерепликативной фазе декомпенсация наблюдалась лишь у 63,6% больных (49 из 77) ( $p=0,03$ ). Компенсация углеводного обмена, напротив, чаще наблюдалась в нерепликативной фазе вирусного гепатита В и С: 35,1% (27 из 77) больных против 11,1% (4 из 36) в репликации ( $p=0,02$ ). Количественный уровень HbA1c также был достоверно выше в фазе репликации, чем в нерепликативной фазе вирусного гепатита В и С. Особенно эти различия были заметны в отношении гепатита С: показатель HbA1c 9,5% против 7,2% соответственно,  $p=0,007$ . При вирусном гепатите В отмечалась та же тенденция (10,8% против 8,9% соответственно,  $p=0,048$ ).

**Выводы.** Репликация вирусов гепатита В и С ухудшает компенсацию углеводного обмена у больных сахарным диабетом 2 типа, инфицированных этими вирусами.

**80. Активность антиоксидантных энзимов в эпителиальных клетках двенадцатиперстной кишки крыс при длительной желудочной гипохлоргидрии**

Дворщенко Е.А., Савко У.В., Остапенко Л.И.  
Киевский национальный университет им. Тараса Шевченко, Украина, e-mail: k21037@gmail.com

**Цель исследования:** изучить действие длительной желудочной гипохлоргидрии на активность супероксиддисмутазы и каталазы в клетках эпителия двенадцатиперстной кишки крыс.

**Материалы и методы.** Эксперименты проведены на белых нелинейных половозрелых крысах-самцах. Гипоацидное состояние моделировали внутрибрюшинным введением 14 мг/кг омепразола (Sigma, USA) 1 раз в сутки на протяжении 28 дней. В качестве контроля использовали крыс, которым на протяжении 28 суток вводили внутрибрюшинно 0,2 мл воды для инъекций. Оценку активности супероксиддисмутазы проводили с использованием нитросиногено тетразолия, каталазы – по уменьшению количества H<sub>2</sub>O<sub>2</sub> в растворе после инкубации в оптимальных условиях. Статистическую обработку результатов проводили общепринятыми методами вариационной статистики с использованием t-критерия Стьюдента.

**Результаты.** Установлено, что при длительном угнетении желудочной секреции соляной кислоты омепразолом в клетках двенадцатиперстной кишки крыс активность супероксиддисмутазы возрастала: в эпителиоцитах ворсинок – в 1,5 раза, в эпителиоцитах крипт – в 2,6 раза относительно контроля. При тех же экспериментальных условиях активность каталазы снижалась: в клетках эпителия ворсинок – в 1,3 раза, в клетках эпителия крипт – в 3,4 раза по сравнению с контрольной группой.

**Выводы.** При длительной желудочной гипохлоргидрии в эпителии двенадцатиперстной кишки активируются свободнорадикальные процессы, что приводит к изменению активности супероксиддисмутазы и каталазы – энзимов антиоксидантной защиты клеток от активных форм кислорода.

**81. Показатели пепсиногена 1 и 2 у больных атрофическим гастритом и В<sub>12</sub>-дефицитной анемией**

Демина Е.И., Бусин И.И., Белова И.И., Гатаулина О.В.  
Алтайский ГМУ, ООО Медицинский центр «Лаборатория ДНК-диагностики», Барнаул, Россия, e-mail: busina-e@bk.ru

**Цель исследования:** определить количество пепсиногена 1 (PG1) и пепсиногена 2 (PG2) и их соотношение у пациентов с В<sub>12</sub>-дефицитной анемией.

**Материалы и методы.** Обследованы 25 больных атрофическим гастритом. Основную группу составили 12 пациентов в возрасте (59,2±7,2) года с атрофическим гастритом и верифицированным диагнозом В<sub>12</sub>-дефицитной анемии. Группа сравнения включала 13 человек в возрасте (56,3±8,7) года с атрофическим гастритом без В<sub>12</sub>-дефицитной анемии. Всем пациентам проводили подсчет гемоглобина (Hb), среднего объема эритроцитов (MCV), PG1,

PG2, соотношение PG1/PG2, эзофагогастроуденоскопию с взятием 2 биоптатов из тела и 2 биоптатов из антрального отдела желудка с последующим их гистологическим исследованием.

**Результаты.** В основной группе Hb составил  $(97,6 \pm 4,2)$  г/л, MCV –  $(103,4 \pm 5,8)$  фл. Уровень PG1 составил  $(9,1 \pm 2,9)$  мкг/л, PG2 –  $(3,5 \pm 0,7)$  мкг/л, отношение PG1/PG2 – 2,5. В группе сравнения выявлены: Hb –  $(124 \pm 4,5)$  г/л ( $p < 0,05$ ), MCV –  $(83,2 \pm 4,7)$  фл ( $p < 0,05$ ), PG1 –  $(65,3 \pm 3,4)$  мкг/л ( $p < 0,01$ ), PG2 –  $(25,2 \pm 2,2)$  мкг/л ( $p < 0,05$ ), отношение PG1/PG2 – 2,6 ( $p > 0,05$ ). Морфологическое исследование биоптатов выявило атрофию слизистой оболочки тела и антрума у 9 пациентов (75%) основной группы и у 3 больных (23%) группы сравнения. Изолированная атрофия тела желудка была у 3 (25%) больных основной группы, изолированная атрофия слизистой оболочки антрального отдела – у 10 (77%) пациентов группы сравнения.

**Выводы.** Представленные данные свидетельствуют о существенном снижении PG1 и PG2 у больных атрофическим гастритом и В<sub>12</sub>-дефицитной анемией по сравнению с таковыми показателями пациентов с атрофическим гастритом без В<sub>12</sub>-дефицитной анемии. Отношение PG1/PG2 менее 3 выявлено у пациентов атрофическим гастритом в обеих группах.

### 82. Лабораторная диагностика лактазной недостаточности у больных с диареей

Демина Е.И., Гатаулина О.В., Бусин И.И., Налетова Н.П.  
Алтайский ГМУ, ООО Медицинский центр «Лаборатория ДНК-диагностики», Барнаул, Россия, e-mail: busina-e@bk.ru

**Цель исследования:** определить лабораторные маркеры лактазной недостаточности у больных с диареей.

**Материалы и методы.** В исследование включены 20 больных (12 женщин и 8 мужчин) в возрасте от 18 до 62 лет с жалобами на возникновение диареи, метеоризма и болей в животе на фоне употребления молока. Анамнез заболевания составил  $(12,1 \pm 5,2)$  года. Появление гиполактазии 10 (50%) больных связывали с перенесенным бактериальным гастроэнтеритом, у 6 (30%) пациентов в анамнезе диагностирован лямблиоз, у 2 (10%) – целиакия, 2 больных (10%) затруднились назвать причину. Пациентам проводили исследование копрограммы, тест Бенедикта в кале, генетическое тестирование с исследованием полиморфизмов гена MCM6 (-13910 T C и -22018 T C) методом ПЦР в режиме реального времени.

**Результаты исследования.** В копрограмме больных показатель рН составил  $4,7 \pm 0,4$ , наличие крахмала и клетчатки от + до +++ в поле зрения. Тест Бенедикта, основанный на способности некоторых сахаров, в том числе лактозы, восстанавливать ионы  $\text{Cu}^{2+}$  до  $\text{Cu}^+$ , оказался положительным у 20 (100%) больных. Генетическое тестирование обнаружило, что 18 (90%) пациентов являлись гетерозиготами TC, а двое (10%) пациентов, затруднившихся назвать причину непереносимости молока, были гомозиготами CC обоих аллелей.

**Выводы.** Снижение рН кала, увеличение содержания крахмала, положительный тест Бенедикта позволяют косвенно судить о наличии мальабсорбции углеводов в тонкой кишке, в том числе лактозы. Генетическое тестирование позволило предположить у 18 (90%) пациентов генетическую предрасположенность к развитию вторичной лактазной недостаточности на фоне имеющихся диффузных поражений тонкой кишки и у 2 (10%) больных неспособность к усвоению лактозы из-за генетически детерминированного нарушения синтеза лактазы.

### 83. Печеночный профиль и показатели ультразвуковой эластографии печени у больных неалкогольной жировой болезнью печени

Демина Е.И., Султанов Л.В., Дарцаев Д.В., Белова И.И.  
Алтайский ГМУ, Медицинский центр по борьбе с инфекционными заболеваниями, Барнаул, Россия,  
e-mail: busina-e@bk.ru

**Цель исследования:** изучить изменения печеночного профиля и показатели ультразвуковой эластографии печени у больных неалкогольным стеатозом печени (НАСП).

**Материалы и методы.** Обследованы 15 больных (12 женщин и 3 мужчин) НАСП. Инфекции HBV и HCV были исключены у всех пациентов. Всем больным определяли биохимический печеночный профиль, включающий общий билирубин, аланинаминотрансферазу (АЛТ), аспартатаминотрансферазу (АСТ), гамма-глутамилтранспептидазу (ГГТП), сывороточный альбумин, общий холестерин (ОХ), триглицериды (ТГ), а также проводили сонографическое исследование печени и ультразвуковую эластографию печени на аппарате Aixplorer SSIP 90001. Степень фиброза печени оценивали по шкале Metavir.

**Результаты.** Показатели ОХ и ТГ составили  $(6,2 \pm 1,5)$  ммоль/л и  $(2,3 \pm 0,2)$  ммоль/л соответственно. Повышение ГГТП обнаружено у 9 (60%) больных и равнялось  $(44,5 \pm 7,1)$  Ед./л. Общий билирубин и трансаминазы не выходили за рамки референтных значений: общий билирубин составлял  $(17,4 \pm 2,8)$  мкмоль/л, АЛТ –  $(31,8 \pm 1,2)$  МЕ/л, АСТ –  $(32,4 \pm 1,5)$  МЕ/л. Альбумин сыворотки крови был  $(41,4 \pm 3,8)$  г/л. Размеры правой и левой долей печени составили  $(156,4 \pm 7,4)$  мм и  $(82,3 \pm 10,3)$  мм соответственно. Усредненное значение эластичности ткани печени было  $(7,9 \pm 1,2)$  кПа. Усредненное среднеквадратичное отклонение составляло 0,5.

**Выводы.** У больных НАСП имелась гиперхолестеринемия, гипертриглицеридемия, гепатомегалия и признаки умеренного фиброза печени по данным ультразвуковой эластографии.

### 84. Фармакотерапевтические подходы к профилактике трансформации хронического вирусного гепатита В в цирроз печени у детей

Денисова М.Ф., Чернега Н.В., Музыка Н.Н., Дыба М.Б., Тарасюк Б.А.  
Институт ПАГ АМН Украины, Киев, Украина

**Цель исследования:** повысить эффективность патогенетической терапии ХВГ В с целью снижения риска развития цирроза печени в детском возрасте.

**Материал и методы.** Обследованы 110 детей и подростков с ХВГ В в возрасте 3-18 лет. Использованы общеклинические методы, ультрасонография, доплерометрия, определялись непрямыми серологические маркеры фиброза печени (соотношение АсАТ/АлАТ, содержание тромбоцитов, протромбиновый индекс), функциональное состояние эндотелия по методике D. Celermajer et al. (1992).

**Результат исследования.** У 20% обследованных диагностированы непрямыми серологические маркеры фиброза печени, из них у 7% показатели печеночно-клеточной недостаточности класса А по Чайлд-Пью. У 62,5% детей установлена обратная корреляционная связь между показателями прироста диаметра плечевой артерии и скорости кровотока. У 55% обследованных детей установлена положительная динамика клинико-параклинических синдромов, непрямыми серологических маркеров фиброза печени, восстановление функции эндотелия при включении в патогенетическую терапию ХВГ В донора оксида азота (препарат «Гивортин») и урсодеоокси-холевой кислоты (препарат «Урсофальк»).

**Заключение.** Определение у детей и подростков с ХВГ В непрямыми серологическими маркерами фиброза печени, функционального состояния эндотелия, печеночной гемодинамики может быть использована для формирования групп риска развития цирроза печени. Эффективность патогенетической терапии в плане предупреждения трансформации ХВГ В в ЦП может быть повышена за счет включения доноров оксида азота и урсодеооксихолевой кислоты.

### 85. Частота распространенности гастроэнтерологической патологии среди больных сахарным диабетом 2 типа

Дербак М.А.<sup>1</sup>, Архий Э.И.<sup>1</sup>, Дербак Я.С.<sup>1</sup>, Пичкарь Й.И.<sup>1</sup>, Крафчик О.М.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Ужгородский национальный университет (медицинский ф-т), <sup>2</sup>Закарпатская ОКБ им. А. Новака, Украина,  
e-mail: derbak@mail.ru

**Цель:** изучить частоту гастроэнтерологической патологии у больных сахарным диабетом 2 типа (СД 2 типа).

**Материалы и методы.** Обследованы 374 больных СД 2 типа, которые находились на лечении в эндокринологическом отделении ЗОКБ им. А. Новака. Для изучения ЖКТ использовали УЗИ органов брюшной полости, ФГДС. Проводили биохимический анализ крови, определяли липидограмму и маркеры гепатита В и С.

**Результаты.** В зависимости от жалоб со стороны ЖКТ, всем больным проведены клинико-лабораторные обследования согласно протоколам оказания медицинской помощи предполагаемого заболевания. В результате у 356 (95,2%) пациентов обнаружены патологические изменения со стороны ЖКТ. Диабетическая гепатопатия выявлена у 287 (76,7%) больных, причем у 65 из них уровень трансаминаз оставался в пределах нормы. Дискинезия ЖВП наблюдалась у 41 больного, а 12 из них имели еще и хронический холецистит. ЖКБ регистрировалась у 35 пациентов, а хронический панкреатит был диагностирован у 28 обследованных. Хронический гастрит имели 13 человек, сочетанная патология желудка и печени выявлена у 32. И только у 18 (4,8%) пациентов патологии ЖКТ не наблюдалось. Инфицирование ВГВ обнаружено у 12 (3,2%) больных, а ВГС – у 26 (6,95%). Таким образом, HCV-инфекция у больных СД2 регистрировалась в 2,2 раза чаще, чем HBV-инфекция. Биохимические исследования крови показали нарушения липидного обмена у 283 (75,66%) больных.

**Выводы.** Учитывая, что у 95,2% больных СД2 обнаружены патологические изменения со стороны ЖКТ, нарушения в липидограмме, а также высока частота инфицирования вирусом гепатита С, считаем необходимым проводить углубленное гастроэнтерологическое обследование всем больным с СД 2 типа, даже при отсутствии жалоб со стороны ЖКТ, с целью назначения комплексной патогенетической терапии.

#### 86. Проявления соединительнотканной дисплазии у больных с разными вариантами гастроэзофагеальной рефлюксной болезни

Джулай Т.Е.

Тверская ГМА, Россия

**Цель исследования:** изучение стигм соединительнотканной дисплазии (СТД) как возможных предикторов формирования разных вариантов гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (ГЭРБ).

**Материал и методы.** Фенотипические и висцеральные признаки СТД изучены по критериям Э.В. Земцовского в 2 группах по 50 больных ГЭРБ с эзофагитом I-II степени в возрасте от 20 до 54 лет на фоне гастроэзофагеального (ГЭР) и дуоденогастроэзофагеального (ДГЭР) рефлюкса.

**Результаты.** Установлено, что у 82,0% пациентов с ГЭРБ, ассоциированной с ГЭР, в различных сочетаниях имелись стигмы СТД, диагностически значимое сочетание 6 и более стигм отмечено у 87,8% из них. Фенотипические признаки СТД представлены краниоцефальными аномалиями (22,0-43,9%), поражением опорно-двигательного аппарата (41,5%), включая изменения кистей и стоп (19,5%), грыжами передней брюшной стенки (24,4%), варикозным расширением вен нижних конечностей (14,6%), кожными стигмами (29,3%) в виде стрий, множественных пигментных пятен, гипертрихоза, гемангиом. У 70,7% больных выявлялась недостаточность кардии, у 31,7% – грыжи пищеводного отверстия диафрагмы, у 17,1% – аномалии строения желчного пузыря. Признаки СТД у больных с ГЭРБ, ассоциированной с ДГЭР, отмечены в 42,0% наблюдений, значимое их сочетание отмечено реже (23,8%,  $p < 0,05$ ). Разнообразные фенотипические стигмы СТД встречались существенно реже (всего у 19,0% больных), преобладали висцеральные признаки в виде аномалий строения желудочно-кишечного тракта – недостаточности кардии (23,8% случаев), диафрагмальных грыж (9,5%) и аномалий строения желчного пузыря (52,4%).

**Выводы.** Различия в частоте и проявлениях фенотипических и висцеральных стигм СТД позволяют рассматривать их как структурные предикторы развития вариантов течения ГЭРБ для прогнозирования болезни и выработки пищевого поведения у лиц молодого возраста.

#### 87. Особенности гастроэнтерологической патологии у детей с вторичным пиелонефритом

Дзюбич Л.И., Раздолькина Т.И., Горбатов В.А.

Мордовский государственный университет, Саранск, Россия

**Цель исследования:** изучить состояние органов пищеварения у детей, страдающих вторичным пиелонефритом.

**Материалы и методы:** ретроспективный анализ особенностей заболевания органов пищеварения у детей с вторичным пиелонефритом (n=82). Группа сравнения – дети с первичным пиелонефритом (n=18).

**Результаты исследования.** При проведении комплексного клинико-лабораторно-инструментального обследования детей обеих групп у подавляющего большинства (89% среди детей с вторичным пиелонефритом и 93% в группе сравнения) выявлены различные заболевания органов пищеварения. У детей с вторичным пиелонефритом отмечались дисфункциональные расстройства желчевыделительной системы (ДРЖС) – 53% и хронический гастродуоденит (ХГД) – 42%; в группе сравнения указанные проявления чаще (соответственно ДРЖС – 73%,  $p > 0,05$ , ХГД – 82% детей,  $p < 0,02$ ). При проведении ЭГДС у 2 больных исследованной группы выявлена язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки (ЯБДК), наличие гастроэзофагеального (ГЭР) и дуоденогастрального (ДГР) рефлюксов отмечено у единичных больных (соответственно 8% и 4%). Из детей с первичным пиелонефритом у каждого 4 ребенка (27%) обнаружен ДГР. Аномалии желчного пузыря с высокой частотой (63%) встречались в сочетании с аномалиями развития органов мочевыделительной системы. Более половины аномалий желчного пузыря выявлены у детей с вторичным пиелонефритом на фоне пузырно-мочеточникового рефлюкса. У 82% детей отмечалась дисхолия желчного пузыря и дискетаболическая нефропатия типа оксалурии.

**Заключение.** У большинства детей с вторичным пиелонефритом отмечается высокая частота гастроэнтерологической патологии, в структуре которой преобладают дисфункциональные расстройства желчевыделительной системы на фоне аномалии развития желчного пузыря и хронический гастродуоденит.

#### 88. Структурно-функциональные характеристики взрослых крыс при избыточном грудном вскармливании

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

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

**Цель исследования.** Выявить влияние избыточного грудного вскармливания на структурно-функциональные показатели крыс.

**Материалы и методы.** Изучались морфометрические показатели, активность пищеварительных ферментов, расщепляющих белки, углеводы и эфиры фосфорной кислоты, в различных отделах тонкой кишки, в толстой кишке, печени и почках крыс (самцов и самок), получавших во время лактотрофного периода избыточное питание, что достигалось путем сокращения количества крысят в помете до 3 особей. В контрольной группе в помете находилось 8 крысят. После 30 суток грудного вскармливания часть крысят брали в опыт, остальные переводились на дефинитивное питание до взятия в опыт в возрасте четырех месяцев.

**Результаты.** Масса тела 30-суточных крысят опытной группы была достоверно выше по сравнению с контролем, причем у крысят-самцов в большей степени, чем у крысят-самок. Отмечено также увеличение массы некоторых органов у крысят опытной группы, в частности, двенадцатиперстной кишки – у самцов и подвздошной кишки, почек, печени – у самок. У крысят опытной группы, кроме того, была существенно выше активность глицил-L-лейцилдипептидазы: в двенадцатиперстной и толстой кишке, в печени и почках. У опытных крыс 4-месячного возраста масса тела, почек и печени была выше в 1,3 раза. Активность мальтазы увеличивалась в двенадцатиперстной, тощей и в подвздошной кишке, щелочной фосфатазы – только в тощей кишке, а аминопептидазы М в тощей, в подвздошной кишке и почках, глицил-L-лейцилдипептидазы – в каждом из отделов тонкой кишки и почках.

**Выводы.** Вскармливание детенышей при уменьшенном числе в помете (общепринятая модель для изучения ожирения) приводит к изменению морфофункциональных характеристик как в раннем онтогенезе, так и во взрослой жизни.

### 89. Новые биомаркеры патологии кишечника (фекальные трансферрин, гемоглобин и кальпротектин) в диагностическом алгоритме

Долгих Т.И., Галилейская С.Б.

Омская ГМА, Россия, e-mail: dolgih-ti@mail.ru

**Цель исследования:** оптимизация диагностики заболеваний кишечника на основе оценки биомаркеров воспаления и повреждения слизистой оболочки кишки.

**Материал и методы.** У 545 взрослых и 22 детей с заболеваниями ЖКТ в фекалиях определяли количество биологических маркеров воспаления – кальпротектина (методом ИФА) и повреждения слизистой оболочки кишки – трансферрина (Tf), а также гемоглобина (Hb) на автоматическом анализаторе (iFOB-технология).

**Результаты.** Уровень кальпротектина был изменен у 59,0% больных и превышал нормальные значения в 2,5-8,7 раза, что коррелировало с выраженностью воспалительного процесса ( $r=0,98$ ); на фоне лечения он значительно снижился. У каждого третьего пациента с увеличением показателя в 1,9-3,6 раза обнаружены гельминты. У 7 человек с болезнью Крона уровень кальпротектина был повышен в 8-12 раз, коррелировал с активностью процесса ( $r=0,93$ ), высоким уровнем Tf ( $r=0,84$ ) и Hb ( $r=0,78$ ). У взрослых пациентов в возрасте от 22 до 68 лет Tf был повышен в 15,6%, а Hb – у 17,2% случаев. При полипах кишечника отмечалось превышение показателей в 11 раз, а при колоректальном раке – в 36-72 раза.

**Заключение.** За счет количественного определения Tf, Hb и кальпротектина была повышена чувствительность диагностической системы на 15,8% и специфичность – на 12,6%, оптимизированы диагностический алгоритм и лечение, что обосновывает необходимость их широкого внедрения в практику.

### 90. Возможности экологической медицины человека в лечении заболеваний ЖКТ

Донченко Е.В.

ООО «Клиника экологической медицины человека «МедЦентр Донченко», Санкт-Петербург, Россия, e-mail: donchenko@d-med.org

Экологическая медицина человека – новое направление в медицине. Основные положения:

1. Человек – это целостная система.
2. Заболевание – это адаптивная реакция организма.
3. На развитие заболевания влияют психологические установки человека.

В лечении используются методы экологической реабилитации, в основе которой – гипертермический кишечный диализ (патент № 207 8555 от 13.07.1993), висцеральный массаж, современная гомеопатия, физиотерапия, психотерапия, нутриенты.

За 18 лет практики нами пролечено более 15000 больных с различными заболеваниями ЖКТ: гастритом с разной активностью желудочной секреции, хроническим панкреатитом, хроническим гепатитом, хроническим колитом. Статистической обработке подвергнуты данные 150 человек. Эффективность предложенной технологии составила от 80 до 100% в лечении заболеваний ЖКТ.

### 91. Лечение кишечной непроходимости методами экологической медицины человека

Донченко Е.В.

ООО «Клиника экологической медицины человека «МедЦентр Донченко», Санкт-Петербург, Россия, e-mail: donchenko@d-med.org

Лечение такого заболевания, как кишечная непроходимость, чаще является прерогативой хирургов. Консервативные методы лечения до настоящего времени были малоэффективны.

Нами пролечены 32 пациента с кишечной непроходимостью. Причины кишечной непроходимости были различные: посттравматические, послеоперационные осложнения, тяжелые хронические заболевания кишечника.

Методы лечения: эндоэкологическая реабилитация, включающая гипертермический кишечный диализ (патент № 207 8555 от 13.07.1993), висцеральный массаж, антигомотоксическая терапия, антиоксидантная терапия, физиотерапия.

Эффективность подобной терапии – 100%.

### 92. Экологическая медицина в лечении заболеваний кишечника

Донченко Е.В.

ООО «Клиника экологической медицины человека «МедЦентр Донченко», Санкт-Петербург, Россия, e-mail: donchenko@d-med.org

Заболевания кишечника являются одной из распространенных патологий ЖКТ.

Нами пролечено более 15000 больных с разными заболеваниями, в том числе и кишечника. Статистической обработке подвергнуты данные 160 больных. Нами выделены группы: СРК – 25 чел., атонический колит – 50 чел., спастический колит – 70 чел., язвенный колит – 15 чел. Лечение проводилось методами экологической медицины человека, основой которой является метод гипертермического кишечного диализа (патент № 207 8555 от 13.07.1993), висцеральные массажи, антиоксиданты, гомеопатия, использование нутриентов для восполнения дефицитных состояний, психотерапия. Субъективное улучшение наступало в течение 1 месяца лечения. На достижение лабораторной и инструментальной ремиссии требовалось от 3 до 8 мес в зависимости от тяжести течения заболевания.

Эффективность подобного подхода составляет по разным видам заболеваний от 90% до 100%.

### 93. Болезнь Крона: подходы к лечению с точки зрения экологической медицины человека

Донченко Е.В., Жуков А.А.

ООО «Клиника экологической медицины человека «МедЦентр Донченко», Санкт-Петербург, Россия, e-mail: zzalex@rambler.ru

**Цель исследования:** достижение стойкой продолжительной ремиссии болезни Крона на основе методов эндоэкологической реабилитации.

**Материал и методы:** пациентка А. 39 лет с болезнью Крона, неоднократно оперированная по поводу гнойных осложнений заболевания и спаечной кишечной непроходимости. В 23 года у нее был удален желчный пузырь, после чего болезнь Крона стала активно прогрессировать. Помимо этого, были выявлены множественные очаги затемнений в легких, от диагностической операции по этому поводу пациентка отказалась по тяжести состояния. Лечение было начато после выписки пациентки из стационара в состоянии средней тяжести, ближе к тяжелому. Основываясь на авторских методиках д.м.н. Донченко Е.В., используемых в нашей клинике, за 3 месяца была достигнута ремиссия, продолжающаяся более года. При этом удалось восстановить работу внутренних органов, отказавшись от гормонов и противовоспалительных препаратов. Из «лежачего» больного пациентка превратилась в полноценного человека, ведущего активный образ жизни.

### 94. Возможности растворения камней желчного пузыря методами эндоэкологической реабилитации организма

Донченко Е.В., Жуков А.А.

ООО «Клиника экологической медицины человека «МедЦентр Донченко», Санкт-Петербург, Россия, e-mail: zzalex@rambler.ru

**Цель исследования:** изучить результаты консервативного лечения желчнокаменной болезни с использованием методов эндоэкологической реабилитации.

**Материал и методы.** Пролечены 380 больных, статистически обработаны данные о 36 больных желчнокаменной болезнью с 2009 по 2011 гг. Всем больным выполнялись лабораторные и инструментальные исследования перед началом и в ходе лечения. В процессе лечения произошло постепенное уменьшение объема и количества конкрементов желчного пузыря с последующим полным их растворением. У наблюдаемых пациентов конкременты растворились полностью в 19,4% случаев (7 человек), у остальных пациентов – 80,6% (29 человек) произошло значительное уменьшение количества, размеров и плотности камней на фоне улучшения самочувствия и лабораторных показателей. Имеются также отдаленные результаты спустя 5–10 лет после окончания лечения, свидетельствующие об отсутствии рецидивов камнеобразования.

**95. Опыт коррекции побочных эффектов противовирусной терапии у больных ХВГС**  
Драгомирецкая Н.В., Ижа А.Н., Заболотная И.Б., Мальхина Т.И., Шевченко Н.А., Калинин Н.В.  
Украинский НИИ медицинской реабилитации и курортологии, Одесса, Украина

**Цель исследования:** изучение эффективности комплексного применения стандартной противовирусной терапии (ПТ), мало-минерализованной гидрокарбонатно-сульфатно-хлоридно-натриевой минеральной воды (МВ), виброакустической терапии (ВТ) у больных хроническим вирусным гепатитом С (ХВГС).

**Материалы и методы:** биохимические, серологические, иммуноферментные, молекулярно-генетические исследования крови, УЗИ органов брюшной полости, 47 пациентов с ХВГС (генотип 1b, фаза репликации). I группа (22 человека) получала базисный комплекс (диета № 5 др., стандартная ПВТ – реалдирон и триворин) и МВ по 200 мл 3 раза в день за 30–40–60 минут до еды в зависимости от уровня кислотообразования. II группа (25 человек) дополнительно к базисному комплексу и приему МВ получала процедуры виброакустической терапии по разработанной методике. Курс лечения составил 6 мес, из них МВ – 1,5 мес.

**Результаты.** Через 6 месяцев в обеих группах наблюдения определено достоверное ( $p < 0,001$ ) уменьшение клинических проявлений астенического, болевого, диспепсического синдромов, отмечена нормализация функционального состояния печени ( $p < 0,001$ ) с положительной динамикой ее экоструктуры. Существенно, что у пациентов II группы удалось снизить в 3 раза частоту возникновения цитопенического синдрома по сравнению с I группой больных, достичь полной ликвидации гриппоподобного синдрома и стимуляции уровня эндогенного  $\alpha$ -интерферона. Негативный результат определения РНК HCV ПЦР получен у 56% больных II группы против 50% больных I группы.

**Вывод.** Таким образом, включение виброакустической терапии в комплекс лечения больных ХВГС способствует достоверному нивелированию побочных эффектов противовирусной терапии, что повышает ее переносимость и эффективность.

**96. Влияние вредных привычек и тонуса вегетативной нервной системы на частоту кишечной перистальтики**  
Дроздова М.С., Юпатов Г.И., Немцов Л.М., Дроздов С.В.  
Витебский ГМУ, Белоруссия

**Цель:** провести анализ возможных корреляций частоты кишечной перистальтики (КП) с данными анамнеза; с антропометрическими характеристиками, с превалирующим типом ВНС.

**Материал и методы.** Обследованы 86 практически здоровых молодых людей: 56 женщин и 30 мужчин (средний возраст  $21,7 \pm 6,2$  года и  $24,1 \pm 8,1$  года соответственно). Объем обследования: анамнез, ИМТ, АД, ЧСС, индекс Кердо, данные аускультации кишечника в трех стандартных точках – по 1 мин в каждой. Проводился анализ как всего массива обследованных, так и отдельно лиц с преобладанием симпатикотонии ( $n=36$ ) и ваготонии ( $n=39$ ). Обработка результатов – пакет программ «STATISTICA 6.0».

**Результаты.** Частота КП в точке Поргеса (на 1–1,5 см выше и левее пупка), существенно не отличалась от показателей в I и III точках как у мужчин, так и у женщин. Характер питания четко коррелировал с частотой КП во II точке аускультации у симпатикотоников ( $p=0,003$ ). Анализ результатов обследования показал следующее. 1. У всех симпатикотоников-курильщиков моторика кишечника реже, чем у некурящих. Чем выше индекс курящего человека – тем реже перистальтика ( $r=-0,39$ ;  $p=0,047$ ). 2. У более высоких и полных мужчин-ваготоников выслушивается более редкая ПК ( $r=-0,74$  и  $r=-0,64$ ). У женщин-симпатикотоников чем выше рост – тем реже перистальтика ( $r=-0,47$ ). 3. У мужчин-ваготоников по мере нарастания систолического АД и ЧСС – ПК урежается ( $r=-0,43$  и  $r=-0,6$ ). 4. Частота ПК у ваготоников зависит от частоты употребления алкогольных напитков: у женщин – прямая корреляция с частотой алкогольных эксцессов ( $r=0,43$ ); у мужчин – обратная ( $r=-0,61$ ).

**Заключение.** Исследование КП с помощью аускультации в точке Поргеса (1 мин) – достаточно актуальный и информативный метод. Полученные данные рекомендуется учитывать в дифференциальной диагностике разных видов кишечной аритмии и при контроле восстановления функции ЖКТ в послеоперационном периоде.

**97. Возможности количественной оценки нехеликобактерной микрофлоры желудка в цитопрепаратах «капля» – «отпечаток»**  
Дубенская Л.И., Абрамова Е.С., Баженов С.М.  
Смоленская ГМА, Россия

**Цель исследования:** разработать приемы подсчета бактерий нехеликобактерной смешанной микрофлоры (НХСМ) в цитопрепаратах (ЦП), выявить естественный компонент ЦП, пригодный для подсчета бактерий без предварительной гомогенизации материала.

**Материалы и методы.** С гастробиоптатов (ГБ) 42 больных хроническим гастритом изготавливали двухкомпонентные ЦП «капля» – «отпечаток». Каждый ГБ содержит некоторое количество слизистобелковой жидкости (СБЖ), которая состоит в основном из поверхностных, рыхлых слоев пристеночной слизи, смешанных с желудочным соком, и в ЦП составляет основу фона. ЦП-отпечатки различных ГБ имеют однотипные компоненты, но в разных количествах. Причины таких различий не ясны, эти различия могут быть следствием особенностей слизи СОЖ. Для хеликобактерий характерно проникновение в глубокую вязкую слизь, которая в ЦП имеется в составе эпителиальных комплексов, отдельных четко очерченных скоплений слизи. НХСМ в физиологических условиях недоступна глубокая вязкая слизь, поверхностные рыхлые слои слизи представляются более пригодными для колонизации, о чем можно судить по локализации НХСМ в фоне ЦП и на комплексах из слущенного разрушенного эпителия. В ходе ФГС свежезабранный ГБ помещался на предметное стекло, СБЖ быстро стекала с него, формируя «каплю». Затем ГБ сдвигался по длине стекла на 1,5–2 см, круговыми движениями изготавливался «отпечаток». Далее ГБ использовали для парафиновой заливки.

**Заключение.** При достаточном количестве цельной пристеночной СБЖ ее высохшая капля – своеобразный ЦП с участками равномерно и раздельно расположенных бактерий НХСМ, которые можно подсчитать на единицу площади (поле зрения), выбрав максимальное количество либо определив среднее арифметическое нескольких подсчетов.

**98. Цитологические показатели пристеночной нехеликобактерной микрофлоры желудка в морфологическом исследовании при хроническом гастрите**  
Дубенская Л.И., Баженов С.М., Абрамова Е.С., Сурменев Д.В.  
Смоленская ГМА, Россия

**Цель исследования:** изучить цитологические особенности слизистой оболочки желудка (СОЖ) больных хроническим гастритом (ХГ) в зависимости от количества равномерно распре-

ленной (РР) нехеликобактерной микрофлоры (НМ) в «капле» цитопрепаратов (ЦП) «капля» – «отпечаток».

**Материалы и методы.** У 42 больных обоего пола в возрасте от 21 года до 66 лет из гастробиоптатов (ГБ) антрума (А) и тела (Т) изготавливали двухкомпонентные ЦП «капля» – «отпечаток». Те же ГБ оценивали общепринятыми гистологическими методами (Сиднейская система). ЦП окрашивали по Паппенгейму, исследовали при увеличении  $\times 945$  (масляная иммерсия), микроскоп «БИОЛАМ», бинокулярная насадка АУ-12 («ЛОМО»). В окрашенной «капле» выбирали участки с максимальным количеством в фоне НМ РР, подсчитывали морфотипы палочек среди нее (МП). У 22 больных число НМ РР в поле зрения было более 20 (1 группа), у 20 – менее, что оценивалось как очень малое, показатели НМ РР и МП не подсчитывались (2 группа).

**Результаты.** Между гистологическими показателями, возрастом, количеством хеликобактерий (ХБ) больных 1-й и 2-й групп значимых различий не выявлено. Медиана длительности заболевания значимо больше в 1-й группе – 8,5 года (6,0-11,0), чем во 2-й – 3,5 года (0,5-7,0). Соответствующие показатели А: НМ РР – 83,0 (60,0-144,0), МП – 12,0 (8,0-16,0) значимо не отличались от таковых в Т: НМ РР – 138,0 (80,0-186,0), МП – 17,0 (10,0-28,0). НМ РР и МП прямо взаимосвязаны с активностью, выраженностью воспаления, ХБ в А, с длительностью заболевания в Т группы 1.

**Заключение.** В зависимости от количества НМ РР у больных ХГ выявлены как сходство цитоморфологических показателей, так и различия. Показатели НМ РР могут расширить методические и диагностические возможности морфологического исследования СОЖ при ХГ.

#### 99. Значение определения фетального гликопротеина в комплексной диагностике прогрессирующего течения хронического гепатита С

Дуданова О.П., Белавина И.А.

Петрозаводский государственный университет,  
Петрозаводск, Россия

**Цель исследования** явилось определение диагностической значимости альфа-фетопротеина (АФП) в комплексной оценке прогрессирующего течения хронического гепатита С.

**Материалы и методы исследования.** Обследованы 30 больных ХГС на стадии гепатита: 7 (23,3%) – слабой активности (ХГСА), 13 (4,3%) – умеренной (ХГУА) и 10 (33,3%) – высокой активности (ХГВА). 10 (33,3%) больным выполнена пункционная биопсия печени с оценкой ИГА по Knodell R.G. и ГИС по Metavir. АФП исследовался с использованием тест-систем IMMULITE АФР твердофазным, хемилюминесцентным иммуноанализом. Уровень АФП у здоровых лиц (n=10) составил (0,68±0,28) МЕ/мл (0,3-0,9) МЕ/мл. Использовались статистические методы обработки данных: тест Манна-Уитни, корреляция Спирмена.

**Результаты.** Среди обследованных больных средний уровень АФП достоверно превышал таковой у лиц контрольной группы – (3,95±7,89) против (0,68±0,28),  $p < 0,01$ . По мере нарастания активности гепатита уровень его увеличивался с (1,41±0,02) МЕ/мл при ХГСА до (1,65±0,31) при ХГУА и (8,08±4,89) – при ХГВА. При ХГСА не наблюдалось значимых достоверных коррелятивных связей АФП с биохимическими и гистологическими показателями некротически-воспалительного синдрома, а при умеренной и высокой появлялись таковые: с АЛТ –  $r = 0,51$  ( $p < 0,05$ ), с АСАТ –  $r = 0,68$  ( $p < 0,01$ ), с уровнем гамма-глобулинов  $r = 0,37$  ( $p < 0,05$ ), с СОЭ  $r = 0,58$  ( $p < 0,01$ ), с ИГА  $r = 0,80$  ( $p < 0,01$ ), с ПН –  $r = 0,86$  ( $p < 0,01$ ), с ПВ –  $r = 0,75$  ( $p < 0,01$ ), с ПП –  $r = 0,58$  ( $p < 0,01$ ). Отмечалась позитивная корреляция со степенью склероза –  $r = 0,45$  ( $p < 0,05$ ).

**Выводы.** Уровень АФП увеличивался по мере нарастания активности хронического гепатита С, тесно коррелируя с лабораторными и гистологическими показателями некротического и склероза, в связи с чем данный протеин может использоваться в комплексной диагностике прогрессирующего течения ХГС.

## Е

#### 100. Возможности сочетанного лечения патологий гепатобилиарной системы и вертеброгенных заболеваний позвоночника методом инфракрасной лазерной терапии (ИКЛТ)

Емельянов Д.Н., Мязин Р.Г., Соболева Д.А., Курушина О.В.  
Волгоградский ГМУ, Россия, e-mail: nacl@mail.ru

**Цель исследования:** оптимизировать время процедур физиотерапевтического лечения за счет одновременного проведения сеансов ИКЛТ у больных с сочетанной патологией печени и вертеброгенными заболеваниями позвоночника.

**Материалы и методы.** Десять сеансов ИКЛТ проводились на аппарате: «Мустанг-2000» в группе из 20 больных. Время каждого сеанса составляло 15 мин, из них 8 мин на позвоночник, 6 мин на печень и 1 мин на аорту. Для позвоночника использовалась широкая насадка МЛЮ1К, устанавливаемая на паравертебральные зоны (шейный и грудной отделы – 4 зоны, пояснично-крестцовый отдел – 4 зоны по 1 мин каждая, частота импульса 150 Гц). Для печени использовалась точечная насадка с облучением трех зон вдоль реберной дуги справа по 80 Гц с экспозицией по 2 мин на каждую зону, а также области аорты во втором межреберье справа (1 мин, 1500 Гц). Затем с помощью визуальной аналоговой шкалы (ВАШ) и адаптированного опросника Американской ассоциации неврологов исследовалось изменение уровня болевого синдрома и удовлетворенность лечением.

**Результаты.** У пациентов опытной группы после окончания лечения наблюдалось снижение интенсивности болевого синдрома в проекции позвоночного столба и проекции печени в среднем на 4,0 балла (на 58,0%), то есть вдвое. В контрольной группе это снижение составило 3,3 балла (39,8%). В оценке удовлетворенности лечением опытная группа была довольна на 64% от возможного, в то время как пациенты контрольной группы лишь на 45%.

**Выводы.** Комбинированные сеансы ИКЛТ сокращают время, затрачиваемое на физиотерапевтические процедуры, повышают удовлетворенность лечением и заметно влияют на снижение уровня болевого синдрома у пациентов со смешанной патологией.

#### 101. Использование гипохлорита натрия в терапии неалкогольного стеатогепатита

Емельянов Д.Н., Свириденко О.Ю., Мязин Р.Г.

Волгоградский ГМУ, Россия, e-mail: nacl@mail.ru

**Цель исследования:** оценить эффект терапии гипохлоритом натрия в отношении процессов перекисного окисления липидов (ПОЛ), синдрома цитолиза, пигментного обмена и динамики уровня холестерина крови при неалкогольном стеатогепатите.

**Материалы и методы.** В исследование вошли 15 больных с диагнозом «неалкогольный стеатогепатит». Раствор гипохлорита натрия концентрацией 200 мг/л вводился внутривенно капельно в кубитальную вену по 400 мл через день, на курс – 5 инфузий. До и после лечения в сыворотке крови определяли стандартные печеночные пробы, продукты ПОЛ и уровень общего холестерина.

**Результаты.** Выявлено, что курсовое лечение гипохлоритом натрия обеспечивало значительное и достоверное снижение показателей ПОЛ: малонового диальдегида – на 35,2% ( $p < 0,05$ ), диеновых конъюгатов – на 18,6% ( $p < 0,05$ ). Снижалась активность цитолиза: уровень сывороточной уростроминазы – на 50,1% ( $p < 0,05$ ), сывороточной гистидиназы – на 57,0% ( $p < 0,05$ ), АЛТ – на 36,9% ( $p < 0,05$ ), АСТ – на 31,7% ( $p < 0,05$ ). Общий билирубин снижался на 36,3% ( $p < 0,05$ ). Уровень общего холестерина крови снижался до нормы – на 58,0% ( $p < 0,05$ ). Пациенты в процессе лечения отмечали уменьшение интенсивности кожного зуда, улучшение аппетита и сна. Позитивная динамика сохранялась у 67% пациентов в течение 3 месяцев после окончания лечения. При сравнении с терапией гепатопротекторами было отмечено, что позитивная динамика лабораторных данных в контрольной группе пациентов была менее выраженной и для ряда проб недостоверной.

**Выводы.** Терапия гипохлоритом натрия достоверно корригирует процессы ПОЛ, цитоллиз, пигментный обмен, нормализует уровень общего холестерина крови и улучшает субъективное состояние больных неалкогольным стеатогепатитом, причем эффект сохраняется у большинства из них на протяжении 3 месяцев после лечения.

**102. Применение визуальной аналоговой шкалы для оценки уровня боли у пациентов с язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки**  
Емельянов Д.Н., Стаценко И.Ю., Мязин Р.Г., Соболева Д.А.  
Волгоградский ГМУ, Россия, e-mail: nacro@mail.ru

**Цель исследования:** определить уровень болевого синдрома у пациентов с язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки в процессе проводимого базисного противовоспалительного лечения с помощью стандартизированных и доступных методов оценки боли, что является актуальным в клинической практике.

**Материалы и методы.** Универсальной и при этом максимально простой методикой объективного определения интенсивности боли, принятой в мире и в России, является визуальная аналоговая шкала (ВАШ). Мы использовали ВАШ в виде линейки длиной 100 мм с отметками на ней от 0 баллов: «боли нет» до 10 баллов: «максимальная боль». Пациенты ставили на линейке метку, которая соответствовала уровню боли, испытываемой ими в момент исследования. С обратной стороны линейки были нанесены миллиметровые деления для отметки полученных значений. Изменение интенсивности боли считалось объективным, если новое значение ВАШ отличалось от предыдущего более чем на 1,3 балла или 13 мм. Согласно общепринятому стандарту, снижение уровня боли на 1,5-2,0 балла считается минимальным, на 3,0 – умеренным, на 5,0 и более – существенным. В группу исследования вошли 15 больных с язвенной болезнью желудка (8 чел.) и двенадцатиперстной кишки (7 чел.). Пациентам проводилось три оценки в баллах по ВАШ – в день поступления в стационар, а также на третий и на седьмой дни лечения. Затем полученные данные сравнивались.

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

**Выводы.** При оценке интенсивности боли по ВАШ у пациентов с язвенной болезнью наблюдается прямая корреляция со временем от момента поступления в стационар и проводимым лечением.

**103. Изменения ротовой полости при циррозе печени**  
Еремин О.В., Еремин А.В., Козлова И.В.  
Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского, Россия

**Цель:** изучить состояние ротовой полости у пациентов с циррозом печени (ЦП).

**Материал и методы.** Обследованы 50 пациентов с ЦП. Проводили оценку минеральной плотности костной ткани методом дихроматической рентгеновской абсорбциометрии.

**Результаты.** У всех пациентов с циррозом печени выявлены: генерализованный пародонтит, чаще тяжелой (38%) и среднетяжелой (52%) степени, синдром Шегрена с выраженной ксеростомией (8%), которая осложнялась хейлитом, глосситом, стоматитом. Нормальное состояние костной ткани имело место у 30%, остеопения – у 48%, остеопороз – у 22% человек. Снижение минеральной плотности костной ткани увеличивается соответственно клинико-лабораторной активности заболевания печени и наличия холестагического синдрома. Степень резорбции альвеолярного отростка нижней челюсти коррелировала с уровнем системного снижения минеральной плотности костной ткани (по Т-критерию в области шейки бедра) ( $r=0,629$ ) и была тесно связана с наличием холестаза ( $r=0,578$ ). При ЦП в сыворотке крови отмечено повышение уровней костной щелочной фосфатазы, тартрат-резистентной кислой фосфатазы, С-терминального телопептида коллагена I типа и уменьшение содержания остеокальцина соответственно нарастанию активности патологии печени и тяжести поражения пародонта.

**Выводы.** ЦП ассоциирован с хроническим генерализованным пародонтитом среднетяжелой или тяжелой степени. Резорбцию ко-

стой ткани альвеолярного отростка нижней челюсти на фоне ЦП можно рассматривать не только как исход воспалительно-деструктивных изменений в тканях пародонта, но и как локальное проявление генерализованного остеопенического синдрома при ЦП.

**104. Изменение биохимических показателей сыворотки крови крыс при экспериментальном дисбиозе кишечника после введения различных пробиотиков**  
Ермоленко Е.И., Воейкова А.В., Цапиева А.Н.,  
Ермоленко К.Д., Суворов А.Н.  
НИИ экспериментальной медицины СЗО РАМН, Санкт-Петербург, Россия, e-mail: lermolenko1@yandex.ru

**Цель исследования:** выявить особенности влияния различных пробиотических молочнокислых бактерий на биохимические показатели сыворотки крови крыс на фоне дисбиоза кишечника, вызванного введением антибактериальных препаратов.

**Материалы и методы.** В исследовании использовали 6 групп крыс (самцы, Вистар), которым вводили в течение 3 дней ампициллин и метронидазол, а затем 6 дней молочнокислые закваски, содержащие: *Enterococcus faecium* L3, *Lactobacillus plantarum* 8P-A3, *Lactobacillus fermentum* Z, смесь *Lactobacillus delbrueckii* TS1-06 и *Lactobacillus fermentum* TS3-06 (группы 1-4) или молоко (группа 5). Также в качестве контроля использовали крыс, получавших сначала воду, потом молоко (группа 6). Были определены концентрации креатинина, триглицеридов, липидов низкой плотности, глюкозы, белка,  $K^+$ ,  $Na^+$ ,  $Mg^{2+}$ , Fe, креатинина, холестерина; активность ферментов: амилазы, щелочной фосфатазы (ЩФ), аспартатаминотрансферазы (АСТ) и аланинаминотрансферазы (АЛТ) в пробах сыворотки крови животных при помощи биохимического анализатора «Aeroset» (США).

**Результаты.** Анализ подавляющего большинства выбранных биохимических показателей не выявил существенных различий у животных рассматриваемых групп. После введения антибактериальных препаратов отмечено увеличение активности АЛТ, АСТ, амилазы и ЩФ. К концу эксперимента в группах 1-5 величины АЛТ и АСТ были нормализованы. Активность амилазы снижалась только в контрольных группах (5 и 6).

Снижение активности ЩФ наблюдалось в группах 1 и 4, у животных, получавших молочнокислые закваски с *E. faecium* L3 или *L. delbrueckii* TS1-06 и *L. fermentum* TS3-06.

**Заключение.** Таким образом, в действии различных пробиотических бактерий на крыс после введения антибактериальных препаратов наблюдались как общие закономерности, так и специфические особенности. Исследование активности щелочной фосфатазы можно рассматривать как стабильный маркерный признак для оценки эффективности корригирующего эффекта пробиотиков после токсического воздействия антибиотиками.

**105. Эндотелиальная дисфункция и нарушение портопеченочной гемодинамики у пациентов с хроническим вирусным гепатитом**

Ермолова Т.В., Сологуб Т.В., Ермолов С.Ю., Карев В.Е.  
СЗГМУ им. И.И. Мечникова, Санкт-Петербург, Россия,  
e-mail: t.v.ermolova@mail.ru

Нарушение портопеченочной гемодинамики является предиктором формирования портальной гипертензии. Данные о роли дисфункции эндотелия, состоянии нитрооксидергической системы в этих процессах противоречивы.

**Цель исследования:** оценить состояние нитрооксидергической системы и характер нарушений портопеченочной гемодинамики у пациентов с хроническим вирусным гепатитом на начальных стадиях фиброза (0-2).

**Материалы и методы:** 97 пациентов (ХВГВ – 31, ХВГС – 66). Обследование: определение метаболитов NO в крови по Гриссу, биопсия печени с определением стадии фиброза, ИГА, экспрессии синтаза NO (eNOS, iNOS) методом иммуногистохимии, оценка портопеченочной гемодинамики методом полигепатографии.

**Результаты.** У всех пациентов выявлены нарушения внутрипеченочного кровотока на пресинусоидальном уровне, у многих па-

циентов проба с нитроглицерином была положительной. iNOS определялась у всех пациентов с максимальной экспрессией в порталных зонах, что соответствовало локализации гемодинамического блока и коррелировало с ИГА. Экспрессия eNOS в непаренхиматозных клетках была достаточной и равномерной во всех зонах. В основной группе пациентов выявлено достоверное повышение метаболитов NO ( $6,46 \pm 0,45$ ) по сравнению с контрольной группой – ( $4,21 \pm 0,45$ ).

**Выводы.** Наши исследования показали, что нитрооксидергическая система участвует в патогенезе хронического вирусного гепатита как провоспалительный фактор. Локализация внутрипеченочного гемодинамического блока соответствует максимальной экспрессии iNOS, которая коррелирует с ИГА. Несмотря на достаточную и равномерную экспрессию eNOS, происходит, видимо, снижение активности NO в эндотелиальных клетках печени, что требует назначения доноров оксида азота.

#### 106. СМТ-форез даларгина при гастроэзофагеальной рефлюксной болезни

Ефименко Н.В., Эбзеев А.Х., Чалая Е.Н.

Пятигорский государственный НИИ курортологии, Россия

**Цель исследования:** разработать и научно обосновать применение физиотерапевтических факторов (СМТ-форез даларгина) и медикаментозных средств для больных гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью (ГЭРБ) с целью повышения эффективности лечения.

**Материал и методы:** 80 больных ГЭРБ на стадии эрозивного эзофагита, прошедших лечение в Ставропольском краевом онкологическом диспансере.

Всем пациентам проведены клинико-лабораторные и эндоскопические исследования, компьютерная интрагастральная рН-метрия, психологическое тестирование по гастроэнтерологическому опроснику GSRS и опроснику качества жизни MOS SF-36. В сравнительном аспекте изучена эффективность двух лечебных комплексов (ЛК) по 40 человек в каждой группе. 1-я группа больных (1 ЛК, контроль) получала традиционное медикаментозное лечение в течение 3 недель: омепразол по 20 мг 2 раза в сутки утром и вечером, венфер по 1 г 4 раза в сутки; при наличии хеликобактериоза – пиллобакт по схеме. 2-я группа (основная) дополнительно получала СМТ-форез с даларгинном на эпигастральную область № 10, через день.

**Результаты.** При сравнительной оценке результатов лечения оказалось, что эффективность комплекса с СМТ-форезом даларгина (2 ЛК) была выше на 17,4-19%, чем при применении только медикаментозной терапии (1 ЛК). Анализ отдаленных результатов исследования показал, что при таком назначении лечебных факторов значительно улучшается качество жизни больных ГЭРБ за счет повышения значений как физического, так и психологического компонентов здоровья по данным опросника MOS SF-36 ( $p_{1-2} < 0,05$ ).

**Заключение.** Показана высокая эффективность комплексной медикаментозной и физиотерапии при ГЭРБ. Разработанная методика позволит повысить эффективность лечения больных гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью (эрозивным эзофагитом) на 15-20%.

#### 107. Влияние общей воздушной криотерапии на инсулинорезистентность у пациентов с метаболическим синдромом на этапе санаторного лечения

Ефремова С.В., Минушкин О.Н., Свицерская Н.С.

Учебно-научный медицинский центр Управления делами Президента РФ, Москва, Объединенный санаторий «Подмосковье», Домодедово, Россия

**Цель исследования:** с позиций доказательной медицины продемонстрировать возможность управления метаболическими процессами на этапе санаторного лечения пациентов с синдромом инсулинорезистентности.

**Материалы и методы.** Обследованы 40 человек. Диагностика метаболического синдрома проводилась по критериям Междуна-

родной федерации диабета 2005 г. Определение инсулинорезистентности выполнялось по математическим формулам (индексы CARO, HOMA). Все пациенты получали базисное санаторное лечение (диетотерапия, терренкур, бассейн, водолечение). Пациенты разделены на 2 группы: основная дополнительно к базисному санаторному лечению принимала общую воздушную криотерапию (10 процедур), контрольная получала базисное санаторное лечение. К концу лечения в обеих группах среднее снижение индекса массы тела составило 0,6. В основной группе снизился как средний уровень гликемии, так и инсулина. В контрольной группе уровень гликемии снизился, но уровень инсулина несколько возрос. При оценке индексов инсулинорезистентности основной группы: индекс CARO (0,57/0,57) не изменился при выраженной положительной динамике HOMA (3,66/3,35). В контрольной группе индекс CARO снизился (0,69/0,62) – динамика отрицательная, HOMA (3,53/3,50) – без динамики.

**Выводы.** По предварительным данным применение общей воздушной криотерапии в санаторной практике способствует изменению инсулинорезистентности как за счет снижения функциональной активности  $\beta$ -клеток поджелудочной железы, так и за счет повышения чувствительности рецепторов клеток к инсулину.

## Ж

#### 108. К вопросу использования флоролакта при антибиотик-ассоциированных состояниях

Жанкалова З.М.

Казахский НМУ им. С.Д. Асфендиярова, Алматы, Казахстан

**Целью** нашего исследования было изучение эффективности и безопасности препарата «Флоролакт» в профилактике и лечении антибиотик-ассоциированной диареи.

**Материалы и методы.** Все пациенты случайным образом были разделены на две группы – основную (15 человек) и группу сравнения (12 человек). Возраст пациентов составлял от 32 до 57 лет. Женщин было 17, мужчин – 10. Исследуемые обеих групп получали антихеликобактерную терапию. В качестве лекарственного препарата в основной группе применялся пребиотический комплекс «Флоролакт». В состав препарата входили флорация (гуммиарабик, фруктоолигосахариды) 3,33 г и лактиол (лактит МС) 1,67 г. Всем пациентам перед началом исследования было проведено клиническое и лабораторное обследование. Длительность курса лечения составила 1 месяц. В ходе исследования анализировались клинические данные (характер и консистенция стула, наличие болей в животе), а также результаты изучения состава кишечной микрофлоры стандартным микробиологическим исследованием.

**Результаты исследования.** Во всех случаях на фоне приема антибиотика в конце курса отмечалось учащение стула (до 8 раз в сутки), который имел кашицеобразную или жидкую консистенцию и содержал примеси слизи и зелени. Общее состояние больных во всех случаях определялось характером основного патологического процесса, а неустойчивый стул сохранялся и после его купирования. При бактериологическом исследовании кала у всех пациентов было выявлено значительное снижение количества бифидо- и лактобактерий. С целью его коррекции пациенты получали по 1 саше флоролакта 2 раза в день в течение 1 месяца. Клиническое улучшение (нормализация стула) наблюдалось у 3 пациентов основной группы через 10 дней, у 7 пациентов через 20 дней и у 11 пациентов через 1 месяц. За указанный срок у 1 больного стул не нормализовался полностью, оставался кашицеобразным без примесей слизи и зелени. Через 20 дней микробиологическое улучшение кала было отмечено у большей части пациентов (8 пациентов), хотя нормализация показателей количества бифидо- и лактобактерий отмечалась только у 10 больных. Эффект от проводимого лечения не зависел от длительности и характера проводимой антибактериальной терапии, ставшей причиной изменений микробиоценоза кишечника.

**Выводы.** Полученные данные позволяют сделать предположение об эффективности коррекции антибиотик-ассоциированной диареи при помощи пребиотика «Флоролакт». Совместное применение флоролакта с проводимой эрадикацией *Helicobacter pylori* уменьшает риск развития нарушений кишечного микробиоценоза. Следует отметить необходимость достаточно длительных курсов для достижения значимого бифидо- и лактогенного действия пребиотиков. Флоролакт отличается хорошей индивидуальной переносимостью, отсутствием побочных реакций и является безопасным средством профилактики и лечения антибиотик-ассоциированной диареи.

#### 109. Методика курортного лечения больных эрозивно-язвенными поражениями гастродуоденальной системы, прибывающих на короткий срок лечения

Жигунова Т.П., Осипов Ю.С., 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 эрозивно-язвенными поражениями гастродуоденальной системы. Многие из этих больных предпочитают вместо стационара лечение на курорте, где условия пребывания значительно лучше. У большей части больных клиническая картина заболевания выражена умеренно, возможно, поэтому они приезжают на курорт на короткие сроки – 10-12 дней.

**Цель исследования:** оценка эффективности курортных факторов в сочетании с медикаментозной терапией больных с эрозивно-язвенными поражениями гастродуоденальной системы.

**Материалы и методы.** Наблюдались 38 больных с эрозивно-язвенными поражениями гастродуоденальной системы: 24 – с эрозивным гастродуоденитом, 14 – с язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки. Всем наблюдаемым больным проводилась эзофагогастродуоденоскопия с эндоскопической рН-метрией в начале и в конце лечения.

Больные получали комплекс санаторно-курортного лечения, который включал прием минеральной воды Смирновского источника, минеральные ванны, диетическое питание, медикаментозное лечение (до завтрака и ужина паритет 20 мг, через 20 минут 2 таблетки де-нола – 10 дней). У всех наблюдаемых больных выявлено наличие инфицирования *Helicobacter pylori*, поэтому больные принимали кларитромицин и метронидазол 2 раза в день 7 дней.

В результате лечения у 43% больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки отмечено рубцевание язвы (стадия красного рубца) и у 21% – уменьшение размеров язвы. У 58% больных с эрозивным гастродуоденитом отмечено исчезновение эрозий.

**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.

#### 110. Липиды крови у больных неалкогольной жировой болезнью печени (НЖБП)

Жилина А.А., Ларева Н.В., Лузина Е.В., Жигжитова Е.Б., Дурова О.А.  
Читинская ГМА, Россия

**Цель исследования:** выявить изменения липидного спектра у больных различными формами НЖБП.

**Материалы и методы.** Обследованы 82 больных с метаболическим синдромом (МС). Пациенты разделены на 3 группы: 1-я группа – 37 больных с признаками жировой дистрофии (ЖД) печени, 2-я группа – 33 человека с неалкогольным стеатогепатитом (НАСГ), 3-я – группа сравнения (больные с МС без признаков НЖБП) – 12 человек. Оценивали: общий холестерин (ХН), холестерин липопротеидов низкой плотности (ХС ЛПНП), холестерин липопротеидов очень низкой плотности (ХС ЛПОНП), холестерин липопротеидов высокой плотности (ХС ЛПВП), триглицериды (ТГ). Статистическая обработка поведена с использова-

нием программы Statistica 6,0, вычисляли медиану, 25 и 75 процентиля, критерий Манна-Уитни.

**Результаты.** Дислипидемия встречается у 23 больных (69,7%) НАСГ, у 25 больных (67,6%) ЖД и у 7 человек (58,3%) группы сравнения. Уровень ОХ был сопоставим в 1-й, 2-й и 3-й группах (6,13 (5,2; 6,86), 5,79 (5,09; 6,34), 6,2 (5,3; 7,1) ммоль/л соответственно,  $p>0,05$ ). Концентрация ХС ЛПНП также не отличалась в изучаемых группах (4,08 (3,16; 4,95), 3,7 (3,01; 4,69) и 3,84 (3,0; 4,61) ммоль/л соответственно,  $p>0,05$ ). Не было установлено различий и при изучении концентрации ХС ЛПОНП (1,00 (0,72; 1,48), 1,07 (0,66; 1,46) и 0,99 (0,83; 1,54) ммоль/л соответственно,  $p>0,05$ ). По содержанию ТГ в сыворотке крови группы также оказались сопоставимы (2,26 (1,59; 3,26), 2,35 (1,43; 3,22) и 2,21 (1,64; 3,2) ммоль/л соответственно,  $p>0,05$ ). Однако содержание ХС ЛПВП в крови у больных НАСГ было значимо ниже по сравнению с пациентами с ЖД и группы сравнения (0,86 (0,69; 0,97), 0,97 (0,87; 1,19) и 1,05 (0,94; 3,2) ммоль/л соответственно,  $p=0,049$ ,  $p=0,02$ ).

**Выводы.** У больных НЖБП при развитии воспаления в печеночной ткани происходит значимое снижение содержания в сыворотке крови ХС ЛПВП.

#### 111. Клинические особенности неалкогольной жировой болезни печени (НЖБП)

Жилина А.А., Ларева Н.В., Лузина Е.В., Пустотина З.М.  
Читинская ГМА, Россия

**Цель исследования:** выявить возможные клинические проявления различных нозологических форм НЖБП.

**Материалы и методы.** Обследованы 70 больных НЖБП. Пациенты разделены на 2 группы: 1 группа – 37 больных с жировой дистрофией (ЖД), 2 группа – 33 человека с неалкогольным стеатогепатитом (НАСГ). Деление на группы происходило по принципу наличия биохимической активности. Оценивались биохимические показатели (билирубин (ББ), активность аланинаминотрансферазы (АЛТ), аспартатаминотрансферазы (АСТ), щелочной фосфатазы (ЩФ), гамма-глутамилтранспептидазы (ГГТП)), данные ультразвукового исследования (УЗИ) органов брюшной полости (гепатомегалия, затухание луча на периферии).

Статистическая обработка поведена с использованием программы Statistica 6,0, вычисляли медиану, 25 и 75 процентиля,  $\chi^2$ .

**Результаты исследования.** Слабость и недомогание чаще ощущают пациенты с НАСГ (23 человека – 69,7%), чем больные ЖД (13 человек – 35,1%),  $p=0,008$ . У больных НАСГ не было выявлено гипербилирубинемии, повышение активности ЩФ наблюдалось у 2 больных (6,1%) и составило 103 и 105 Ед./л соответственно, повышение активности ГГТП – у 16 больных (48,5%) – 70,0 (59,1; 81,0) Ед./л. В группе больных ЖД гипербилирубинемия зарегистрирована у 2 (5,4%) и составила 23,8 и 39,0 ммоль/л, повышение активности ЩФ – у 4 человек (10,8%) – 104 (101; 106) Ед./л, повышение активности ГГТП – у 14 пациентов (37,8%) – 60,0 (56,0; 61,0) Ед./л., при этом статистическая разница не была выявлена ( $p>0,05$ ). При изучении размеров печени по данным УЗИ было установлено, что передне-задний размер печени у больных НАСГ составил 149 мм (145; 157), у больных ЖД – 141 мм (130; 157) при норме 120 мм,  $p=0,340$ .

**Выводы.** Диагностика отдельных форм НЖБП в клинике представляет значительные трудности, однако у больных НАСГ чаще имеются проявления астеновегетативного синдрома.

#### 112. Сопутствующая патология панкреатобилиарной системы (ПБС) у больных неалкогольной жировой болезнью печени (НЖБП)

Жилина А.А., Ларева Н.В., Лузина Е.В., Пустотина З.М., Зуева А.А.  
Читинская ГМА, Россия

**Цель исследования:** выявить частоту встречаемости сопутствующей патологии ПБС у больных НЖБП.

**Материалы и методы.** Обследованы 58 больных НЖБП. Пациенты разделены на 2 группы: 1-я группа – 26 больных с жировой дистрофией (ЖД), 2-я группа – 23 человека с неалкогольным

стеатогепатитом (НАСГ). Деление на группы происходило по принципу наличия биохимической активности. Всем пациентам проведено ультразвуковое исследование (УЗИ) органов брюшной полости. Статистическая обработка поведена с использованием программы Statistica 6,0, вычисляли  $\chi^2$ .

**Результаты исследования.** Наиболее часто у больных с НЖБП наблюдались диффузные изменения поджелудочной железы – в 81,8% случаев, практически у половины пациентов (45,6%) выявлялись признаки хронического бактериального холецистита, гораздо реже наблюдались признаки желчнокаменной болезни – 23,6%. При этом у 6 больных ЖД (20,7%) и у 7 пациентов с НАСГ (26,9%) встречались камни желчного пузыря и удаленный желчный пузырь,  $p=0,619$ . Диффузные изменения поджелудочной железы обнаружены у 23 человек 1-й группы (79,3%) и у 22 человек 2-й группы (87,6%),  $p=0,886$ . Признаки хронического холецистита (уплотнение стенки желчного пузыря, его деформация) установлены у 12 больных ЖД (41,3%) и у 13 пациентов с НАСГ (50,0%),  $p=0,721$ . При изучении размеров печени по данным УЗИ, было установлено, что передне-задний размер печени у больных НАСГ составил 149 мм (145; 157), у больных ЖД – 141 мм (130; 157) при норме 120 мм,  $p=0,340$ .

**Выводы.** Наиболее часто встречались у больных НЖБП изменения поджелудочной железы, при этом сопутствующее поражение ПБС с одинаковой частотой выявлялись как при ЖД, так и НАСГ; кроме того, клиническая форма НЖБП не зависит от размеров печени.

### 113. Особенности кристаллогенной активности слюны при алкогольном абстинентном синдроме

Жукова Н.Э., Мартусевич А.К.<sup>1</sup>, Спицын А.П.<sup>2</sup>

Клиника «Госпитальер», Саратов, <sup>1</sup>Нижегородский НИИ травматологии и ортопедии, <sup>2</sup>Кировская ГМА, Россия

**Цель исследования:** изучить кристаллогенные свойства ротовой жидкости пациентов при алкогольной абстиненции.

**Материал и методы исследования.** Оценивали собственную и иницированную структуризацию ротовой жидкости 21 пациента с алкогольным абстинентным синдромом (средний возраст (43,9±5,2) года). Результаты сопоставляли с имеющимся тизонокристаллоскопическим «паттерном» практически здоровых людей сопоставимого возраста. В качестве базисного вещества в тизографическом тесте применяли 0,9% раствор хлорида натрия. Описание кристаллоскопических и тизографических фаций осуществляли с помощью собственной системы визуаметрических параметров (Мартусевич А.К., 2008-2011). Статистическую обработку данных производили с использованием программы SPSS 11.0.

**Результаты.** Установлено, что для высушенных образцов слюны пациентов с алкогольной абстиненцией характерно выраженное ингибирование кристаллогенеза, сопровождающееся расширением краевой зоны фации, иногда – с появлением хаотичных «разломов». Кроме того, в кристаллограммах выявляется высокая степень деструкции структурных элементов (преимущественно – одиночных кристаллов и дендритов с минимальной степенью ветвления) и хаотичность их распределения по текстуре образца. В тизографических фациях также обнаруживается ингибирование кристаллизации базисного вещества с формированием слаборазветвленных структур, имеющих выраженные признаки деструкции. Выраженность краевой зоны вариабельна.

**Заключение.** Таким образом, наличие выраженной алкогольной интоксикации способствует значимому ингибированию собственной кристаллогенной активности и иницирующих свойств ротовой жидкости пациентов.

### 114. Особенности метаболических нарушений у пациентов с неалкогольным стеатогепатитом и избыточной массой тела

Журавлева Л.В., Бобронникова Л.Р., Журавлева А.К.  
Харьковский НМУ, Украина

**Цель исследования:** изучить особенности метаболизма у пациентов с неалкогольным стеатогепатитом (НАСГ) и нарушенной массой тела.

**Материал и методы.** В зависимости от индекса массы тела (ИМТ) 85 больных НАСГ (47 мужчин и 38 женщины, средний возраст (56,8±4,6) года) были разделены на две группы. В 1-й (n=43) ИМТ составил (33,07±3,12) кг/м<sup>2</sup>, во 2-й (n=42) – (26,04±4,22) кг/м<sup>2</sup>. Изучали функциональное состояние печени, липидный спектр, С-реактивный протеин (СРП), малоновый диальдегид (МДА) сыворотки крови, индекс НОМА-IR.

**Результаты.** Повышение активности АСТ в 1,7 и АЛТ в 2,4 раза ( $p<0,001$ ) отмечено у пациентов 1-й группы и в 1,9 раза ( $p<0,001$ ) – 2-й; увеличение прямого билирубина наблюдалось в 2,7 и 2,1 раза ( $p<0,001$ ) соответственно. В 1-й группе содержание общего холестерина (ХС) было в среднем на 22% выше, чем во 2-й ( $p<0,01$ ), триглицеридов (ТГ) – на 26% ( $p<0,01$ ), ХС ЛПНП – на 28% ( $p<0,01$ ), а уровень ХС ЛПВП на 26% ниже ( $p<0,01$ ). Индекс НОМА-IR составил 3,81±0,77 и 2,92±0,42 соответственно ( $p<0,05$ ) и коррелировал с ИМТ у пациентов 1-й группы ( $r=0,64$ ;  $p<0,05$ ). Содержание СРП в 1-й группе было на 44% выше в сравнении со 2-й группой ( $p<0,01$ ) и коррелировало с отношением ТГ/ХС ЛПВП ( $r=0,44$ ;  $p<0,01$ ), содержанием ХС ЛПНП ( $r=0,47$ ;  $p<0,001$ ), ХС ЛПОНП ( $r=0,49$ ;  $p<0,001$ ) и уровнем фибронектина ( $r=0,44$ ;  $p<0,001$ ). Содержание МДА в плазме было повышенным в обеих группах – 0,97±0,14 и 0,88±0,16 соответственно,  $p<0,01$ , и коррелировало с ХС ЛПНП ( $r=0,54$ ;  $p<0,01$ ) и ХС ЛПОНП ( $r=0,51$ ;  $p<0,01$ ).

**Выводы.** Течение НАСГ у лиц с нарушенной массой тела проявляется более выраженными изменениями системного воспаления и оксидантного стресса, метаболического статуса, проатерогенной модификацией липопротеидов сыворотки крови и факторов фиброобразования, что влияет на формирование инсулинорезистентности.

## 3

### 115. Христианский оздоровительный пост как средство в практике массовой разгрузочно-диетической профилактики (РДП)

Завальнюк В.М., Шумилов В.Н.

Костел Св. Симона и Св. Елены, Минск, Республика Беларусь, e-mail: vlad\_z@tut.by; vshumilov@narod.ru

**Цель исследования:** изучить влияние христианского поста на состояние здоровья прихожан при массовом постовании в сотрудничестве с государственной системой здравоохранения для проведения диспансеризации населения.

**Материал и методы.** С 2009 года согласно церковному календарю постов наблюдались 5 230 прихожан Красного костела, из которых 130 по нашим рекомендациям проводили чистый пост только на воде в период после заговения от 2 до 5 суток до разговения, что, по отзывам постящихся, заметно облегчало процесс постования.

За консультациями к врачу обратились 86 прихожан. 14 прихожан изъявили желание продолжить чистый пост до 7-10 суток на чистой воде в соответствии с рекомендациями по РДП проф. Ю.С. Николаева. Все постящиеся не курили, не сквернословили, строго следовали рекомендациям врача-специалиста по РДП и священника.

46 прихожан участвовали в паломническом походе к Иконе Божьей Матери в Будслав в период Петрова поста в течение 5 суток только на воде.

**Результаты.** Наши исследования подтверждают наблюдения проф. Вениаминова, опубликованные в 1769 году в книге «Слово о постах как средстве предохранения от болезней».

Ни у кого из наблюдаемых постящихся не обострились хронические заболевания, никто из них не был госпитализирован. Более того, при опросах установлено, что свыше 100 человек хотели продлить чистый пост в виде курса РДП под наблюдением врача-специалиста по РДП.

**Выводы.** Все постящиеся отмечали животворящую, одухотворяющую и исцеляющую силу чистого поста, избавляющую от всякой скверны, что позволяет успешно противостоять депрессии, радиофобии в связи с аварией на ЧАЭС в 1986 году и укреп-

ляться в христианской вере. Возникает настоятельная необходимость в подготовке медицинских кадров по РДТ для врачебного наблюдения за постящимися, изъявляющими желание пролечиться методом РДТ. Практика массового постования свидетельствует о готовности прихожан поститься чистым постом более длительные сроки (до 18-21 суток) для избавления от хронических заболеваний.

**Заключение.** Сотрудничество церкви с государственной системой здравоохранения имеет одну общую цель – укрепление и сохранение здоровья человека, находит общую платформу в практике массового постования и диспансеризации с применением РДП, что надежно послужит активному долголетию и научно обоснованному строго индивидуализированному повышению пенсионного возраста.

#### 116. Характеристика грибов рода *Candida* и грибково-бактериальных ассоциаций при дисбиотических нарушениях кишечника

Завгородняя Е.Ф., Сташкевич Л.А.  
Хабаровский НИИЭМ, Россия

**Цель исследования:** определение видового состава и чувствительности к антимикотическим препаратам грибов рода *Candida*, изолированных от лиц с дисбиотическим состоянием кишечника. **Материалы и методы.** Исследованы 1146 пациентов с клиническими проявлениями дисбиоза кишечника, в том числе 451 ребенок в возрасте от 1 месяца до 1 года, 343 – от 1 года 1 месяца до 14 лет и 352 взрослых.

Основные исследования проводились по стандартным методикам, частично идентификация культур – с помощью баканализатора Vitek 2-compact (Франция), определение видов рода *Candida* – на среде HiCrom Candida Agar (HiMedia) – Индия.

**Результаты.** Установлено наличие дисбиоза кишечника у 93,3% обследованных с наибольшим распространением в младшей возрастной группе (98,9%) и преобладанием нарушений 2-й степени во всех группах.

Грибы рода *Candida* выделены от 26,7% лиц с дисбиозом с наибольшей частотой (31,6%) и массивностью в младшей возрастной группе.

76,1% штаммов грибов рода *Candida* изолированы в виде ассоциаций в основном с *S.aureus* и *Klebsiella oxytoca*. При этом в 55,2% случаев выделялись двухкомпонентные ассоциации, в 20,3% – трехкомпонентные. Все грибы, изолированные от детей младшей возрастной группы в виде монокультур, относились к виду *albicans*; от этих же детей чаще выделялись двух- и трехкомпонентные ассоциации (грибы+УИБ).

Наибольший удельный вес в структуре изучаемых видов составляли *C.glabrata* (46,1%) и *C.albicans* (42,5%), виды *krusei* и *tropicalis* выделялись значительно реже (8,5% и 2,9%). У детей младшей возрастной группы лидирующими были виды *albicans* (44,2%) и *glabrata* (42,8%), у детей старшего возраста и взрослых – *glabrata* (68,9%) и 64,6% соответственно).

Установлено, что большинство штаммов *C.albicans* были чувствительны к препаратам полиенового ряда и кетаконазолу и устойчивы к итраконазолу и флуконазолу. *C.glabrata* – высокочувствительны к кетаконазолу (в 75,0%), клотримазолу (88,9%) и нистатину (63,7%). Следует подчеркнуть, что, несмотря на отдельные сообщения о снижении чувствительности грибов рода *Candida* к нистатину, штаммы всех исследуемых видов, особенно *albicans* (88,5%) и *tropicalis*, (100,0%), циркулирующих в нашем регионе, обладают выраженной чувствительностью к этому препарату. *C.tropicalis* оказались чувствительны к препаратам полиенового ряда (нистатину и клотримазолу) в 100,0% и 83,4% случаев, тогда как к азоловым препаратам были устойчивы (к итраконазолу в 100,0%, к кетаконазолу и флуконазолу – в 66,7%).

**Заключение.** Таким образом, полученные данные по антимикотической активности препаратов и видовой принадлежности грибов рода *Candida*, циркулирующих в нашем регионе, могут быть использованы в медицинской практике при выборе препаратов для лечения кишечных кандидозов, для которых дисбиотические нарушения кишечника являются предшествующей фазой заболевания.

#### 117. Влияние тиреоидной недостаточности на структуру желудка при хронических эрозиях (ХЭ)

Залюбовская Е.И.

Харьковский НМУ, Украина, e-mail: elena1714@rambler.ru

**Цель исследования:** изучить вклад тиреоидной недостаточности в формирование морфологических изменений слизистой оболочки (СО) желудка при хронических эрозиях.

**Материал и методы.** Гистологическое исследование биоптатов СО тела и антрального отдела (АО) желудка, окрашенных гематоксилином и эозином, проведено у 65 больных с ХЭ: 35 – без патологии щитовидной железы (I группа), 30 – в сочетании с первичным гипотиреозом, развившимся на фоне аутоиммунного тиреоидита (II группа).

**Результаты.** В теле и АО желудка больных I группы преобладали воспалительные изменения, характерные для поверхностного гастрита, реже – диффузного. Для больных II группы характерным был атрофический гастрит (АГ), который наблюдался в 2,5 раза чаще в теле желудка ( $\chi^2=5,2$ ,  $p=0,02$ ) и в 2,7 раза – в АО ( $\chi^2=5,3$ ,  $p=0,02$ ). Степень тяжести АГ в теле желудка коррелировала с уровнем fT4 ( $r=-0,47$ ;  $p=0,007$ ), в АО – с fT4 ( $r=-0,71$ ;  $p=0,001$ ), T3 ( $r=-0,66$ ;  $p=0,001$ ), T4 ( $r=-0,69$ ;  $p=0,001$ ). Более того, при гипотиреозе атрофические изменения СО сопровождалась дисрегуляторными процессами: кишечная метаплазия СО тела желудка наблюдалась в 13,3% случаев, АО – у 36,7% больных. Дисплазия эпителия 2 степени тяжести выявлена у 16,7% больных.

**Выводы.** При наличии ХЭ недостаточный трофический потенциал тиреоидных гормонов существенно отражается на структуре СО желудка, способствуя развитию атрофических и дисрегуляторных изменений, что является неблагоприятным прогностическим фактором, требующим адекватной заместительной терапии препаратами тиреоидных гормонов и тщательного динамического наблюдения за больными с ХЭ желудка для раннего выявления диспластических изменений СО.

#### 118. Новые технологии оценки метаболизма микрофлоры кишечника по результатам анализа концентраций ЛЖК

Затевалов А.М., Селькова Е.П., Алешкин А.В.,

Шапкина О.А., Амерханова А.И.

МНИИЭМ им. Г.Н. Габричевского, Москва,

Нижегородский НИИ детской гастроэнтерологии, Россия,

e-mail: 4520896@mail.ru

**Цель исследования:** оценка микробного пищеварения методом дискриминантного анализа (ДА) по концентрациям летучих жирных кислот (ЛЖК) в кале.

Материалы от 2800 пациентов исследовались методом «Комплексный анализ микрофлоры кишечника», разработанным в институте Г.Н. Габричевского. Было обнаружено, что анаэробный индекс не коррелирует с соотношением анаэробной и аэробной микрофлоры, однако он находится в зависимости от количества условно патогенной микрофлоры и, в большей мере, – от антибиотикочувствительности. Следовательно, метаболиты микроорганизмов характеризуют свойства условно патогенной (ассоциантной) микрофлоры в большей степени, чем ее количественное соотношение с анаэробной (доминантной).

В настоящей работе применена обработка дискриминантным анализом (ДА) концентраций ЛЖК у находящихся в стадии реконвалесценции пациентов с гастродуоденитом. Изучалась эффективность применения синбиотика «Нормоспектрум» в программе медицинской реабилитации больных разными формами гастродуоденита методом дискриминантного анализа (ДА) по концентрациям летучих жирных кислот (ЛЖК) в кале.

Результаты исследования позволили определить группы с положительным и отрицательным эффектом применения синбиотика. Таким образом, по результатам исследования предложен новый подход к оценке микробного пищеварения. Установлено, что при корреляции соотношений ЛЖК и свойств условно патогенной микрофлоры, по результатам анализа ЛЖК можно установить меру дисбиоза, а по результатам ДА – тип дисбиоза и подобрать эффективную схему терапии, реабилитации или профилактики.

**119. Применение дискриминантного анализа для оценки концентрации летучих жирных кислот микрофлоры кишечника**

Затевалов А.М., Селькова Е.П., Мелихова А.А.,  
Гусарова М.П., Рудой Б.А.  
МНИИЭМ им. Г.Н. Габричевского, Москва, Россия,  
e-mail: 4520896@mail.ru

**Цель исследования:** применение метода дискриминантного анализа (ДА) для оценки дисбиоза по концентрациям летучих жирных кислот (ЛЖК) в содержимом кишечника.

Результаты исследования материалов (2800 пациентов) методом «Комплексный анализ микрофлоры кишечника», разработанным в институте Г.Н. Габричевского, показали, что метаболиты микроорганизмов характеризуют свойства условно патогенной (ассоциантной) микрофлоры в большей степени, чем ее количественное соотношение с анаэробной (доминантной). Показано, что имеется корреляция устойчивости к внешнему воздействию условно патогенных микроорганизмов и соотношения метаболитов микрофлоры. Сложный биохимический процесс формирования ЛЖК приводит к значительным разбросам значений их концентраций и усложняет диагностику. Применение ДА оценки концентрации ЛЖК значительно усиливает мощность статистической обработки и позволяет определить эффективность применения различных схем лечения.

Обработка ДА концентраций ЛЖК на модели антибиотик-ассоциированного дисбиоза на мышах показало, что защитное действие лактулозы по результатам расчетов концентраций ЛЖК не имело достоверных отличий. В то же время результаты дискриминантного анализа имели различия при достоверности более 95%.

Полученные результаты позволили по рассчитанному эффекту определить эффективную схему и дозу лактулозы.

**120. Применение микроконвертера и металлоксидного сенсора для неинвазивной диагностики хеликобактериоза по выдыхаемому воздуху**

Звягин А.А.<sup>1</sup>, Корчагина С.Н.<sup>1</sup>, Шапошник А.В.<sup>1</sup>,  
Назаренко И.Н.<sup>1</sup>, Рябцев С.В.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Воронежский государственный аграрный университет,  
<sup>2</sup>Воронежский государственный университет,  
e-mail: a.a.zviagin@rambler.ru, Россия

**Цель исследования:** провести селективное определение аммиака с высокой стабильностью для неинвазивной диагностики хеликобактериоза по выдыхаемому воздуху.

**Материалы и методы.** Разработано устройство, состоящее из металлоксидного сенсора и микроконвертера. В качестве материала для создания сенсорного слоя металлоксидного сенсора и микроконвертера использовали высокодисперсный наноматериал – диоксид олова с размером зерен менее 8 нм, полученный конденсационным методом. Для повышения каталитических свойств сенсора его легировали добавками 2% NiO и 2% Au, а материал конвертера легировали 2% Pt и 2% Pd. Исследование газочувствительных свойств устройства проводили в стационарных температурных режимах работы.

**Результаты.** Конвертер превращает аммиак в диоксид азота. При выключенном конвертере сенсор детектирует аммиак (донорный сигнал), а при включенном – диоксид азота (акцепторный сигнал). Таким образом, отклик сенсора будет менять вид зависимости при изменении состава атмосферы, в которой он находится, что характерно только для паров аммиака, а периодическое включение конвертера дополнительно увеличит общий отклик на сенсоре. Результирующий отклик будет представлять собою результат алгебраического сложения донорного сигнала, полученного по отношению к аммиаку, и акцепторного сигнала, полученного по отношению к парам диоксида азота.

**Вывод.** Преимуществом данного метода, наряду с высокой селективностью и скоростью, является также его высокая стабильность, так как метод позволяет минимизировать проблему дрейфа показаний сенсора.

**И****121. Отклонения состояния слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки у больных мультифокальным атеросклерозом**

Иванов М.А., Берест Д.Г., Зайцев В.В., Сабодаш В.Б.  
СЗГМУ им. И.И. Мечникова (кафедра общей хирургии),  
Санкт-Петербург, Россия

**Целью настоящего исследования** явилась оценка причин изменений эпителиальной выстилки желудка и двенадцатиперстной кишки у больных распространенным атеросклерозом.

**Материал и методы.** В основу работы легли наблюдения над 100 пациентами, оперированными по поводу атеросклеротического поражения аорты и ее ветвей. В ходе обследования анализировалась степень выраженности ишемических изменений, выполнялась эзофагогастроскопия с выявлением пилорического хеликобактера. Анализировались основные причины изменений слизистой желудка (эрозивно-язвенные изменения слизистой – ЭЯИС) с отбором наиболее значимых и предрасполагающих для поражения эпителия влияний.

**Результаты.** Обращает на себя внимание роль системных нарушений пищеварительных процессов в развитии ЭЯИС желудка и двенадцатиперстной кишки. Подобные отклонения регистрировались у лиц с проявлениями мальдигестии и мальабсорбции, в том числе на фоне дисбиоза и печеночных дисфункций. Критерием неблагоприятия явилась дис- и гипопроотеинемия, ставшая одним из ведущих предрасполагающих обстоятельств ЭЯИС ( $p=0,02$ ): при наличии эрозий и язв нарушения протеинограммы имели место у двух больных из трех обследованных.

Пилорический хеликобактер традиционно считается повреждающим фактором по отношению к слизистой желудка. У больных атеросклерозом данный возбудитель достоверно предрасполагал к ЭЯИС ( $p=0,002$ ). Каждый второй пациент с высокой степенью обсемененности пилорическим хеликобактером имел эрозии желудка и двенадцатиперстной кишки.

**Выводы.** Комплексные изменения пищеварения, сочетающиеся с дисбиозом и инфицированием *H.pylori*, являются причинами ЭЯИС проксимальных сегментов пищеварительного тракта.

**122. Эффективность биоимпедансного анализа состава организма при недостаточности питания**

Иванов С.В., Хорошилов И.Е., Янковская П.А.  
Северо-Западный ГМУ им. И.И. Мечникова,  
Санкт-Петербург, Россия

Биоимпедансный анализ (БИА) позволяет определить общую массу жировой ткани в организме и является важным скрининговым методом выявления недостаточности питания и оценки состояния питания пациентов, рекомендованным Европейским обществом клинического питания и метаболизма (ESPEN).

**Цель исследования:** оценить эффективность использования биоимпедансного анализа состава организма у пациентов с недостаточностью питания.

**Материалы и методы.** В исследование были включены 18 пациентов с гастроэнтерологической патологией, сопровождающейся снижением массы тела (болезнь Крона, язвенный колит и целиакия). Критерием включения в исследование являлось снижение индекса массы тела пациента менее 20 кг/м<sup>2</sup>.

Эффективность биоимпедансного анализа оценивалась в сравнении с двумя другими методами исследования состава организма – калиперометрией (основан на измерении кожно-жировых складок, по Durnin-Womersley) и двухэнергетической рентгеновской абсорбциометрией (ДРА). При этом учитывалось, что ДРА является «золотым» стандартом определения количества жировой ткани в организме, но при этом не может быть широко использован в клинике вследствие высокой стоимости аппарата. Статистическое сравнение значений жировой массы, полученной при использовании данных трех методов, проводилось с помощью непараметрического парного критерия Вилкоксона.

**Результаты исследования.** Обнаружено, что значения жировой массы, полученные с помощью БИА, статистически не отличаются от полученных с помощью «золотого стандарта», а метод калиперометрии занижает значение жировой массы.

**Вывод.** Биоимпедансный анализ может быть рекомендован как простой и достаточно точный способ определения состава организма у истощенных пациентов.

**123. Липопротеиды высокой плотности: патогенетическая роль в развитии желчнокаменной болезни и холестероза желчного пузыря**  
Иванченкова Р.А., Атькова Е.Р.  
ПММУ им. И.М. Сеченова, Москва, Россия

**Цель исследования:** выявить изменения холестерина (ХС) липопротеидов высокой плотности (ЛВП) при желчнокаменной болезни (ЖКБ) и холестерозе желчного пузыря (ХЖП) и оценить характер этих изменений.

**Материалы и методы.** Обследованы 200 больных ЖКБ и 200 больных ХЖП (ретроспективный анализ), исследовали липиды крови, полиморфизм гена апоЕ.

**Результаты.** Гиперлипидемия у больных ЖКБ и ХЖП сопровождается снижением уровня ХС ЛВП, что является следствием нарушения метаболизма полиненасыщенных (ПНЖК), а затем и насыщенных (НЖК) жирных кислот, и проявляется уже в возрасте до 30 лет. При ЖКБ снижение ХС ЛВП прослеживается на одном уровне во всех возрастных подгруппах – (41,0±7,9)% – (44,0±6,5)%,  $p > 0,5$ , тогда как при ХЖП наблюдается тенденция к прогрессированию снижения этих показателей с возрастом – (40,0±9,8)% – (48,0±10,0)% – (55,0±7,7)% – (44,8±9,1)%,  $p < 0,05$ . При ЖКБ и ХЖП имеет место нарушение метаболизма как НЖК, так и ПНЖК, при ХЖП – чаще полиненасыщенных (с увеличением и структурными изменениями ЛНП), а при ЖКБ – насыщенных ЖК (с увеличением ЛОНП). Прогрессирующее увеличение уровня ХС ЛВП с возрастом может свидетельствовать о преобладании процессов нарушения метаболизма ПНЖК при ХЖП. Последние обуславливают: 1) ослабление рецепторного связывания ЛНП с клеточными мембранами, увеличение их уровня в кровотоке с последующей модификацией; снижение содержания ПНЖК в поверхностном монослое ЛВП; 2) увеличение вязкости поверхностного монослоя клеточных мембран с нарушением связывания ЛВП со свободным ХС (снижение процессов «обратного транспорта ХС»); 3) изменения в фосфолипидном составе поверхностного монослоя ЛВП, затрудняющие погружение эстерифицированного ХС в ядро ЛВП (увеличение вязкости) и облегчающие, вследствие этого, переход свободного ХС с ЛВП на ЛНП, что также приводит к увеличению ЛНП в кровотоке.

**124. Роль ретроградных вмешательств в диагностике и лечении доброкачественных поражений терминального отдела холедоха**  
Исмаилов У.С., Арипова Н.У., Матмуратов С.К., Аллазаров У.А., Мадатов К.А., Шаропов А.Н.  
Научный центр хирургии печени и желчевыводящих путей МЗ РУз, Ташкент, Узбекистан

В настоящее время желчнокаменная болезнь является распространенным заболеванием и встречается у 10-15% населения. Самыми частыми осложнениями желчнокаменной болезни являются холедохолитиаз, который встречается у 8,1-26,8% больных, и стеноз дистального отдела общего желчного протока, который встречается у 3-40% больных с холедохолитиазом (Павловский А.В., 2006; Галлингер Ю.И., 2002; Attasgaranya S., 2008). Внедрение в клиническую практику новых диагностических и хирургических технологий до конца не решило проблему диагностики доброкачественных поражений ТОХ и БДС. В настоящее время «золотым стандартом» лечения данной патологии является выполнение эндоскопических ретроградных вмешательств.

**Целью нашего исследования** явилось изучение результатов эндоскопических ретроградных вмешательств при холедохолитиазе и стенозе терминального отдела холедоха.

**Материалы и методы исследования.** С 2007 по 2011 гг. в Научном центре хирургии печени и желчевыводящих путей МЗ РУз использованы эндоскопические способы лечения холедохолитиаза и стеноза терминального отдела холедоха у 45 пациентов. Среди пациентов были 34 (75,6%) женщины и 11 мужчин (24,4%) в возрасте от 24 до 80 лет (средний возраст (54,3±7,2) года).

Всем больным при поступлении в клинику проведены ультразвуковое исследование (УЗИ) брюшной полости, фиброгастродуоденоскопия (ФГДС) с осмотром большого сосочка двенадцатиперстной кишки (БДС) и эндоскопическая ретроградная панкреатохолангиография (ЭРПХГ). Также всем пациентам проведены лабораторные исследования, при этом уровень билирубина у пациентов, поступивших с явлениями механической желтухи, колебался от 25,5 до 293,1 ммоль/л и составлял в среднем (87,4±9,2) ммоль/л.

**Результаты исследования и их обсуждение.** У 42 больных были явления механической желтухи при поступлении или в анамнезе. Четких дооперационных данных за патологию холедоха при проведении УЗИ и ФГДС с осмотром БДС получено не было. Диаметр холедоха по данным УЗИ колебался от 5 мм до 1,4 см, (0,9±0,3) см. Всем больным проведена эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография, при которой выявлены в 22 наблюдениях (48,9%) холедохолитиаз, в 14 (31,1%) – стеноз, в 9 (20%) – сочетание холедохолитиаза со стенозом дистального отдела общего желчного протока. У 40 (88,9%) пациентов ретроградные вмешательства были удачными: у 33 – эндоскопическая папиллосфинктеротомия (ЭПСТ) с экстракцией камня, у 7 – ЭПСТ. В 5 наблюдениях (11,1%) ретроградное вмешательство желаемого эффекта не дало из-за большого размера камня и невозможности удаления его (2), протяженной стриктуры дистального отдела общего желчного протока (более 1 см) (2), у одного из больных большой дуоденальный сосочек открывался в дно дивертикула двенадцатиперстной кишки. Большим этой группы произведены «открытые» операции – формирование холедоходуоденоанастомоза по методу Юраша-Виноградова. Во всех случаях формирование холедоходуоденоанастомоза сочеталось с холецистэктомией в связи холецистолитиазом. Количество удаленных конкрементов из общего желчного протока колебалось от 2 до 8. Осложнений не наблюдалось.

Таким образом, основным методом диагностики и лечения холедохолитиаза и стеноза терминального отдела холедоха является ЭРПХГ с ЭПСТ. При невозможности выполнения эндоскопических вмешательств на большом дуоденальном сосочке проводят «открытые» операции на холедохе с наложением билиодигестивных анастомозов.

**125. Применение компьютерной рН-метрии для оценки эффективности бальнеологического метода лечения больных хроническим гастритом**

Ищенко Н.В.  
Воронежская ГМА им. Н.Н. Бурденко, Россия

**Цель исследования:** оценить эффективность и подобрать оптимальный режим приема минеральной воды «Икорецкая» у больных хроническим гастритом.

**Материал и методы исследования.** Пациентам проводилась суточная рН-метрия с помощью аппарата для интрагастральной рН-метрии «Гастроскан-24» («Исток-система», Россия). Были обследованы 28 пациентов, из них 16 мужчин, 12 женщин. Средний возраст составил (41,2±14,7) года. Суточное рН-мониторирование начиналось в 12 часов дня. Теплая негазированная минеральная вода «Икорецкая» назначалась в дозе 200 мл за час до ужина и за 30 минут до завтрака. Обед служил контролем для оценки буферного эффекта пищи. Изучалось влияние приема минеральной воды «Икорецкая» на уровень интрагастрального рН и время консуции.

**Результаты.** Буферный эффект пищи у обследованных пациентов при контрольном исследовании был недостаточным либо отсутствовал. После приема минеральной воды «Икорецкая» по вышеописанной схеме отмечалось удлинение времени консуции и усиление буферного эффекта, выражающееся в более существ-

венном повышении рН (на 0,5-2 единицы по сравнению с контролем). Прием минеральной воды за 30 минут до еды обуславливал более значимое изменение рН в сторону защелачивания. В случаях, когда буферный эффект пищи при контрольном исследовании отсутствовал, после приема минеральной воды было отмечено его появление.

**Выводы.** Прием минеральной воды «Икорская» за 30-40 минут до еды является оптимальным. Использование этого метода для определения степени и характера влияния различных режимов приема минеральной воды позволяет выбрать наиболее эффективный из них, восстановить физиологический ритм кислотообразования и, тем самым, добиться более выраженных результатов применения данного метода лечения.

## К

### 126. Бальнеогомеопелондотерапия больных с часто рецидивирующей язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки

Кайсинова А.С., Романова Е.В.

Пятигорский государственный НИИ курортологии, Россия

**Цель исследования:** разработать патогенетически обоснованный метод комплексного применения противоязвенных медикаментозных и бальнеогомеогрязевых препаратов при язвенной болезни двенадцатиперстной кишки с целью повышения эффективности лечения на амбулаторном этапе.

**Материал и методы:** 100 больных с часто рецидивирующей язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки в возрасте от 30 до 60 лет. Всем пациентам проведены клинико-лабораторные исследования, эзофагогастродуоденоскопия, иммуногематологические тесты, определение провоспалительных (интерлейкин ИЛ-1 $\beta$ , ИЛ-8) и противовоспалительных (ИЛ-2) цитокинов в сыворотке крови в начале и в конце лечения.

Первая группа (контрольная) получала традиционную стандартную противоязвенную медикаментозную терапию: омепразол по 20 мг 2 раза в день 2 нед, затем по 1 капсуле 1 раз в день 2 нед, де-нол 120 мг 4 раза в день 2 нед, при наличии НР – антихеликобактерные препараты: кларитромицин 500 мг 2 раза в день и фуразолидон по 100 мг 4 раза в день 10 дней; во второй группе больные дополнительно получали гомеопатическую смесь из иловой сульфидной грязи озера Тамбукан: смесь масляного экстракта и эссенции пелоидов в соотношении 2:1 по 1 десертной ложке 3 раза в день за 30 минут до еды.

**Результаты.** При сравнительном анализе выявлено преимущество ЛК с дополнительным назначением бальнеогомеопатических грязевых препаратов в отношении иммунологических показателей ( $p_{1,2} < 0,01$ ), уровня провоспалительных ( $p_{1,2} < 0,01$ ) и противовоспалительных цитокинов ( $p_{1,2} < 0,01$ ), визуальной аналоговой шкалы в покое ( $p_{1,2} < 0,01$ ) и движении ( $p_{1,2} < 0,01$ ), эндоскопических параметров ( $p_{1,2} < 0,01$ ).

**Заключение.** Показана высокая эффективность применения бальнеогомеопатических грязевых препаратов в комплексном медикаментозном лечении больных с часто рецидивирующей язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки.

### 127. Профилактика спонтанного бактериального перитонита у больных с циррозом печени различной этиологии

Калачнюк Т.Н.

123 Клиническая больница ФМБА, Одинцово, Россия

Спонтанный бактериальный перитонит (СБП) – инфекционное осложнение цирроза печени (ЦП). По данным литературы его выявляют у 7-31% больных с асцитом. Следует отметить, что у 10-33% больных начальная симптоматика СБП отсутствует, таким образом, профилактика данного осложнения является залогом успеха лечения таких пациентов.

За 2011 год в отделении гастроэнтерологии наблюдались 85 пациентов с ЦП: токсического генеза – 76 человек (89,4%), первичный билиарный цирроз (ПБЦ) – 3 человека (3,6%), ЦП в исходе

хронического вирусного гепатита С – 6 человек (7%). У 83 пациентов (97,6%) при поступлении отмечался асцитический синдром 2-3 степени по классификации Международного общества по изучению асцита. Всем пациентам с момента поступления назначалась терапия, направленная на профилактику СБП. Цефатоксим внутримышечно в суточной дозе 4 г получали 34 пациента (41%), ципрофлоксацин перорально в суточной дозе 1 г – 49 пациентов (59%). В связи с возможностью развития холестаза на фоне приема ципрофлоксацина, все пациенты с ПБЦ получали цефатоксим. Лечебно-диагностический лапароскопический выполнен 21 пациенту (24,7%). У 1 пациента (1,2%) с токсическим ЦП на фоне появления гипертермии и болевого абдоминального синдрома, лейкоцитоза со сдвигом «влево» диагностирован культуронегативный нейтрофильный СБП, вследствие чего антибактериальная терапия была усилена, дополнительно вводился альбумин в расчете 1 г/кг массы тела. На фоне данной терапии явления СБП купированы.

Таким образом, ранняя антибактериальная профилактика СБП способствует минимизации грозного осложнения ЦП различной этиологии. Пациентам с ПБЦ в качестве профилактики СБП предпочтительнее назначение цефатоксима.

### 128. Действие тяжелых металлов на перекисное окисление липидов в печени крыс

Калинин И.В., Петрук Н.А.

Киевский национальный университет им. Тараса Шевченко, Украина, e-mail: ikalin@rambler.ru

**Цель исследования:** изучить влияние тяжелых металлов (меди сульфата, цинка сульфата, кадмия сульфата и свинца азотнокислого) на перекисное окисление липидов в печени крыс при интоксикации.

**Материалы и методы.** Исследования проводили на белых нелинейных крысах-самцах одного возраста и массы, на протяжении 14 суток. Опыты проводились на пяти группах животных: первая – интактные (контроль), вторая – животным перорально вводили раствор сульфата меди (II) в дозе 3 мг/кг, что составляет 1/10 от ЛД<sub>50</sub>, третья – крысам перорально вводили раствор сульфата цинка в дозе 2 мг/кг, что составляет 1/20 от ЛД<sub>50</sub>, четвертая – животным перорально вводили раствор сульфата кадмия в дозе 1,5 мг/кг, что составляет 1/30 от ЛД<sub>50</sub>, пятая – животным вводили перорально раствор нитрата свинца (II) в дозе 1,7 мг/кг, что составляет 1/50 от ЛД<sub>50</sub>. Крыс декапитировали под эфирным наркозом и отбирали пробы печени для дальнейших исследований. Содержание диеновых конъюгатов (ДК) определяли в гептан-изопропиловом экстракте печени, ТБК-активных продуктов – реакцией с 2-тиобарбитуровой кислотой. Активность СОД (КФ 1.15.1.1.) определяли с помощью нитротетразолия синего, КАТ (КФ 1.11.1.6) – по изменению оптической плотности в реакции H<sub>2</sub>O<sub>2</sub> с молибдатом аммония. Полученные данные обрабатывали статистически с использованием t-критерия Стьюдента.

**Результаты.** Интоксикация ионами тяжелых металлов приводит к увеличению ТБК-активных продуктов: во второй и третьей группе на 31%, в четвертой – на 38%, в пятой – на 36% относительно контроля. Активность СОД и КАТ снижена во всех опытных группах по сравнению с интактными крысами.

**Выводы.** Таким образом, интоксикация ионами тяжелых металлов приводит к активации окислительных процессов, что проявляется в накоплении продуктов ПОЛ в печени крыс и нарушении антиоксидантных процессов.

### 129. Экспрессия KI-67 и P53 при хроническом дуодените у детей с лямблиозом

Калинина Е.Ю.<sup>1</sup>, Осмаловская Е.А.<sup>2</sup>, Петровский А.Н.<sup>1</sup>, Новикова В.П.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>СЗГМУ им. И.И. Мечникова, <sup>2</sup>СПбГПМА, Санкт-Петербург, Россия

**Цель исследования:** анализ гетерогенности клеточной популяции при хроническом дуодените (ХД) у детей с лямблиозом по экспрессии маркера пролиферации KI-67 и гена – активатора апоптоза P53.

**Материал и методы.** Экспрессия Ki-67 и P53 изучалась в четырех группах биоптатов дуоденальной слизистой оболочки. Группа 1 состояла из 10 биоптатов детей с первичным лямблиозом, группа 2 – из 8 биоптатов детей с повторным лямблиозом, группа 3 – из 5 биоптатов при лямблиозе в анамнезе, а группа 4 – 5 биоптатов при отсутствии лямблиоза. Биоптаты брались у детей 6-17 лет, дуоденит у всех верифицирован морфологически. Для выявления Ki-67 препараты обрабатывались антителами «Novostain Universal Detection Kit», «Novocastra», для выявления p53 – антителами производства «ДАКО» (Дания) с последующим выявлением мест преципитации антител биотин-стрептавидиновым методом.

**Результаты.** В строме дуоденальной слизистой оболочки экспрессия Ki-67 была выше в группе 2 ( $10,27 \pm 0,75$  и  $7,41 \pm 0,49$ ,  $p < 0,05$ ) в сравнении с группой 4. В эпителии ворсинок ( $3,45 \pm 0,21$  и  $10,14 \pm 0,74$ ,  $p < 0,05$ ) экспрессия P53 при первичном лямблиозе отмечалась реже, чем при повторном.

**Заключение.** При повторном лямблиозе у детей наблюдаются наиболее выраженные изменения в слизистой оболочке двенадцатиперстной кишки, состоящие в ускорении процессов клеточного обновления и снижении частоты апоптоза, что может приводить к развитию атрофического дуоденита и сложности морфологической дифференциальной диагностики с целиакией.

### 130. Антибактериальный иммунитет и гастродуоденальная патология у детей

Камалова А.А.  
Казанский ГМУ, Россия

**Цель исследования:** изучение параметров антибактериального иммунитета к отдельным представителям кишечной микрофлоры и определение их прогностического значения.

**Материал и методы:** 210 детей от 7 до 17 лет, среди них 179 детей с хроническим гастродуоденитом, 31 ребенок с язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки. Концентрацию антибактериальных антител в сыворотке крови (IgA, IgM, IgG к *Pr.mirabilis*, *Ps.aeruginosa*, *Klebsiella pneumoniae*, *S.aureus*, *Candida albicans*, *Streptococcus* spp., *Bacteroides fragilis*, *Bifidobacterium* spp.) определяли методом ИФА.

**Результаты.** У детей с гастродуоденальной патологией обнаружены высокие уровни антител относительно контроля, особенно IgM, что указывает на повышение проницаемости слизистого барьера на момент обследования. При язвенной болезни двенадцатиперстной кишки выявлено превышение концентрации IgM к максимальному количеству бактериальных антигенов. У больных, независимо от глубины поражения слизистой, было обнаружено повышение титра антител всех трех классов к *Candida albicans* и высокие уровни IgM и IgG к *Bifidobacterium* spp. и *Bacteroides fragilis*, причем язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки характеризовалась наибольшей концентрацией IgG к бифидобактериям. По данным анамнеза 90% больных неоднократно принимали антимикробные препараты, из них 22% детей проводилась эрадикационная терапия. Установлено повышение титра IgM к большинству условно патогенных микроорганизмов кишечника и IgG к *E.coli* и *Klebsiella pneumoniae* у детей с эрадикацией *H.pylori* в анамнезе по сравнению с детьми без таковой. Таким образом, у детей с гастродуоденальной патологией установлены системные изменения микроэкологии желудочно-кишечного тракта, характеризующиеся высокой напряженностью антибактериального иммунитета к представителям индигенной и условно патогенной микрофлоры.

### 131. Значение белков семейства Bcl-2 и белка p-53 при целиакии у детей

Камилова А.Т., Алиева Н.Р.  
Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр педиатрии, Ташкент, Узбекистан, e-mail: okamilova@mail.ru

**Цель исследования:** оценить значение белков семейства Bcl-2 и белка p53 слизистой тонкой кишки при Ц у детей.

**Материалы и методы.** Под наблюдением находились 57 детей с Ц в возрасте от 7 до 16 лет. Исследования по определению в био-

птахах из залуковичного отдела двенадцатиперстной кишки белков p53 и Bcl-2 проводились мечеными моноклональными мышиными антителами к человеческим p53 протеинам (клон DO-7, Дания) и bcl-2 онкопротеинам (клон 124, Дания). Пациенты были поделены на 3 группы в зависимости от соблюдения аглутеновой диеты: 23 ребенка, соблюдавших диету строго; 20 детей, соблюдавших диету частично; 14 детей, не соблюдавших диету.

**Результаты.** Количественный анализ общего содержания в биоптатах p53, Bcl-2 клеток и межэпителиальных лимфоцитов (МЭЛ) в зависимости от соблюдения диеты показал, что у детей, не соблюдавших диету, содержание онкомаркера p53 почти в 4 раза выше, чем у детей, строго соблюдавших диету ( $p < 0,001$ ), и в 1,9 раза выше, чем у детей, соблюдавших диету частично ( $p < 0,01$ ). Содержание МЭЛ у детей, не соблюдавших диету, было соответственно в 11,0 и 6,6 раза больше ( $p < 0,001$ ). Этот процесс у детей, не соблюдавших диету, сопровождался выраженным уменьшением Bcl-2 клеток (соответственно в 6,6 и 3,0 раза,  $p < 0,001$ ).

**Заключение.** На основании вышеизложенного можно заключить, что у детей на течение Ц большое влияние оказывает соблюдение аглутеновой диеты и факторы апоптоза, в свою очередь, накопление онкомаркера p53 и МЭЛ при уменьшении белков семейства Bcl-2 обуславливает неблагоприятное течение и прогноз Ц.

### 132. Вибрационный подход к оценке энергетических затрат человека

Капаров А.Г., Завальнюк В.М., Шумилов В.Н.  
БГТУ, Минск, Республика Беларусь,  
e-mail: vshumilov@narod.ru, vlad\_z@tut.by

**Цель исследования:** расширение модельных представлений о динамике скелетных мышц и опорно-двигательного аппарата человека на микроциркуляцию и качество кровотока.

**Материалы и методы.** В рамках исследования эффекта Сегре – Сильберберга при капиллярном течении вязкой жидкости, нами на низкочастотном вибростенде моделировались колебания опорного аппарата в диапазоне 50-300 Гц. Наблюдались явления просачивания и фонтанирования вязкой жидкости через пористый аналог оголовка кости опорно-двигательного аппарата. Упругие микродеформации пористого аналога рассчитывались аналитически на частотах 12-300 Гц в диапазоне 2 кВт по мощности.

**Результаты.** Показано, что при сокращении мышц упругие микросмещения аналогов костей соизмеримы с поперечным сечением капилляров, это в указанном диапазоне частот способствует ускорению капиллярных течений и препятствует образованию расслоения крови – «сладжа».

Закон развития низкочастотных вибраций, вызываемых колебаниями, подчиняется волновому уравнению. Повышение частоты вызывает энергетические затраты скелетной мускулатуры, пропорциональные квадрату частоты и квадрату амплитуды, не только для мышечной, но и для костной ткани.

**Выводы.** Предлагается качественно новый вибрационный подход, основанный на учете колебательных микросмещений структурных элементов опорно-двигательного аппарата, который применим к оценке энергетических затрат человека при движении и физической работе и имеет перспективу в качестве нового параметра при проведении разгрузочно-диетической терапии (РДТ), а также при разгрузочно-диетической профилактике (РДП) во время массового постования.

### 133. Современное состояние проблемы хирургического лечения язвенной болезни

Капустин Б.Б., Сысоев С.В., Сысоев К.В., Марданов Д.Н.  
Ижевская ГМА, ООО «Медицинский центр «Аксион»,  
Ижевск, Россия

**Цель исследования:** проанализировать изменение количества плановых и экстренных операций в условиях клиники с учетом ее приоритетного направления.

**Материал и методы.** В период с 1998 по 2000 гг. нами оперированы 209 пациентов с осложненным течением язвенной болезни.

Экстренно по поводу жизнеугрожающих осложнений выполнено 146 операций. В числе экстренных вмешательств преобладали паллиативные – 69,0% (ушивание или иссечение язвы, пилородуоденопластика). Причинами отказа от радикальных операций (стволовая и селективная проксимальная ваготомия, резекция желудка) в основном служили: перфорация или кровотечение из «немой» язвы; распространенный перитонит с длительностью более 24 часов.

За период с 2009 по 2011 гг. отмечено снижение общего количества операций до 106 вмешательств. Успех терапевтического лечения омрачает хирургическая составляющая: доля плановых операций за анализируемый период снизилась в девять раз (8 пациентов); планомерно оперированные больные имели сочетание трех или четырех осложнений с язвенным анамнезом более 20 лет и ранее перенесенными операциями по поводу перфорации или кровотечения; экстренные операции в основном представлены паллиативными «операциями отчаяния» в связи с интраоперационными характеристиками язвенного субстрата, тяжестью осложнений на фоне сопутствующей патологии; недостаточной квалификацией дежурной бригады хирургов и анестезиологов.

Таким образом, основу и успех лечения пациентов с язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки составляет интеграция работы терапевта, гастроэнтеролога и хирурга. Общими проблемами остаются: своевременное определение показаний к хирургической коррекции с акцентированием внимания на современных абсолютных и условно абсолютных показаниях, изложенных в резолюциях Российских хирургических конференций и съездов; выбор метода хирургического лечения с адекватной возможностью реализовать стратегическую цель оперативного вмешательства: надежно ликвидировать механизмы язвообразования с последующим улучшением качества жизни.

#### 134. Роль адипонектина в генезе неалкогольной жировой болезни печени

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

**Цель исследования:** изучить прогностическую роль адипонектина у больных с неалкогольной жировой болезнью печени (НАЖБП).

**Материал и методы.** В исследование были включены 30 больных (9 мужчин, 21 женщина, средний возраст (38,8±10,4) года) с НАЖБП. Группой контроля служили 10 здоровых добровольцев. У всех больных исследован уровень липидного профиля, С-реактивного белка (СРБ) в сыворотке крови. Адипонектин в сыворотке крови определяли методом иммуноферментного анализа.

**Результаты исследований** выявили, что у больных НАЖБП с низким уровнем адипонектина в сыворотке крови увеличение уровня трансаминаз, общего холестерина, триглицеридов, липопротеидов низкой плотности, СРБ и снижение липопротеидов высокой плотности было достоверно выше по сравнению с показателями больных НАЖБП с нормальным уровнем адипонектина. Достоверные отрицательные корреляционные связи были выявлены между содержанием адипонектина с ИМТ $\geq$ 30 ( $r=-0,54$ ,  $p<0,001$ ) и женским полом ( $r=-0,40$ ,  $p<0,001$ ), СРБ ( $r=-0,45$ ,  $p<0,01$ ).

**Выводы.** Таким образом, у больных с НАЖБП снижение уровня адипонектина является отрицательным прогностическим признаком прогрессирования заболевания. При этом более высокий риск прогрессирования заболевания из пациентов со сниженным уровнем адипонектина отмечен у лиц женского пола с ИМТ $\geq$ 30 и с повышенным уровнем СРБ.

#### 135. Корреляция уровня остеокальцина с выраженностью воспалительных процессов при жировой болезни печени

Каримов М.М., Собирова Г.Н., Саатов З.З., Салихова С.Б.  
Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр терапии и медицинской реабилитации, Ташкент, Узбекистан

Остеокальцин – один из неколлагеновых белков костного матрикса и дентина, показатель костной резорбции.

**Цель исследования:** определение корреляционных связей между показателем костной резорбции – остеокальцином и биохимическими показателями в сыворотке крови при неалкогольной жировой болезни печени (НАЖБП).

**Материал и методы.** Обследованы 30 больных с верифицированным диагнозом НАЖБП в возрасте от 29 до 69 лет (9 мужчин, 21 женщина). Проведен клинико-биохимический мониторинг. В сыворотке крови определены содержание остеокальцина и маркеров цитолиза и холестаза. В качестве контроля служили показатели 10 здоровых лиц. Корреляционный анализ проведен по методу Пирсона.

**Результаты исследований** выявили достоверно сниженный уровень остеокальцина в сыворотке крови у больных НАЖБП по сравнению с показателями здоровых лиц. Выявлена отрицательная корреляционная взаимосвязь между показателем АлАТ и содержанием остеокальцина в сыворотке крови больных НАЖБП. В частности найдено, что у больных со стеатогепатитом данная отрицательная корреляционная взаимосвязь достоверна ( $r=-0,66$ ,  $p<0,001$ ). Также была выявлена отрицательная корреляционная взаимосвязь уровня остеокальцина с индексом НОМА-IR ( $r=-0,50$ ,  $p<0,01$ ).

**Вывод.** Таким образом, у больных НАЖБП течение заболевания с явлениями цитолиза и с инсулинорезистентностью сопровождается снижением уровня остеокальцина, что свидетельствует о наличии снижения минеральной плотности костной ткани при данной патологии.

#### 136. Нерегулярность эвакуаторной функции кишечника у студентов медицинского вуза

Квет М.Н.<sup>1</sup>, Шемеровский К.А.<sup>2</sup>  
<sup>1</sup>Санкт-Петербургский ГМУ им. акад. И.П. Павлова, <sup>2</sup>НИИ экспериментальной медицины СЗО РАМН, Санкт-Петербург, Россия

**Целью данной работы** было изучение факторов риска нарушений эвакуаторной функции кишечника у студентов медицинского университета.

**Методом исследования** служило анкетирование с учетом питания, двигательной активности, режима сна и режима опорожнения кишечника. Специально исследовали частоту циркадианного ритма эвакуаторной функции кишечника и акрофазу этого ритма. Обследованы 33 студента второго курса медицинского университета (оба пола, 19-22 года). Регулярным ритмом стула считали ежедневный ритм (7 дней в неделю со стулом), а нерегулярным – ритм с частотой стула ниже 7 раз в неделю.

**Результаты.** Нарушение ритма стула (понижение частоты стула ниже 7 раз в неделю и смещение акрофазы ритма стула в послеполуночный период) было обнаружено у 30 из 33 обследованных лиц (у 91% студентов). Запор I степени тяжести (легкой) был диагностирован у 15 из 24 лиц с нерегулярным стулом (у 62%). Запор II степени тяжести (умеренной) был выявлен у 6 из 24 лиц (у 25%). Запор III степени тяжести (тяжелой) был диагностирован у 3 из 24 лиц (у 13%). Доминирующим временем приема пищи, максимальной по объему, были дневные (12-18 ч) и вечерние часы (18-24 ч) для 23 из 33 обследованных (70%). Существенное нарушение длительности сна выявлено у 20 из 33 обследованных (у 61%). Курение встречалось в 3,5 раза чаще среди лиц с нарушенной фазой ритма стула. Качество жизни у лиц с ежедневным ритмом стула было (86% от оптимума) на 16% выше, чем у лиц с частотой стула 3-4 раза в неделю (70%).

**Выводы.** Нарушение ритма эвакуаторной функции кишечника выявлено у 91% обследованных. Качество жизни лиц с регуляр-

ным ежедневным стулом на 16% выше, чем у лиц с нерегулярным ритмом кишечника.

Большинство будущих врачей нуждаются в устранении нерегулярности циркадианного ритма кишечника как одного основных факторов риска колоректального рака, который является лидером онкозаболеваемости в Санкт-Петербурге (более 2,5 тысяч в год).

### 137. Ассоциированная патология: хронический гастрит и хроническая обструктивная болезнь легких

Клестер Е.Б., Лычев В.Г., Бабушкин И.Е., Славнова М.К., Щекотова Е.С.

Алтайский ГМУ, Госпиталь ветеранов войн, Барнаул, Россия

**Цель:** изучить особенности клиники и течения хронического гастрита (ХГ) при ассоциации с хронической обструктивной болезнью легких.

**Материалы и методы.** Проведены углубленные клинические наблюдения за 53 больными с сочетанием патологии пищеварительной (ХГ) и дыхательной (ХОБЛ) систем, находившимися на лечении в 70-коечном терапевтическом отделении. Средний возраст больных составил (59,5±4,2) года; мужчин 41, женщин 12. Объем исследований включал общепринятое клинкорентгенологическое исследование, спирографию, ЭГДС с биопсией и морфологической оценкой СОЖ. Наличие ХОБЛ определялось по критериям GOLD (2011). Легкая степень тяжести ХОБЛ – у 9 человек, средняя степень – у 25, тяжелая – у 16, крайняя тяжелая – у 3.

**Результаты.** У больных с поверхностным неатрофическим гастритом (39 чел.) гастритический процесс локализовался преимущественно в антральном отделе, при этом НР обнаружен у 74%. У больных со слабо выраженной очаговой атрофией СОЖ имелось преимущественное поражение тела и антрума (67%), НР выявлен у 50%. У больных с резко выраженной атрофией, преобладающей в фундальном отделе желудка (62%), НР выявлен у 37%. Более половины пациентов предъявляли жалобы на тяжесть в эпигастрии, чувство переполнения в животе после еды, ранний и поздний болевой синдром, тошноту, рвоту. Результаты корреляционного анализа: выраженность атрофического гастрита нарастает пропорционально тяжести течения ХОБЛ ( $r=0,71$ ;  $p<0,001$ ). Обнаружена прямая связь между степенью обсеменения СОЖ НР в антральном, фундальном отделах желудка и активностью гастрита у больных ХОБЛ ( $r=0,64$ ;  $p<0,001$ ).

**Вывод.** У больных ХГ при ассоциации с ХОБЛ выраженность атрофических изменений находится в прямой зависимости от тяжести течения ХОБЛ, большое значение имеет персистенция *H.pylori*.

### 138. Патология пищевода и гастродуоденальной зоны у больных хронической обструктивной болезнью легких: частота встречаемости, особенности клиники

Клестер Е.Б., Лычев В.Г., Клестер К.В., Трегубова А.О., Лихачев Р.М.

Алтайский ГМУ, Городская больница № 4, Барнаул, Россия

**Цель:** изучить частоту встречаемости и клинико-лабораторные особенности заболеваний пищевода и гастродуоденальной зоны у больных хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ).

**Материалы и методы.** Проведены углубленные клинические наблюдения за 84 больными ХОБЛ в фазе обострения, находившимися на лечении в 70-коечном терапевтическом отделении. Мужчин 55 (65%), женщин 29 (35%). Средний возраст составил (62,1±3,6) года. Стадии ХОБЛ устанавливались по критериям GOLD (2011). Легкая определена у 12 пациентов, средняя – у 38, тяжелая – у 25, крайне тяжелая – у 9. Наличие осложнений в виде дыхательной недостаточности выявлено у 29 больных.

**Результаты.** Гастроэнтерологические жалобы предъявляли 67% больных. При ЭГДС у всех выявлены изменения слизистой оболочки гастродуоденальной зоны. ГЭРБ выявлена у 26 (31%) больных, из них изжога беспокоила всех, отрыжка кислым – 85%, неприятные ощущения за грудиной – 61%, болезненное и

затрудненное прохождение пищи – 35%. Грыжа пищеводного отверстия диафрагмы обнаруживалась у 22 (26%) больных, хронический гастрит диагностирован у 53 (63%), хронический дуоденит – у 39 (46%), у всех обследованных он был вторичным. Язвенная болезнь диагностирована у 19 (23%) больных. Ведущим в клинике был диспептический синдром – у 55 больных, проявляемый чаще изжогой, реже – в виде отрыжки и тошноты, рвоты.

**Выводы.** У большинства обследованных больных ХОБЛ выявляются патологические изменения в слизистой оболочке пищевода, желудка и ДПК с наличием обострения у каждого второго из них, при этом клинические проявления выражены скудно. Наличие клинических признаков патологии желудочно-кишечного тракта у больных ХОБЛ требует проведения дополнительного обследования и обязательной медикаментозной коррекции.

### 139. Частота выявления *Helicobacter pylori* и состояние кислотообразующей функции желудка у больных хроническим панкреатитом

Коваль В.Ю., Архий Э.И., Бондаренко В.В.

Ужгородский национальный университет (каф. пропедевтики внутренних болезней), Украина, e-mail: cowa.valya@yandex.ua

**Цель исследования:** оценить кислотообразующую функцию желудка и частоту инфицирования *Helicobacter pylori* больных хроническим панкреатитом.

**Материалы и методы.** На протяжении 2007-2010 гг. на базе Закарпатской областной клинической больницы им. А. Новака обследованы 124 больных хроническим панкреатитом. Всем больным определяли наличие хеликобактерной инфекции при помощи быстрого теста для определения антигена *Helicobacter pylori* в кале с использованием тест-систем Cer Test Biotec SL, Испания. Внутрижелудочную pH-метрию проводили на аппарате «Ацидогастрометр» по методике Чернобрового В.М.

**Результаты и их обсуждение.** При обследовании 124 больных хроническим панкреатитом у 82 (66,12%) выявлено хеликобактерную инфекцию. При фиброгастродуоденоскопии у 64 (51,61%) больных хроническим панкреатитом выявлена эрозивная и эритематозная гастропатия. При проведении внутрижелудочной pH-метрии 64 больным хроническим панкреатитом у 50 (78,12%) больных определяли гиперацидность (6 (9,37%) больных – гиперацидность умеренная селективная, 11 (17,18%) – гиперацидность умеренная абсолютная, 7 (10,93%) – гиперацидность умеренная субтотальная, 18 (28,12%) – гиперацидность выраженная селективная, 8 (12,5%) – гиперацидность выраженная абсолютная), у 12 (18,75%) больных – нормаацидность, у 2 (3,12%) больных – гипоацидность умеренную селективную.

**Выводы.** 1. У 82 (66,12%) больных хроническим панкреатитом выявлена хеликобактерная инфекция. 2. При хроническом панкреатите у 78,12% больных определяли гиперацидность разной степени выраженности.

### 140. Билиарная недостаточность у больных неосложненными формами псориаза

Коган З.А., Рыбалкин С.Б., Мельников В.Л.

Пензенский государственный университет, Россия

**Цель исследования:** определить наличие синдрома билиарной недостаточности у больных псориазом и выявить зависимость клинических проявлений псориаза от степени выраженности билиарной недостаточности.

**Материалы и методы.** В настоящее время на базе ГБУЗ «Пензенский областной центр специализированных видов медицинской помощи» обследовано 38 больных с различной степенью тяжести течения псориаза.

Методика исследования заключалась в дерматологическом осмотре, определении индекса площади поражения поверхности тела и тяжести основных симптомов псориаза (PASI), ретроспективным анализе историй болезни пациентов с псориазом, определении внешнесекреторной функции печени методом этапного хроматического дуоденального зондирования (ЭХДЗ), определе-

нии степени билиарной недостаточности у больных псориазом на основании ЭХДЗ с последующим определением биохимического состава желчи (по Максимова В.А., Чернышеву А.Л., 1993). Биохимический анализ желчи проводили колориметрическим методом и с помощью биохимического анализатора, с определением липидного комплекса, холестерина, холатохолестеринового коэффициента, фосфолипидов, фосфолипидно-холестеринового коэффициента, билирубина, кальция, С-реактивного белка.

**Результаты и обсуждение.** В результате были обследованы 38 больных псориазом различной степени тяжести. По возрастному составу больные распределились следующим образом: от 18-25 лет – 10 человек (6 мужчин и 4 женщины), 25-45 лет – 15 человек (7 мужчин и 8 женщин), 45 лет и старше – 13 человек (7 мужчин и 6 женщин).

По степени тяжести течения псориаза, согласно индексу PASI, у 18 больных выявлена легкая степень течения (индекс PASI меньше 3), у 14 больных – средняя степень тяжести течения псориаза (индекс PASI от 3 до 15), у 6 больных – тяжелое течение псориаза (индекс PASI более 15).

На основании клинико-лабораторных и инструментальных методов обследования у 13 больных псориазом была выявлена легкая степень билиарной недостаточности, у 20 – средняя степень, у 5 – тяжелая степень билиарной недостаточности. Среди пациентов с легкой степенью тяжести течения псориаза у 13 выявлена легкая степень билиарной недостаточности, у 5 – средняя степень; среди больных со средней степенью тяжести псориаза – у 13 – средняя степень билиарной недостаточности, у 1 – тяжелая степень; у больных с тяжелым течением псориаза средняя степень билиарной недостаточности выявлена у 2 больных, у 4 – тяжелая степень. При этом все обследованные отмечали те или иные проявления билиарной недостаточности, среди которых преобладали чувство тяжести в правом подреберье (61%), чувство тяжести в эпигастрии (50%), периодическая изжога (50%), боль в правом подреберье (29%), метеоризм (24%), боль в эпигастрии (18%) и т.д.

Также больные псориазом и средней и тяжелой степенью билиарной недостаточности отмечали более частые обострения процесса в течение года.

**Выводы.** При комплексном исследовании билиарного тракта у больных псориазом синдром билиарной недостаточности выявляется в 100% случаев.

Исходя из данных обследования, можно предположить существование зависимости тяжести проявления псориаза от тяжести билиарной недостаточности: чем тяжелее течение билиарной недостаточности, тем тяжелее течение псориаза.

Больные псориазом со средней и тяжелой степенью билиарной недостаточности отмечают более частые рецидивы заболевания по сравнению с больными с легкой степенью билиарной недостаточности.

#### 141. Дельта-инфекция у доноров и лиц в группах риска, проживающих в регионе, эндемичном по этой инфекции

Кожанова Т.В., Ильченко Л.Ю., Исаева О.В., Кюрегян К.К., Михайлов М.И.  
ИПВЭ им. М.П. Чумакова РАМН, Московская обл., Россия

**Цель исследования:** оценка распространенности гепатита дельта (ГД) среди «условно здорового» населения Республики Тыва (РТ) и лиц в группах риска (медработники; беременные женщины; новорожденные, рожденные от HBsAg-позитивных матерей). **Материал и методы.** С помощью серологических и молекулярно-биологических методов исследовали 1086 сывороток крови «условно здорового» населения (возраст 0 до 60 лет и старше), 41 беременной женщины с хроническим гепатитом В (ХГВ) и 228 пациентов с ГД.

**Результаты.** Частота выявления HBsAg среди «условно здорового» населения РТ составила 5,3% (58/1086); наиболее высокие показатели отмечены среди лиц 15-19 и 20-29 лет (18,5%, 20/1086 и 13,4%, 17/1086 соответственно). Распространенность anti-HDV среди HBsAg-положительных лиц данной категории обследо-

ванных составила 46,6% (27/58). Среди детей в возрасте 0-9 лет не было выявлено ни одного образца сыворотки крови с наличием anti-HDV, что явилось позитивным результатом проведения массовой вакцинации против ГВ. HDV RNA была обнаружена в 51,9% (14/27) случаях. Выделенные изоляты HDV на территории РТ принадлежали к генотипу I. Среди 228 пациентов с хронической дельта-инфекцией медработники составили 15,4% (35/228). В настоящее время на территории РТ сохраняется высокий уровень выявления HBsAg и anti-HDV среди беременных женщин. Так, у 26 из 41 беременных женщин, поставленных на учет с первичным диагнозом ХГВ в 2011 г., были выявлены anti-HDV. Активность АЛТ в этой группе пациенток составила (0,8±0,5) ммоль/л, средний уровень билирубина – (12,4±1,7) мкмоль/мл. **Заключение.** Широкое распространение дельта-инфекции в Тыве, особенно среди женщин репродуктивного возраста и молодых людей, представляет серьезную угрозу здоровью населения республики.

#### 142. Клиническое значение нейротензина при синдроме раздраженного кишечника

Козлова И.В., Бурулова О.Е., Мялина Ю.Н.  
Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского, Россия,  
e-mail: kozlova@inbox.ru

**Цель исследования:** определить клиническое значение количественной плотности колоноцитов, иммунопозитивных к нейротензину, при разных вариантах течения синдрома раздраженного кишечника (СРК).

**Материалы и методы:** клинические, эндоскопические, морфометрические, иммуногистохимические методы. Объект исследования: пациенты с синдромом раздраженного кишечника, разделенные на 2 группы по течению болезни: I группа – 80 пациентов с СРК с рефрактерным течением болезни, имеющих системные (вегетативные) проявления, средний возраст (32,0±2,4) года; II группа – 72 пациента только с кишечными симптомами, средний возраст (39,2±1,2) года. Контрольная группа – 50 практически здоровых лиц, средний возраст (36,0±2,3) года.

**Результаты.** У пациентов с рефрактерными формами СРК (I группа) количественная плотность колоноцитов, иммунопозитивных к нейротензину, повышена у 38,75% пациентов со смешанными формами (болями и диареей), несколько ниже – у пациентов только с запорами (33,75%) или только с диареей (27,5%). Во II группе у лиц с аналогичным разделением по формам СРК, но без системных проявлений, отвечающих редукцией симптомов на лечение базисными препаратами (спазмолитиками, прокинетики, адсорбентами), количественная плотность колоноцитов, иммунопозитивных к нейротензину, достоверно не отличается от нормальных значений (смешанные формы 40,3%) или достоверно снижена (у 25% пациентов с запорами, с диареей – у 34,7%). Определена корреляция между рефрактерностью к лечению и наличием гиперпродукции колоноцитов, иммунопозитивных к нейротензину.

**Заключение.** СРК с системными проявлениями, с рефрактерным течением характеризуется более выраженным нарушением количественной плотности колоноцитов, иммунопозитивных к нейротензину.

#### 143. Характер структурно-функциональных изменений толстой кишки у пациентов с ревматоидным артритом

Козлова И.В., Жмылева О.С.  
Саратовский ГМУ, Россия

**Цель исследования:** определить клинико-морфологические особенности толстой кишки у пациентов с ревматоидным артритом (РА) при различных схемах лечения.

**Материалы и методы.** Обследованы 40 пациентов с серопозитивным вариантом РА, получающих базисную терапию сульфасалазином, 40 пациентов с РА, получающих метотрексат, и 15 практически здоровых лиц. Для анализа колоноцитов сигмовидной кишки, иммунопозитивных к субстанции P и мелатонину, использовали иммуногистохимический метод, морфометрический анализ.

**Результаты.** Клинические проявления кишечной дисфункции выявлены у 42,5% пациентов с РА, получающих терапию сульфасалазином, и у 87,5% больных с РА, получающих терапию метотрексатом. Эндоскопически у 42,5% больных РА, получающих сульфасалазин, определялась признаки хронического воспаления слизистой оболочки толстой кишки (СОТК), при морфологическом исследовании у 10% пациентов выявлено поверхностное воспаление, диффузное поражение без атрофии – в 25% случаев, атрофия ворсин – в 7,5%. Среди пациентов с РА, получающих метотрексат, диффузное воспаление СОТК зарегистрировано у 87,5%, атрофия ворсин – у 60%. Отмечено увеличение числа клеток толстой кишки, продуцирующих субстанцию P и мелатонин, более значительное у пациентов, получающих метотрексат. Число клеток СОТК, иммунопозитивных к субстанции P, коррелировало с активностью РА по индексу DAS28 ( $r = 0,588$ ).

**Выводы.** При РА нарушается структура СОТК, что ассоциировано с активностью заболевания и связано с нарушением нейрогуморальной регуляции. Воспалительные и атрофические изменения СОТК усугубляются на фоне базисной терапии, что необходимо учитывать при лечении пациентов с РА.

#### 144. Подходы к лечению гепатопатии у пациентов с псориазом

Козлова И.В., Розумбаева Л.П., Бакулев А.Л.  
Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского, Россия,  
e-mail: kozlova@inbox.ru

**Цель исследования:** изучить клинико-лабораторную характеристику состояния печени у пациентов с псориазом и эффективность применения урсодооксиголевой кислоты (УДХК) в лечении выявленных изменений.

**Материалы и методы.** Обследованы 100 пациентов с распространенным псориазом. Критерии исключения: пациенты с вирусным гепатитом, а также с алкогольной болезнью печени. Исследовали маркеры фиброза: гиалуриновую кислоту, коллаген IV типа, матриксные металлопротеиназы-2, тканевые ингибиторы матриксных металлопротеиназ-1 в сыворотке крови, выполняли ультразвуковую эластометрию.

**Результаты.** У 90% пациентов с распространенным псориазом наблюдали поражение печени по типу неалкогольной жировой болезни, из них в 38% случаев выявлена жировая дистрофия печени, в 52% – хронический неалкогольный стеатогепатит. Установлена прямая зависимость между тяжестью цитолиза, стадией фиброобразования и индексом PASI, характеризующим площадь поражения кожи и интенсивность основных симптомов псориаза. 25 пациентов со стеатогепатитом получали стандартное лечение дерматоза и фосфоглив 2 таблетки 3 раза в сутки, 27 пациентов – стандартную терапию псориаза и УДХК в дозе 15 мг/кг в сутки в течение 3 месяцев. Применение УДХК позволяет в более сжатые сроки купировать клинические проявления псориаза. У всех больных хроническим гепатитом достигнута клинико-лабораторная ремиссия и снижение уровня биохимических маркеров фиброза печени.

**Выводы.** Псориаз у 90% пациентов ассоциирован с развитием неалкогольной жировой болезни печени. Применение УДХК в дозе 15 мг/кг не менее 3 месяцев в комплексном лечении пациентов с псориазом улучшает клинико-функциональное состояние печени и способствует достижению ремиссии дерматоза.

#### 145. Сравнительная оценка влияния интерлейкина 1RA на гликемию у больных с хроническим панкреатитом

Кокуева О.В., Новоселя Н.В., Кадышев А.С.  
Кубанский ГМУ, Краснодар, Россия

Хронический панкреатит при длительном течении часто осложняется диабетом. Сейчас разрабатываются способы прекращения прогрессирования потери  $\beta$ -клеток при сахарном диабете с помощью введения антагонистов интерлейкина 1RA (ИЛ 1RA).

**Цель исследования:** провести сравнительную оценку влияния интерлейкина 1RA на гликемию у больных хроническим панкреатитом (ХП) и пациентов с сочетанием ХП и язвенной болезни двенадцатиперстной кишки (ЯБ ДПК).

**Материал и методы.** Обследована 1-я группа – 21 больной с ЯБ ДПК и ХП, 2-я группа – 48 пациентов с ХП. Диагноз устанавливался с помощью ФГДС, УЗИ, определения уровня амилазы, липазы. При статистической обработке рассчитывали медиану, интерквартильный размах (25-й и 75-й процентиля), коэффициент ранговой корреляции Спирмена.

**Результаты.** В 1-й группе медиана возраста участников была равна 40,0 года (от 35,0 до 56,0), во второй 51,5 года (от 45,0 до 58,0). При анализе индекса Кетгле в 1-й группе составил 22,74 кг/м<sup>2</sup> (от 19,97 до 24,61 кг/м<sup>2</sup>), во второй 23,66 кг/м<sup>2</sup> (от 20,17 до 32,06 кг/м<sup>2</sup>). Как в первой, так и во второй группе были лица, имеющие избыточную массу тела.

При сочетании ХП и ЯБ ДПК обнаруживалась статистически значимая корреляция ИЛ 1RA с уровнем глюкозы ( $r = -0,8$ ,  $p = 0,02$ ) и триглицеридов ( $r = 0,8$ ,  $p = 0,02$ ), но не холестерина и содержания жировой ткани ( $r = 0,4$ ,  $p = 0,3$ ). Во второй группе не выявлялось достоверных корреляционных связей ИЛ 1RA с содержанием холестерина ( $r = 0,03$ ,  $p = 0,8$ ), триглицеридов ( $r = 0,44$ ,  $p = 0,19$ ) и уровнем тощачковой глюкозы крови ( $r = 0,08$ ,  $p = 0,7$ ). Только величина жировой ткани, измеренная по данным импедансометрии, оказывала влияние на обсуждаемый маркер ( $r = 0,51$ ,  $p = 0,04$ ) во 2 группе.

**Выводы.** Таким образом, в исследовании не выявилось влияния ИЛ 1RA на состояние гликемии у больных ХП. Вероятно, при развитии сахарного диабета 2 типа этот интерлейкин не играет значимой роли.

#### 146. Влияние мультипробиотиков «Симбитер® ацидофильный концентрированный» и «Апибакт®» на продукцию интерферона лимфоцитами селезенки крыс при гипоацидности желудочного сока, вызванной омепразолом

Компанец И.В., Пилипенко С.В., Короткий А.Г.,  
Остапченко Л.И.  
Киевский национальный университет им. Тараса  
Шевченко, Украина, e-mail: ir\_kom@ukr.net

**Цель исследования:** определить титр интерферона (ИФН), который продуцируется культивированными лимфоцитами селезенки крыс с гипоацидностью желудочного сока, спровоцированной 28-дневным введением омепразола (ОМ), при действии мультипробиотиков «Симбитер® ацидофильный концентрированный» (СИМ) и «Апибакт®» (АПИ).

**Материалы и методы.** Было использовано 6 групп по 10 крыс в каждой: 1-я – контроль, 2-я – перорально вводили СИМ, 3-я – перорально вводили АПИ, 4-я – внутривентриально вводили ОМ (14 мг/кг) в течение 28 дней, 5-я – совместно вводили ОМ и СИМ, 6-я – совместно вводили ОМ и АПИ. Спленциты инкубировали *in vitro* с индукторами ИФН ФГА и циклофероном. Титр ИФН определяли микрометодом по угнетению цитопатогенного действия вируса везикулярного стоматита на перевиваемую культуру фибробластов крыс.

**Результаты.** При гипоацидности, вызванной ОМ, усиливалась спонтанная (на 31%) и индуцированная ФГА (на 40%) и циклофероном (на 38%) продукция ИФН спленцитами крыс. Введение СИМ здоровым крысам увеличивало спонтанную продукцию ИФН на 42%, АПИ усиливал продукцию ИФН в ответ на индукторы. При введении животным СИМ и АПИ на фоне гипоацидности спонтанная продукция ИФН возрастала незначительно; индуцированная продукция увеличивалась только под влиянием СИМ (на 32% для ФГА и на 89% для циклоферона).

**Выводы.** При гипоацидности в лимфоцитах селезенки крыс стимулируется синтез ИФН, что является реакцией этого органа на воспалительный процесс в желудочно-кишечном тракте, вызванный дисбактериозом. Мультипробиотик СИМ проявляет интерферогенные свойства у здоровых животных, а также усиливает секрецию ИФН в ответ на его индукторы при гипоацидности.

#### 147. Оценка эффективности уреазного экспресс-теста «ХЕЛПИЛ-тест» для диагностики *H. pylori* в разных возрастных категориях

Конорев М.Р., Заблодский А.Н., Коваленко Т.В.  
Витебский ГМУ, Белоруссия, e-mail: mar\_kon@tut.by

**Цель исследования:** оценить эффективность ХЕЛПИЛ-теста для диагностики *H. pylori* (Hr) в слизистой оболочке (СО) антрального отдела желудка у пациентов разных возрастных категорий.

**Материалы и методы.** Проведено поперечное диагностическое исследование с применением четырехпольной таблицы 2×2 для сравнения результатов, полученных при использовании уреазного экспресс-теста ХЕЛПИЛ-тест (ООО «АМА», Россия) с результатами референтного метода диагностики Hr – морфологического метода (СО антрального отдела желудка; n=162). Оценка эффективности проводилась у одних и тех же пациентов в двух возрастных категориях: возраст от 18 до 65 лет (взрослые; средний возраст (44,8±12,3) года; 69 мужчин и 38 женщин), возраст от 4 до 17 лет (дети и подростки; средний возраст (10,9±3,1) года; 35 мальчиков и 20 девочек).

**Результаты** сравнительной оценки эффективности уреазного экспресс-теста «ХЕЛПИЛ-тест» (соответственно взрослые и дети/подростки): чувствительность (Se) – 0,97; 0,97; специфичность (Sp) – 0,98; 0,88; распространенность (P) – 0,54; 0,53; точность теста (TA) – 0,97; 0,93; прогностическая ценность при отрицательном результате (–PV) – 0,96; 0,96; прогностическая ценность при положительном результате (+PV) – 0,98; 0,90; отношение правдоподобия положительного результата теста (LR+) – 48,3; 8,4; отношение правдоподобия отрицательного результата теста (LR–) – 0,03; 0,04.

**Выводы.** ХЕЛПИЛ-тест с гастробиопатом имеет высокую клиническую эффективность для диагностики *H. pylori* в разных возрастных категориях (4-17 лет и 18-65 лет). ХЕЛПИЛ-тест позволяет использовать всего один биоптат при биохимической и морфологической идентификации *H. pylori* в желудке. ХЕЛПИЛ-тест целесообразно применять в терапевтической и педиатрической практике.

#### 148. Возможности коррекции функциональных расстройств желудочно-кишечного тракта у детей раннего возраста

Корниенко Е.А., Кубалова С.С., Суворова М.А.  
СПбГПМА, НИИЭМ, Санкт-Петербург, Россия

**Цель:** оценить эффективность пробиотической терапии и функционального питания при функциональных расстройствах (ФР) ЖКТ у детей раннего возраста.

**Материал и методы.** У 18 детей в возрасте от 1 до 9 месяцев с различными ФР ЖКТ проведена оценка показателей водородного дыхательного (H<sub>2</sub>) теста с лактозой, кишечного микробиоценоза по данным посева кала и ПЦР кала, а также уровня кальпротектина в кале. Дети на грудном вскармливании получали L.reuteri в каплях (препарат «Рела лайф» 5 капель в день во время кормления), на искусственном – в смеси «НАН Комфорт», через 4 недели исследование повторили.

**Результаты.** Лактазная недостаточность выявлена у 4 (22,2%) детей. Дисбиотические изменения при посеве кала обнаружены у 16 (88,8%), они заключались в снижении количества бифидобактерий и увеличении УПФ. Данные посева кала и ПЦР кала не всегда коррелировали. У большинства детей – 10 (55,5%), по данным ПЦР, обнаружена *Cl.difficile*. Повышение кальпротектина в кале отмечено у 10 (55,5%).

На фоне лечения L.reuteri, как в каплях «Рела Лайф», так и в составе смеси «НАН Комфорт» у всех детей отмечено улучшение клинических данных, микробиологических показателей, данных водородного дыхательного теста, а также снижение уровня кальпротектина в кале.

**Заключение.** ФР ЖКТ у детей раннего возраста сопровождаются дисбиозом и признаками умеренного воспаления в кишечнике. Лактазная недостаточность не является главной причиной ФР в раннем возрасте. Терапия L.reuteri, как в виде капель, так и в составе молочной смеси, эффективно устраняет симптомы ФР, уменьшает выраженность воспаления и дисбиоза в кишечнике.

#### 149. Кишечная микрофлора при СРК у детей

Корниенко Е.А., Типикина М.Ю.  
СПбГПМА, Россия

**Цель:** оценить связь изменений микробиоценоза и воспаления при СРК у детей.

**Материал и методы.** У 50 детей в возрасте от 5 до 17 лет с СРК проведены посев кала на дисбактериоз и водородный дыхательный (H<sub>2</sub>) тест, фибросигмоскопия с биопсией и морфологическим исследованием, оценены объемно-пороговая чувствительность прямой кишки (ОПЧ), уровень кальпротектина в кале. Обследованные дети были разделены на 3 группы: 1-я группа (20 человек) получала препарат «Рела Лайф», 2-я группа (15 человек) – препарат «Линекс», 3-я (15 человек) – «Тримедат», курсом 1 месяц. После лечения исследование повторили.

**Результаты.** У всех детей выявлено снижение общего количества бифидобактерий на 2-3 порядка, лактобактерий на 3-4 порядка, типичной кишечной палочки на 1-2 порядка; у 44% отмечен усиленный рост УПФ. У 88% детей с СРК был выявлен СИБР. У всех детей была повышена ОПЧ. Уровень кальпротектина в кале был повышен у 14 детей (28%) и составил 171,4 мкг/г. По данным фибросигмоскопии признаки катарального колита выявлены у 31 (62%) ребенка. По данным морфологического исследования картина соответствовала катаральному воспалению у 47 пациентов (94%), и только у 3 (6%) патологии не выявлено.

У детей, получавших рела лайф или линекс, отмечено достоверное увеличение бифидобактерий и энтерококков, исчезновение УПФ (p<0,05). Изменение показателей по данным H<sub>2</sub>-теста было незначительным, но с положительной динамикой. У детей, получавших тримедат, не было достоверного улучшения показателей посева кала на дисбактериоз и H<sub>2</sub>-теста (p>0,05). Достоверное снижение ОПЧ прямой кишки было отмечено у всех пациентов (p<0,05). Уровень кальпротектина кала нормализовался у всех пациентов после окончания лечения (p<0,05).

**Заключение.** СРК у детей сопровождается слабой степенью хронического воспаления, дисбиозом и СИБР. Коррекция биоценоза с помощью пробиотиков и коррекция моторики приводят к снижению признаков хронического воспаления.

#### 150. Клинические проявления хронического панкреатита и дисфункции сфинктера Одди у детей

Корниенко Е.А., Ягупова А.А., Фаина С.А.  
СПбГПМА, ДГКБ № 5 им. Н.Ф. Филатова,  
Санкт-Петербург, Россия

**Цель:** сравнить клиническую картину у детей с хроническим панкреатитом (ХП) и дисфункцией сфинктера Одди по панкреатическому типу (ДСО).

**Материалы и методы.** 105 детей направлены на обследование с подозрением на панкреатит. Проведены ФГДС, УЗИ органов брюшной полости, а также эндоУЗИ или компьютерная томография, исследован уровень эластазы-1 в кале. В зависимости от результатов обследования пациенты разделены на группы: 1-я – 54 ребенка, у которых не было выявлено структурных изменений в ПЖ (ДСО), 2-я – 51 ребенок с подтвержденными структурными изменениями ПЖ (ХП). У 10 больных ХП обнаружено снижение эластазы-1 (подгруппа В).

**Результаты.** В клинической симптоматике доминировал болевой синдром. При ДСО преобладали кратковременные боли менее 1 часа – 53,7%, при ХП – длительные боли – более 3 часов (56,9%). В обеих группах преобладали ноющие боли: 85,2% в 1-й группе, 68,6% – во 2-й. Приступообразные боли достоверно чаще отмечались при ХП – 29,4%. Интенсивные, сильные боли были более характерны для ХП – 43,1% против 9,2% при ДСО. В подгруппе В чаще встречались умеренные боли – 50%, в подгруппе А – сильные – 46,1%. Из диспепсических расстройств преобладала тошнота – у 53,7% детей с ДСО и 60,8% детей с ХП. Рвота чаще встречалась в группе детей с ХП (37,2%), у 21,5% – многократная. Отрыжка, тяжесть в эпигастрии, метеоризм наблюдались с примерно одинаковой частотой в обеих группах. Кашецеобразный стул чаще встречался при ХП – у 37,2%. У больных ХП анамнез болезни был более длительным, у 47% – более 3 лет.

У детей с ДСО чаще встречался короткий анамнез – мене одного года (24%).

**Заключение.** ХП у детей характеризуется большей длительностью и интенсивностью болевого синдрома, связью болей с приемом пищи, большей выраженностью диспепсических расстройств, большей длительностью анамнеза. При этом проявления ХП как с сохраненной, так и со сниженной функцией ПЖ весьма сходны.

#### 151. Конденсат выдыхаемого воздуха в оценке метаболического статуса организма

Коротыко Г.Г., Якуба Ю.Ф., Ларина Е.М., Герасименко А.А.  
Кубанский ГМУ, Краснодар, Россия

**Цель исследования:** оценить диагностические возможности анализа компонентов конденсата выдыхаемого воздуха.

**Материал и методы.** Конденсат собирался на охлаждаемую до 0°C стеклянную поверхность трубки, исследовался методом капиллярного электрофореза (катионы, анионы) и газожидкостной хроматографии (органические составляющие).

Обследованы 40 добровольцев (пациенты с различной патологией органов пищеварения и практически здоровые лица). В конденсате исследованы: аммоний, калий, натрий, магний, кальций, хлориды, сульфат. Наибольшей вариабельностью отличался аммоний, его содержание натошак варьировало от 0 до 15,4 мг/л. Концентрация этого катиона регулярно в несколько раз возрастала чрез 3 часа после приема белковой пищи. Значительно варьировали концентрации калия (от 0 до 14 мг/л), натрия (0,6-4,6 мг/л), кальция (0,5-2,5 мг/л), хлоридов (1,50-3,5 мг/л), сульфата (0,53-0,94 мг/л), выявлены следовые количества нитратов; наиболее стабильной была концентрация катионов магния: (0,259±0,018) мг/л. Высокая степень корреляции отмечена между концентрациями магния и кальция: ( $r=0,75$ ), но слабовыраженная для натрия и магния (0,51), а также натрия и кальция (0,31). Через час после приема пищи показатели изменялись разнонаправлено и порой существенно, закономерностей в этих реакциях нами пока не отмечено. По-видимому, имеется связь соотношения концентраций кальция и магния с эмоциональным состоянием: у эмоциональных людей этот показатель натошак обычно повышен. Проводится идентификация органических компонентов конденсата.

Предполагается: информативность исследования в диагностике электролитных и метаболических нарушений; разработка технологий и приборов для скрининга и мониторинга ряда исследованных показателей.

#### 152. Скрининг предраковых изменений и раннего рака желудка

Корожанская Н.В., Гучетль Т.А., Гучетль А.Я.,  
Оноприев А.В., Дурлештер В.М.  
Кубанский ГМУ, Городская больница № 2 «КМЛДО»,  
Краснодар, Россия

**Цель исследования:** повышение выявляемости и оптимизация профилактики рака желудка (РЖ) на основе разработки алгоритмов эндоскопической диагностики и лечения диспластических изменений слизистой оболочки желудка (СОЖ).

**Материал и методы.** В 2007-2010 гг. 13255 больных с атрофическим гастритом находились на динамическом диспансерном наблюдении, которое включало хромокопию, магнификационное и ультразвуковое эндоскопические исследования, множественные биопсии. Диспластические изменения СОЖ выявлены у 224 пациентов, которые были разделены на 2 группы. В 1-ю группу ( $n=95$ ) вошли больные с диспластическими изменениями СОЖ, соответствующими III категории Венской классификации эпителиальных неоплазий пищеварительного тракта; во 2-ю группу ( $n=34$ ) – с диспластическими изменениями, входящими в IV категорию. При выявлении контаминации СОЖ *Helicobacter pylori* 14 дней проводилась стандартная эрадикационная терапия.

**Результаты исследования.** У пациентов 1-й группы проводилась колпачковая или петлевая резекция участка диспластически измененной СОЖ с последующими динамическими эндоскопиче-

скими осмотрами с множественными биопсиями каждые 6 месяцев на протяжении 2 лет. У пациентов 2-й группы выполняли эндоскопическую резекцию СОЖ с инъекцией в подслизистый слой физиологического раствора, маркировкой границ резекций. Струп отторгнулся на 28-е сутки. Манипуляция осложнилась кровотечением у 7 (20,6%) больных, перфорацией – у 1 (2,9%). В сроки от 6 до 24 месяцев рецидив дисплазии отмечен у 6 (17,7%) пациентов.

**Заключение.** Динамическое наблюдение больных в группе риска развития преопластических поражений желудка позволяет своевременно диагностировать и малоинвазивно лечить диспластические изменения и является профилактикой РЖ.

#### 153. Моторно-эвакуаторная функция желудочно-кишечного тракта в ранние сроки после хирургического лечения местно-распространенных и рецидивных опухолей малого таза

Костюк И.П.

Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова, Санкт-Петербург, Россия, e-mail: dr.igor.kostyuk@gmail.com

**Цель исследования:** оценить моторно-эвакуаторную функцию (МЭФ) желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) у больных после хирургического лечения местно-распространенных опухолей тазовой локализации и определить эффективность применения ранней энтеральной терапии для коррекции послеоперационного пареза (ЖКТ).

**Материал и методы.** Исследование выполнено на основе сравнительного проспективного анализа лечения 119 больных с местно-распространенным колоректальным раком, злокачественными новообразованиями матки и ее придатков, а также мочевого пузыря. Энтеральная терапия осуществлялась с помощью силиконового зонда, установленного интраоперационно дистальнее связки Трейтца, с первых суток послеоперационного периода. Для оценки эффективности ранней энтеральной терапии пациенты были разделены на контрольную и основную группы, 58 и 61 человек соответственно. В контрольной группе лечение проводилось традиционным способом, без использования методики ранней энтеральной терапии. С целью сравнительной оценки ее влияния на МЭФ ЖКТ исследовали миоэлектрическую активность (МЭА) различных отделов ЖКТ на 1-е, 3-и, 5-е и 7-е сутки послеоперационного периода с помощью гастроэнтеромонитора «Гастроскан-ГЭМ».

**Результаты.** У больных основной и контрольной групп на первые сутки послеоперационного периода МЭА различных отделов ЖКТ достоверно не отличалась и была значительно ниже нормы. В дальнейшем наблюдалось увеличение показателей МЭА у больных обеих групп, но у пациентов основной группы этот рост был более интенсивным и достигал нормальных значений к 3-м суткам, достоверно отличаясь от больных контрольной группы. В контрольной группе нормальные значения МЭА регистрировали лишь на 5-е сутки послеоперационного периода. Применение ранней энтеральной терапии обеспечивает скорейшее восстановление МЭФ ЖКТ.

#### 154. Периоперационная нутриционная терапия при хирургическом лечении местно-распространенных и рецидивных опухолей тазовой локализации

Костюк И.П.

Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова, Санкт-Петербург, Россия, e-mail: dr.igor.kostyuk@gmail.com

**Цель исследования:** оценить роль периоперационной нутриционной терапии у больных, оперированных по поводу местно-распространенных опухолей органов малого таза.

**Материал и методы.** Проанализировано 119 наблюдений местно-распространенных опухолей органов малого таза, в числе которых 87 (73,1%) пациентов с первичными новообразованиями, 32 (26,9%) – с рецидивными опухолями. В 38 (31,9%) случаях были отмечены первичные опухоли колоректальной локализации, в 46 (38,7%) – опухоли матки, яичников и влагалища, в 3 (2,5%) – мо-

чевого пузыря. Рецидивные опухоли прямой кишки диагностированы у 11 (9,2%) больных, яичников – у 4 (3,4%), тела и шейки матки – у 2 (1,7%) и 15 (12,5%) соответственно. Во всех случаях объем хирургического вмешательства заключался в эвисцерации малого таза в различных модификациях. 59 (49,6%) пациентам выполнена полная надлеваторная эвисцерация малого таза, 43 (36,1%) пациентам – ее передняя модификация, 17 (14,3%) – полная инфралевакторная эвисцерация малого таза. Пациенты были разделены на 2 группы. В 1-ю вошли 58 больных, которым проводилась стандартная предоперационная подготовка и послеоперационное ведение. Во 2-й группе (n=61) периоперационное сопровождение проводилось с включением специальной программы нутриционной поддержки.

**Результаты.** Сравнение трофологического статуса показало, что снижение соматометрических показателей в ходе лечения определялось у больных обеих групп. Однако у пациентов, которым помимо базисной терапии назначали раннюю энтеральную терапию и нутриционную поддержку, снижение этих показателей было меньшим. Так, средняя потеря массы тела за период лечения у больных основной группы составила (0,7±0,2) кг, а у больных контрольной группы (2,1±0,8) кг (p<0,05).

#### 155. Результаты двухэтапного лечения больных с осложненными формами рефлюкс-эзофагита

Кочетков А.В., Хохлов А.В., Бояринов Д.Ю.  
Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова,  
Санкт-Петербург, Россия

**Цель исследования:** оценить результаты двухэтапного подхода в лечении больных с осложненными формами рефлюкс-эзофагита.

**Материалы и методы.** Проанализированы результаты лечения 140 больных с рефлюкс-эзофагитом и его осложнениями. Неосложненное течение пептического эзофагита диагностировано у 48,5% пациентов, пептические стриктуры пищевода – у 12,5%, эрозивно-язвенные кровотечения из пищевода – у 25%, пищевод Барретта – у 14%. Показания для эндоскопической коррекции осложнений установлены у 22,8% пациентов от общего числа больных и у 47% с осложненным течением. В остальных случаях осложнения были функционально незначимыми и корригировались на фоне консервативного лечения или выполненного оперативного вмешательства. При наличии кровотечения из пищевода методы эндоскопического гемостаза применялись у 20 пациентов (57%). Стриктуры пищевода II-III степени потребовали бужирования или дилатации стриктуры у 6 (33,3%). Аргоноплазменная коагуляция очагов кишечной метаплазии слизистой пищевода выполнена у 6 (30%) пациентов. Показания к оперативной коррекции пищеводно-желудочного перехода устанавливали при выявлении признаков необратимых нарушений замыкательной функции кардии. Всего выполнено 58 оперативных вмешательств, из них у 22 пациентов с осложненным течением эзофагита.

**Результаты.** В ближайшем и отдаленном периоде от 6 месяцев до 8 лет оценены результаты лечения у 40 пациентов путем анкетирования, клинического обследования с инструментальной диагностикой. Во всех наблюдениях осложнений не было. Клиническая симптоматика рецидива болезни выявлена в 4,8% случаев. Таким образом, при осложненном течении рефлюкс-эзофагита оправданно и эффективно двухэтапное лечение с использованием на первом этапе эндоскопического пособия для устранения осложнений; на втором – восстановления замыкательной функции кардии (по показаниям) эндовидеохирургическими методами.

#### 156. К вопросу о ситуации на отечественном фармацевтическом рынке пробиотических лекарственных средств

Красильников И.В., Лыско К.А., Казьянин А.В., Николаева А.М., Несчислав В.А.  
НПО «Микроген» МЗ РФ, Москва, Пермь, Россия,  
e-mail: neschislavew@gmail.com

Ситуация на отечественном фармацевтическом рынке медицинских пробиотиков характеризуется доминирующим положением импортной продукции. Это обусловлено большим количеством

причин, анализ которых позволяет сделать вывод о ведущей, как правило, роли экономического аспекта их возникновения. Исправление ситуации возможно при повышении конкурентоспособности отечественных препаратов, что предполагает внедрение в производство инновационных разработок с использованием модернизированной технико-технологической базы.

В рамках указанного направления в НПО «Микроген» решаются актуальные задачи расширения номенклатуры и объема выпуска пробиотиков, увеличения линейки лекарственных форм. В настоящее время уделяется более значительное внимание повышению потребительских свойств выпускаемой продукции с учетом возрастания фактора конкуренции, обусловленного вступлением России в ВТО и соответствующими ценовыми предпочтениями для импортных препаратов. Современным оборудованием оснащаются технологические линии, включая технику для финишных операций, позволяющих разнообразить выпуск лекарственных форм пробиотиков. Реализуются научно-технические разработки, связанные как с более экономичным способом получения, так и с повышением качественных характеристик производимой продукции. В ближайшее время на рынок поступит группа новых препаратов, включая синбиотик на основе бифидобактерий и пищевых волокон («Бифибад», саше); пробиотик на основе иммобилизованных клеток («Имбикапс», капсулы); метабиотик («Микростим», капли). Завершена разработка высокоэффективного симбиотика «Бифилакт-БИЛС» (капсулы, флаконы).

#### 157. Распространение аллелей C282Y и H63D гена HFE и предрасположенность к нарушению порфиринового обмена при неалкогольной жировой болезни печени

Кривошеев А.Б., Максимов В.Н., Куимов А.Д., Воевода М.И., Коваль О.Н., Кондратова М.А., Даниленко Д.Б., Ивасько В.Ю., Куприянова Л.Я.  
Новосибирский ГМУ, НИИ терапии СО РАМН,  
e-mail: krivosheev-ab@narod.ru, Новосибирск, Россия

**Цель исследования:** изучение частоты генотипов и аллелей C282Y и H63D гена HFE, ассоциированных с нарушением порфиринового обмена при неалкогольной жировой болезни печени.

**Материалы и методы.** У 57 больных определяли показатели порфиринового обмена методом хроматографии. Тестирование мутаций C282Y и H63D выполнено с помощью ПЦР с последующим ПДРФ анализом.

**Результаты.** Нарушения порфиринового обмена зарегистрированы у 39 больных (68,4%). У всех отмечена высокая экскреция предшественников порфиринов, из них у 24 наблюдалось повышение экскреции фракций уропорфирина и/или копропорфирина. Мутации C282Y и H63D в гене HFE обнаружены у 16 больных (28,1%). У большинства из них (12 человек, 75%) имелись различные варианты порфиринового дисметаболизма и наблюдалась тенденция к формированию синдрома хронической перегрузки железом. В группе больных (41 человек, 71,9%) с нормальными гомозиготными генотипами C282Y и H63D аналогичные нарушения метаболизма порфиринов выявлены у 27 (65,8%) человек. Признаков синдрома хронической перегрузки железом не отмечено.

**Выводы.** Расстройства в обмене порфиринов зарегистрированы в 68,4% случаев. Дисметаболизм порфиринов часто ассоциируется с нарушением обмена железа. При полиморфизме C282Y и H63D гена HFE нарушения порфиринового обмена наблюдались в 75% случаев. Обнаружение мутаций C282Y и H63D в гене HFE в сочетании с расстройствами порфиринового обмена на фоне синдрома хронической перегрузки железом позволяет рассматривать таких больных как кандидатов на включение в группу повышенного риска формирования фиброза печени.

**158. Эффективность гептрала при алкогольном стеатогепатозе**

Круглякова Л.В., Сулима М.В., Солюянова И.П.  
Амурская ГМА, Благовещенск, Россия

**Цель исследования:** изучить эффективность гептрала (адеметионина) при алкогольном стеатогепатозе.

**Материал и методы.** Проведено изучение эффективности гептрала у 50 больных алкогольным стеатогепатозом. Диагноз основывался на клинических, лабораторных исследованиях и УЗИ. Больные имели алкогольный анамнез: употребляли алкоголь не менее 5 раз в неделю в дозе 60 мл (мужчины) и 40 мл (женщины). Данные УЗИ соответствовали жировому гепатозу, имелось повышение активности АЛТ и АСТ, нормальный уровень щелочной фосфатазы и гаммаглобулинов. Больные с наличием маркеров вирусов HBV, HCV, HDV в исследовании не включались. Гептрал назначали по 2 капсулы 2 раза в день в течение месяца. Эффективность оценивалась по динамике клинических проявлений, биохимических показателей и УЗИ. Больные во время лечения воздерживались от приема алкоголя, соблюдали диету с ограничением жиров и углеводов.

**Результаты.** После лечения у большинства больных уменьшились или полностью исчезли боли и тяжесть в правом подреберье, тошнота, снижение аппетита, слабость, утомляемость. Гепатомегалия сохранялась у 40% больных. При УЗИ отмечены уменьшение размеров печени у 56% пациентов, нормализация эхогенности печени у 36%. Нормализация активности АЛТ достигнута у 60% больных, АСТ – у 80%. У половины больных отмечена нормализация триглицеридов и холестерина. Препарат хорошо переносился больными. Побочных явлений не зарегистрировано.

**Выводы.** Месячный курс терапии гептралом показал эффективность препарата при алкогольном стеатогепатозе, что выразилось в уменьшении клинических проявлений болезни, нормализации или значительном улучшении биохимических показателей и УЗИ печени. Назначение гептрала при алкогольном стеатогепатозе патогенетически обосновано. Отсутствие побочных эффектов свидетельствует о его безопасности.

**159. Экспрессия Ki-67 и P53 при ВЭБ-ассоциированном хроническом гастрите**

Крулевский В.А.<sup>1</sup>, Петровский А.Н.<sup>1</sup>, Аничков Н.М.<sup>1</sup>,  
Новикова В.П.<sup>2</sup>  
<sup>1</sup>СЗГМУ им. И.И. Мечникова, <sup>2</sup>СПбГПМА,  
Санкт-Петербург, Россия

**Цель исследования:** анализ гетерогенности клеточной популяции при нехеликобактерном хроническом гастрите (ХГ) у пациентов с ВЭБ-инфекцией по экспрессии маркера пролиферации Ki-67 и гена – активатора апоптоза P53.

**Материал и методы.** Экспрессия Ki-67 и P53 изучались в двух группах биоптатов слизистой оболочки желудка (СОЖ), отобранных по результатам иммуногистохимического выявления антигенов ВЭБ. 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»), для выявления p53 – антителами производства «ДАКО», Дания с последующим выявлением мест преципитации антител биотин-стрептавидиновым методом.

**Результаты.** В шеечном и донном эпителии и в строме антрального отдела и тела желудка экспрессия Ki-67 была выше в группе 1 и соответствовала расположению пролиферативного компартмента слизистой оболочки. В строме антрального отдела (2,62±0,13 и 6,5±0,3; p<0,05) и тела желудка (2,21±0,11 и 6,02±0,28; p<0,05) экспрессия P53 в группе 1 отмечалась реже, чем в контрольной группе.

**Заключение.** При ВЭБ-положительном ХГ выявляется повышение экспрессии протеина Ki-67 в зоне пролиферативного компартмента СОЖ, указывающее на ускорение процессов клеточного обновления, что наряду со снижением частоты апоптоза может способствовать повышению риска развития предраковых изменений слизистой оболочки желудка.

**160. Особенности параметров эритроцитов и показателей гемостаза у больных с хроническим вирусным гепатитом**

Кручинина М.В., Громов А.А., Рабко А.В., Баум В.А.  
Курилович С.А., Генералов В.М.<sup>1</sup>

НИИ терапии СО РАМН, Новосибирск, ГНЦ вирусологии и биотехнологии «Вектор», Кольцово, Новосибирская область, Россия

**Цель:** изучить особенности вязкоупругих и электрических характеристик эритроцитов (Эр), ряда показателей гемостаза, их взаимосвязь у пациентов с хроническим вирусным гепатитом (ХВГ).

**Материалы и методы.** Обследованы 40 мужчин 42-65 лет с ХВГ (24 – с HBV, 16 – с HCV) и 35 практически здоровых. Параметры Эр изучали методом диэлектрофореза, показатели гемостаза – стандартными методиками.

**Результаты.** При ХВГ электропроводность, индексы агрегации, деформации, обобщенные вязкость, жесткость были выше, а дипольный момент, емкость мембран, амплитуда деформации, поляризуемость Эр на всех частотах – ниже, чем в контроле (p<0,001-0,05). У больных с ХВГ достоверно увеличена скорость лейкоцитарно-тромбоцитарной агрегации и снижена агрегация тромбоцитов (Тр) по сравнению со здоровыми (p<0,01-0,05). Выявлена корреляция степени спонтанной агрегации Тр с уровнем гемолиза Эр на низких частотах (p<0,005-0,02), степени гемолиза Эр на высоких частотах с величиной тромбоцитарных агрегатов (ристомин 1,0 мг/мл) (r=0,56, p<0,02) и уровнем волчаночного антикоагулянта (r=0,44, p<0,05). О повреждении эндотелия свидетельствовало повышение уровня фактора Виллебранда у больных ХВГ (p<0,05). Хагеман-зависимый фибринолиз (ХЗФ), РКФМ достоверно выше при ХВГ, чем в контроле (p<0,02-0,05), что отражало усиление внутрисосудистого свертывания. Уменьшение уровней антитромбина III, протеина С коррелировало со снижением белоксинтетической функции печени, а степень диспротеинемии – с уровнями ХЗФ и емкости мембран Эр (r=0,62, p<0,03). Повышение фибриногена отражало выраженность воспалительного синдрома и приводило к снижению емкости мембран Эр (r=0,57, p<0,01).

**Выводы.** Выявленные изменения параметров Эр, показателей гемостаза могут быть использованы для оценки степени тромбообразования, микроциркуляторных нарушений, усугубляющих течение ХВГ, и назначения терапии по их коррекции.

**161. К вопросу использования ароматизаторов при разработке пробиотических препаратов**

Крылова Т.В., Чистохина Л.П., Несчислав В.А.  
Филиал НПО «Микроген» МЗ РФ «Пермское НПО  
"Биомед"», Россия, e-mail: tv.krylova83@gmail.com

Пробиотические препараты на основе бактериальных культур или их метаболитов в нативном или регидратированном виде обладают специфическим запахом и вкусом. Особенность органолептических показателей может снижать потребительские свойства пробиотических препаратов, поэтому возникает необходимость использования корригентов запаха и вкуса.

**Цель исследования:** изучить влияние на симбионтную микрофлору ароматизаторов (идентичных натуральным), предлагаемых к использованию в качестве корригентов запаха и вкуса при конструировании пробиотических препаратов.

**Методы.** Применяли экспресс-тест ингибирования биолюминесценции генноинженерного штамма *E. coli lum*<sup>+</sup> (патент РФ № 2187801, 1999). В асептических условиях в пробирку с 10 мл воды очищенной добавляли одну каплю ароматизатора (исходный образец), затем из него готовили пробы 5-, 10- и 100-кратного разведения, которые смешивали с регидратированной культурой тест-штамма. Уровень свечения последнего определяли с помощью прибора «Биотокс-10М».

**Результаты.** Установлено, что ароматизаторы начинают угнетать свечение *E. coli lum*<sup>+</sup> уже через 30 мин совместного инкубирования. Ароматизатор «Лимон» снижал свечение тест-штамма через 4 ч на 90%, а ароматизатор «Карамель» – на 80%.

**Вывод.** Результаты исследования всех проб показали угнетение свечения тест-штамма. Ароматизаторы, используемые для кор-

рекции запаха и вкуса пробиотических препаратов, должны быть проверены на индифферентность по отношению к представителям индигенной микрофлоры макроорганизма.

#### 162. Опыт выполнения лапароскопических органосберегающих операций при очаговых новообразованиях селезенки

Кубышкин В.А., Ионкин Д.А., Кригер А.Г., Бирелавичус С.В., Козлов И.А.

Институт хирургии им. А.В. Вишневского, Москва, Россия

**Актуальность.** Увеличение числа больных с очаговыми новообразованиями селезенки диктует необходимость выбора оптимального хирургического лечения.

**Цель исследования:** определение адекватной тактики хирургического лечения у больных с очаговыми новообразованиями селезенки.

**Материалы и методы.** В Институте хирургии с 1976 г. наблюдались более 300 больных с очаговыми новообразованиями селезенки. Среди возможных операций предпочтение отдавали органосберегающим операциям, а в случае их невозможности выполняли гетеротопическую аутотрансплантацию селезеночной ткани. Кроме резекций селезенки традиционным доступом выполнялись и лапароскопические вмешательства. Успешно лапароскопические операции были произведены в 44 случаях. Были выполнены фенестрации – 25 (робот-ассистированные – 4), резекции – 16 (анатомические – 8, околоопухолевые – 7, робот-ассистированные – 1), эхинококкэктомия – 1, спленэктомия при эхинококкозе – 1, вмешательство при истинной кисте с осложненным течением добавочной селезенки – 1. Еще в 3 наблюдениях лапароскопические вмешательства потребовали конверсии из-за выраженного кровотечения. В нашем опыте еще трижды были выполнены лапароскопические резекции селезенки не по поводу новообразований этого органа. После фенестрации повторное лапароскопическое вмешательство на селезенке потребовалось в 1 наблюдении, а пункционные вмешательства под УЗ-контролем по поводу остаточных полостей – в 6 случаях. Еще в одном наблюдении было произведено удаление добавочной дольки селезенки, расположенной в воротах, с истинной кистой, осложненной кровистечением в полость кисты с угрозой разрыва. Обязательно выполнялись срочное цитологическое исследование содержимого новообразования и гистологическое исследование стенки, а также плановое морфологическое исследование.

**Результаты.** С учетом послеоперационных результатов кроме обычно применяемой дезэпителизации остающейся части стенки кисты с применением аргона и/или коагуляции мы стали до иссечения кисты производить обработку полости раствором этилового спирта. Статистически достоверно меньшее число осложнений и лучшие отдаленные результаты, включая оценку качества жизни, отмечены у пациентов после органосберегающих операций, особенно при использовании лапароскопического доступа. Худшие результаты выявлены у пациентов после удаления органа.

**Заключение.** На этапе диагностического поиска необходимо широко использовать современные неинвазивные методы – УЗИ и КТ, МРТ. При подтверждении доброкачественного генеза очага в селезенке при сохранении хотя бы небольшой части непораженной паренхимы предпочтительнее выполнение органосберегающей операции с применением современных средств гемостаза и соответствующих технических приемов. В зависимости от локализации очага в селезенке, его размеров, анатомических особенностей возможно выполнение лапароскопических органосберегающих операций.

#### 163. Клинико-иммунологическая эффективность инновационного синбиотического напитка

Кузнецова Т.А., Запорожец Т.С., Смолина Т.П., Гажа А.К., Иванушко Л.А.

НИИЭМ СО РАМН, Владивосток, Россия,  
e-mail: niiem\_vl@mail.ru

**Цель исследования:** оценка клинико-иммунологической эффективности инновационного синбиотического напитка (СН), со-

держающего бифидобактерии и иммуноактивные полисахариды из бурой водоросли *F. evanescens* (фукоидан и альгинат), у больных с хроническими заболеваниями желудочно-кишечного тракта (ЖКТ).

**Результаты.** При бактериологическом обследовании больных в 75% случаев выявлены нарушения, которые расценивались как II степень дисбактериоза. Этим больным проводилось углубленное обследование, включающее клинический и биохимический анализ крови, иммунограмму, и на фоне адекватной патогенетической терапии назначался СН дважды в день в течение 6 недель. Показатели, характеризующие структуру основных субпопуляций лимфоцитов периферической крови у пациентов с дисбактериозом кишечника, находились в границах значений, констатирующих удовлетворительную функцию иммунной системы. В то же время усиление экспрессии рецептора к IL-2 (CD25), антигенов главного комплекса гистосовместимости II класса (HLA-DR), апоптотического маркера CD95/Fas на поверхности лимфоцитов свидетельствовало об активации клеток иммунной системы, которая не ограничивалась зоной желудочно-кишечного тракта.

Под влиянием терапии с включением СН выявлено редуцирование диспепсического и интерстициального синдромов и восстановление микробиоценоза кишечника у 80% пациентов, выражающееся в нормализации содержания бифидобактерий, повышении уровня лактобактерий, снижении титра гемолитических *E. coli*. Со стороны иммунной системы выявлено уменьшение количества активированных лимфоцитов, что отражает снижение хронического раздражающего действия инфекционных агентов у пациентов с дисбактериозом кишечника.

Таким образом, СН является эффективным средством коррекции дисбиотических и сопряженных с ними иммунных нарушений у больных с хроническими заболеваниями ЖКТ.

Работа выполнена в рамках проекта МНТЦ № 4000 от 01.05.2010.

#### 164. Вирусный гепатит А у взрослых на современном этапе

Кузьмина Т.Ю., Тихонова Е.П.

Красноярский ГМУ им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого, Россия, e-mail: tkuzmina\_24@mail.ru

**Цель:** провести анализ клинически-эпидемиологических особенностей при остром вирусном гепатите А у взрослых.

**Материалы и методы:** 38 больных вирусным гепатитом А, желтушной формой; возраст 18-67 лет; 60% женщин, 40% мужчин. Диагноз установлен клинико-эпидемиологически, тяжесть обоснована изменением показателей печеночных проб, подтвержден выявлением специфических IgM HVA методом ИФА.

**Результаты.** Наибольшее число больных наблюдали среди пациентов в возрасте от 21 до 40 лет – 65,0% случаев; старше 40 лет – 15,0%, среди молодых – 20,0%. Все пациенты указывали на употребление в пищу мягких фруктов и овощей, несоблюдение санитарно-эпидемиологических правил приема пищи (грязные руки).

В продроме преобладал смешанный вариант течения (астенический, гриппоподобный, диспепсический), однако в 6,5% имелись артралгии. В период разгара с нарастанием желтухи продолжалась лихорадка, астенизация в 62% случаев; преобладали среднетяжелые и тяжелые формы заболевания (уровень билирубина (346,8±121,7) ммоль/л) с выраженным цитолизом (8-15N), наличием холестатического синдрома в 50% случаев, аутоиммунным компонентом в 16% случаев. У 65% больных выявляли хронические заболевания ЖКТ, печени, ССС и дыхательной системы. У 30% больных имелась хроническая алкогольная интоксикация или наркотическая зависимость. В гемограмме выявляли увеличение СОЭ.

**Выводы.** Таким образом, выявлена закономерность перемещения заболевания в старшие возрастные группы, что может быть связано с ослаблением и утратой напряженности специфического иммунитета. Гепатит А в большинстве случаев протекает на фоне хронических заболеваний, алкогольной интоксикации, наркотической зависимости, что утяжеляет его течение как в продромальном периоде, так и в разгаре.

**165. К вопросу дифференциальной диагностики механической желтухи и вирусного гепатита**

Кузьмина Т.Ю., Тихонова Е.П., Кембель В.Р., Тихонова Ю.С.  
Красноярский ГМУ им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого, Россия, e-mail: tkuzmina\_24@mail.ru

**Цель исследования:** провести анализ диагностических случаев дифференциальной диагностики механической желтухи и вирусного гепатита.

**Материалы и методы.** Мы провели анализ 16 случаев, в которых у больных желтуха была основным клиническим проявлением. Все больные (10 женщин и 6 мужчин, возраст 40-58 лет) были госпитализированы в инфекционное отделение по направлению скорой помощи с подозрением на вирусный гепатит. До настоящего обращения больными себя не считали, за медицинской помощью обращались редко. Всем было проведено клинико-лабораторное, инструментальное, УЗИ, КТ-исследования. Результаты серологической маркерной, ПЦР-диагностики вирусного гепатита отрицательны.

**Результаты.** Во всех случаях желтуха появилась впервые. В 25% случаев имелись слабые боли в эпигастрии и правом подреберье, у 50% больных желтухе предшествовал кожный зуд от 2 недель до 1,5 месяцев, слабость, снижение трудоспособности. Гипербилирубинемия до  $(358,5 \pm 174,9)$  мкмоль/л; выраженный цитолиз с АЛТ (5-11)N у 56,3%; преобладание АСТ над АЛТ у 31,3% больных; у 12,5% не было повышения аминотрансфераз. В результате обследования у 3 (16,6%) диагностирован первичный рак печени с локализацией в воротах печени, у 2 (12,5%) – первичный склерозирующий холангит, у 9 (56,3%) – рак головки поджелудочной железы, у 4 (25,0%) – с метастазами в различные органы, у 2 (12,5%) – метастазы из первичных опухолевых процессов других органов (прямой кишки, почек).

**Выводы.** Представленный анализ дифференциальной диагностики желтухи у лиц старше 40 лет показал, что при отсутствии выраженных болевых, холестатического, астенического, диспепсического синдромов можно предполагать наличие механической желтухи, в том числе онкологического генеза на поздних стадиях процесса.

**166. Опыт из практики: желудочное кровотечение как первый симптом ДВС-синдрома в случае летального исхода при ветряной оспе**

Кузьмина Т.Ю., Тихонова Ю.С., Тихонова Е.П., Кембель В.Р.  
Красноярский ГМУ им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого, Россия, e-mail: tkuzmina\_24@mail.ru

**Цель:** представить редкий клинический случай летального исхода при ветряной оспе, где первым проявлением ДВС-синдрома было желудочное кровотечение.

**Материалы и методы.** Пациентка 12 лет, из эпидемического семейного очага ветряной оспы, с характерной клиникой легкого течения заболевания на фоне метаболического синдрома (инсулинозависимый сахарный диабет, ожирение III степени).

**Результаты.** Больная находилась 2 суток в инфекционном стационаре. Поступила на 5-й день болезни, 2-й день высыпаний. Легкое течение заболевания было обосновано слабой интоксикацией, с лихорадкой до  $(37,6 \pm 0,4)^\circ\text{C}$ , скудной пятнисто-папулезно-везикулезной сыпью (везикулы имели прозрачное содержимое), энантемой, слабыми катаральными явлениями. Больная предъявляла жалобы на постоянные умеренные боли в эпигастрии, поясничной области, мышцах. Внезапно появилось желудочное кровотечение алой кровью. Срочно проведенная ФГДС выявила острые обширные эрозии, кровоизлияния в слизистой желудка. Назначено консервативное лечение. Однако в течение 3-5 ближайших часов состояние больной прогрессивно ухудшалось: страдало общее самочувствие, с быстрым угнетением сознания до комы, выпот везикул стал геморрагическим, появились гематомы на коже, слизистых оболочках, кровоизлияния в конъюнктивы и склеры, продолжалось желудочное кровотечение. Диагностирован ДВС-синдром. Летальный исход наступил через 36 часов.

**Выводы.** Данный клинический случай показал, что наличие метаболического синдрома даже при легком течении инфекционного процесса может привести к тяжелым осложнениям, вплоть до летального исхода. Первым проявлением ДВС-синдрома может быть внезапное желудочное кровотечение.

**167. Состояние местного иммунитета у воспитанников детского дома, имеющих заболевания органов пищеварения**

Кулакова Е.В., Толкачева Н.И.  
Нижегородский НИИ детской гастроэнтерологии, Россия

**Цель исследования:** оценить состояние местного иммунитета слизистой оболочки полости рта у воспитанников детского дома, имеющих заболевания органов пищеварения, до и после проведения оздоровительных мероприятий.

**Материалы и методы.** У 23 детей, имеющих хронические заболевания органов пищеварения или находящихся в группе риска, проведена оценка состояния местного иммунитета слизистой оболочки полости рта: исследовано содержание в секрете ротовой полости (слоне) Ig класса G, A, SIgA, M, лизоцима, проведено определение коэффициента сбалансированности ( $K_{сб}$ ) факторов местного иммунитета.

**Результаты.** При обследовании выявлено значительное нарушение противомикробной резистентности слизистой оболочки полости рта, выражавшееся в снижении содержания IgA в слоне у всех детей, секреторного компонента SIgA у 15 детей (62,2%) по сравнению с возрастными нормативными показателями. В 100% случаев установлено нарушение сбалансированности факторов местного иммунитета в ротовом секрете и снижение защитной функции пищеварительного секрета. Средний уровень  $K_{сб}$  в слоне составил  $1,93 \pm 0,17$  (у здоровых детей  $K_{сб} < 1$ ). После проведения оздоровительных мероприятий, направленных на улучшение работы пищеварительной системы, повышение защитных сил и адаптационных возможностей детского организма, повторно проведено исследование Ig класса G, A, SIgA, M, лизоцима,  $K_{сб}$ . У 82,6% детей выявлено повышение уровня IgA и секреторного компонента SIgA, у 30,4% произошло полное восстановление местного иммунитета полости рта, у 100% детей  $K_{сб}$  приблизился к норме.

**Заключение.** Таким образом, подтверждена эффективность проводимых оздоровительных мероприятий, имеющих функциональную направленность действия, для детей с хроническими заболеваниями органов пищеварения, а также для повышения иммунитета и адаптационных возможностей детского организма.

**168. Изменения кишечного биоценоза у больных неалкогольным стеатогепатитом на фоне комбинированной терапии урсодеооксиголевой кислотой и лактулозой**

Кучерявый Ю.А.<sup>1</sup>, Морозов С.В.<sup>2</sup>, Стуков Н.Ю.<sup>3</sup>, Сайдуллаева М.Г.<sup>4</sup>, Ахтаева М.Л.<sup>4</sup>  
<sup>1</sup>МГМСУ, <sup>2</sup>НИИ питания РАМН, <sup>3</sup>НУЗ ЦКБ им. Н.А. Семашко ОАО «РЖД», Москва, <sup>4</sup>Чеченский государственный университет, Грозный, Россия

**Цель исследования:** оценить влияние комбинированной терапии урсодеооксиголевой кислотой и лактулозой на состояние кишечного микробиоценоза у больных неалкогольным стеатогепатитом.

**Материалы и методы.** Обследовано 2 группы больных неалкогольным стеатогепатитом. В каждую группу входили по 30 человек. Первая группа получала лечение препаратом «Урсолив» (в дозе 20 мг/кг/сут УДХК и 25 мг/кг/сут лактулозы), вторая – препаратом «Урсосан». Оценивались показатели состава микрофлоры кала исходно и в динамике через 45 и 90 дней от начала лечения.

**Результаты.** У больных неалкогольным стеатогепатитом отмечалось снижение содержания бифидо-, лактобактерий, кишечной палочки и наличие штаммов условно патогенной микрофлоры в отсутствие штаммов патогенной флоры. В группе больных, принимавших урсолив, достигнуто достоверное уве-

личение числа бифидобактерий и уменьшение числа штаммов условно патогенной флоры по данным бактериологического исследования кала за 3 месяца лечения ( $p=0,028$  и  $p=0,022$  соответственно). В группе, принимавшей урсосан, значимых изменений состава кишечного биоценоза выявлено не было. Лечение обоими препаратами характеризовалось хорошей переносимостью, развитие умеренно выраженной диареи было зарегистрировано лишь у 13,3% пациентов.

**Выводы.** Использование препаратов УДХК в комбинации с лактулозой характеризуется выраженным положительным влиянием на кишечный биоценоз, что дает дополнительные преимущества при лечении больных НАГС.

## Л

### 169. Состояние микробиоты тонкого отдела кишечника при экспериментальной ишемии на фоне инвазии *Blastocystis hominis*

Лазарев А.М., Лазарева Е.В.

Ульяновский государственный педагогический университет имени И.Н. Ульянова, Россия

**Цель исследования:** изучить состояние микробиоты тонкого отдела кишечника при экспериментальной ишемии на фоне blastocystis инвазии.

**Материалы и методы.** В исследовании было использовано 2 группы крыс-самцов массой (223±13) г по 50 животных в каждой. Первую группу заражали *per os* лабораторным штаммом blastocystis по методике Потатуркиной-Нестеровой Н.И. и соавторов (2002). Ишемию тонкого кишечника воспроизводили по методике Samel S. и соавторов (2002). Контрольной группе крыс моделировали ишемию без предварительного заражения blastocystis. Для оценки развития ишемии мы использовали такие показатели, как состояние микробиоты тонкого отдела кишечника и патоморфологические изменения при циркуляторных нарушениях. Изучение этих показателей проводили на 10-е сутки эксперимента.

**Результаты.** Микробиота тонкой кишки крыс с экспериментальной ишемией кишечника на фоне blastocystis инвазии претерпевала значительные изменения по сравнению с контрольной группой животных. Установлено увеличение количества представителей как облигатной, так и условно патогенной микробиоты, что можно объяснить транслокацией микроорганизмов из биотопа толстой кишки и развитием синдрома избыточного роста бактерий. У всех экспериментальных животных в испражнениях были обнаружены спорозонные анаэробные палочки. Макроскопически у всех инвазированных животных отмечалось развитие выраженной ишемии тонкого отдела кишечника, которая характеризовалась поражением слизистой оболочки, мышечного слоя стенки кишки и распространенным отеком. У незараженных животных при этом наблюдалось развитие менее выраженной ишемии тонкого отдела кишечника, которая характеризовалась поражением только слизистой оболочки на верхушках ворсинок, отеком.

**Выводы.** Проведенные исследования показали, что у животных, зараженных простейшими *B.hominis*, отмечались более выраженные изменения состояния микробиоты и глубина поражения стенки тонкой кишки, чем у интактных животных.

### 170. Лактазная недостаточность у больных с постинфекционным синдромом раздраженного кишечника и роль микрофлоры кишечника в ее развитии (результаты рандомизированного двойного слепого контролируемого исследования)

Лазебник Л.Б., Щербаков П.Л., Парфенов А.И.,

Ручкина И.Н., Фадеева Н.А.

ЦНИИ гастроэнтерологии, Москва, Россия

**Цель исследования:** выявить частоту вторичной лактазной недостаточности (ВЛН) у больных с постинфекционным синдромом раздраженного кишечника (ПСРК) и определить роль микрофлоры тонкой кишки в ее развитии.

**Материал и методы.** Обследованы 138 больных с ПСРК. По гендерному признаку преобладали женщины – 112 (81,2%), мужчин было 26 человек (18,8%). Средний возраст больных составил (33,9±9,1) года. Анамнез заболевания составил (2,6±1,4) года. Начало заболевания больные связывали с перенесенной кишечной инфекцией, диагноз ПСРК соответствовал Римским критериям III. Диагностика ВЛН проводилась с помощью экспресс-теста фирмы «Biohit» (по цветной шкале тест-системы) в биоптатах из залуковичного отдела двенадцатиперстной кишки. Синдром избыточного бактериального роста (СИБР) в просвете тонкой кишки определялся с помощью дыхательного водородного теста (ДВТ) с нагрузкой лактулозой (20 мл) в течение 2 часов на газовом анализаторе H<sub>2</sub> MICRO. При наличии СИБР в тонкой кишке у больных ВЛН назначалась в течение 2 недель комбинированный пробиотик, в состав которого входили *Bifidobacterium longum* 10<sup>7</sup>, *Enterococcus faecium* 10<sup>7</sup>. Исследование ВЛН и СИБР проводилось дважды: до и после лечения.

**Результаты.** Среди 138 больных с ПСРК у 82 человек (59,4%) выявлена ВЛН, у 43,5% которых – средней степени тяжести, а у 15,9% – тяжелой степени. Во всех случаях ВЛН сопровождалась СИБР в просвете тонкой кишки, что подтверждалось результатами ДВТ: (101±37) ppm; N<20 ppm. Клинически у больных с ВЛН отмечался метеоризм, неустойчивый стул и боли в животе. В результате 14-дневного курса комбинированного пробиотика (в суточной дозе 3 капсулы) в группе с ВЛН средней степени тяжести у 70,8% больных достигнута нормализация эубиоза в просвете тонкой кишки, что проявилось снижением степени выраженности СИБР: (86,9±40,9) ppm до лечения и (17,4±6,6) ppm после лечения;  $p<0,01$ ), нормализацией результатов лактазного теста ( $p<0,01$ ). Клинически в этой группе больных у всех достигнута ремиссия заболевания: нормализация стула, купирование метеоризма и болей в животе. В группе сравнения (обследуемые получали плацебо) у 68,4% отчетливая положительная динамика не выявлена, сохранялись ВЛН и СИБР.

**Заключение.** При обследовании больных с ПСРК выявлена высокая частота ВЛН (59,4%). Применение комбинированного пробиотика у больных с ВЛН привело к нормализации эубиоза в просвете тонкой кишки и купированию клинических признаков у 70,8% больных. Следовательно, в данной группе больных изменение микрофлоры явилось непосредственной причиной развития ВЛН.

### 171. Анализ инвалидности вследствие заболеваний печени по Амурской области

Лазуткина Е.Л.<sup>1</sup>, Шоколова Н.И.<sup>3</sup>, Гордецкая Г.И.<sup>3</sup>,

Трусова Л.А.<sup>2</sup>, Суслова Ю.В.<sup>1</sup>, Герасимец Е.А.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Амурская ГМА, e-mail: amurlaz@mail.ru, <sup>2</sup>АОКБ, <sup>3</sup>ГБ МСЭ по Амурской области, Благовещенск, Россия

**Цель исследования:** изучить состояние первичной инвалидности вследствие поражений печени за 3 года.

В структуре первичной инвалидности при заболеваниях органов пищеварения (ЗОП) основную массу случаев (от 75% до 85,5%) составляют заболевания печени.

Таблица. Распределение впервые признанных инвалидами вследствие ЗОП за 2008-2010 гг. (абс. численность)

Год	ЗОП	Болезни печени	Хронический гепатит	Цирроз печени вирусной этиологии	Алкогольный цирроз печени
2008	144	108	17	70	21
2009	151	107	11	73	23
2010	142	121	17	80	24

В большинстве случаев к установлению инвалидности приводит цирроз, развившийся после хронического вирусного гепатита. Удельный вес этой патологии увеличился с 48,6% (2008 г.) до 56,3% (2010 г.) При этом горожане составляют около 75% и сельские жители – около 25%, в то время как в целом по области удельный вес горожан составляет 65,4%, сельских жителей – 34,6%. Более 2/3 лиц, впервые признанных инвалидами, состав-

ляют лица трудоспособного возраста. Отмечается ежегодный рост признаваемых инвалидами I группы при первичном освидетельствовании.

**Выводы.** Уровень первичной инвалидности при ЗОП в Амурской области остается высоким, превышая средний Российский и средний Дальневосточный уровень. С целью уменьшения уровня инвалидности целесообразно организовать тщательную диспансеризацию лиц с хроническим гепатитом и обеспечить их полноценным лечением.

#### 172. Сопоставление клинико-лабораторных, эндоскопических и гистологических показателей у больных воспалительными заболеваниями кишечника

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

**Цель исследования:** сопоставить клинико-лабораторные, эндоскопические и гистологические показатели активности у больных воспалительными заболеваниями кишечника (ВЗК).

**Материалы и методы.** Обследованы 23 больных ВЗК: 7 болезнью Крона и 16 язвенным колитом (ЯК). Определялись лабораторные маркеры воспаления: СОЭ, СРП, фибриноген, уровень  $\gamma$ -глобулинов. Эндоскопическая картина (ЭК) оценивалась в баллах от 1 до 7 в зависимости от наличия признаков воспаления: отека слизистой, гиперемии, состояния сосудистого рисунка, рыхлости, кровоточивости, наличия эрозий и язв. Протяженность поражения кишечника оценивалась также от 1 до 7 баллов в зависимости от топографии воспаления. При гистологическом исследовании оценивалась степень воспалительной инфильтрации слизистой (ВИС) по пятибалльной шкале, учитывалось наличие лимфоидных фолликулов, сегментоядерных нейтрофилов и эозинофилов, крипт-абсцессов и гранулем.

**Результаты.** По клинико-лабораторным признакам легкое течение ВЗК отмечалось у 5 (21,7%), среднетяжелое – у 10 (43,5%), тяжелое – у 8 (34,8%). Тяжесть клинического течения позитивно коррелировала с эндоскопической картиной и ВИС –  $r=0,56$  ( $p<0,05$ ) и  $r=0,61$  ( $p<0,05$ ) соответственно. ЭК коррелировала с уровнем  $\alpha 2$ -глобулинов, фибриногена и СОЭ –  $r=0,69$  ( $p<0,05$ );  $r=0,64$  ( $p<0,05$ ) и  $r=0,49$  ( $p<0,05$ ) соответственно. ЭК слабо коррелировала с ВИС –  $r=0,28$  ( $p>0,05$ ). ВИС теснее всего и достоверно коррелировала с уровнем  $\gamma$ -глобулинов –  $r=0,8$ ; СОЭ –  $r=0,7$ ; фибриногена –  $r=0,54$ ;  $\alpha 2$ -глобулинов –  $r=0,49$ . Примесь сегментоядерных нейтрофилов и эозинофилов в инфильтрате была незначительной и не влияла на лабораторные и эндоскопические маркеры воспаления.

**Выводы.** При ВЗК отмечался параллелизм в клинико-лабораторных, эндоскопических и гистологических показателях воспаления слизистой кишечника. Максимальной была связь между выраженностью воспалительной инфильтрации слизистой и уровнями  $\gamma$ -глобулинов и СОЭ.

#### 173. Связь концентрации оксида азота с показателями насыщения крови кислородом при циррозе печени

Левитан Б.Н., Касьянова Т.Р., Ларина Н.Н. Астраханская ГМА, Россия

**Цель исследования:** установить связь между содержанием в крови оксида азота (NO) и уровнем насыщения крови кислородом ( $SpO_2$ ) у больных циррозом печени (ЦП).

**Материал и методы.** Обследованы 115 больных ЦП, контрольная группа (КГ) – 15 доноров. Концентрацию NO в ЭДТА-плазме исследовали методом иммуноферментного анализа с помощью набора «BCM Diagnostics». Насыщение крови кислородом (сатурация) определяли с помощью «Пульсоксиметра РМ S-31».

**Результаты.** Анализ средних значений NO у больных ЦП позволил выявить его статистически достоверное повышение по сравнению с КГ (соответственно  $(46,4 \pm 1,7)$  мкмоль/л против  $(29,8 \pm 0,1)$  мкмоль/л;  $p=0,0004$ ). Вариабельность показателей сатурации в КГ была в диапазоне 97-99%. Средняя величина  $SpO_2$  в группе ЦП составила  $(94,9 \pm 0,7)\%$  с колебаниями в пределах 92-96%, что было достоверно ниже ( $p<0,05$ ) по сравнению с КГ –

$(98,4 \pm 0,5)\%$ . Были выделены две группы лиц с ЦП: 1-я группа ( $n=18$ ) с самыми низкими значениями концентрации NO – менее 26 мкмоль/л (вариация 15,0-25,1 мкмоль/л); 2-я группа ( $n=24$ ) с самыми высокими значениями NO – более 60 мкмоль/л (вариация 62,5-105,1 мкмоль/л). Показано, что величина  $SpO_2$  в 1-й группе составила в среднем  $(95,5 \pm 0,3)\%$ , а во 2-й группе –  $(94,2 \pm 0,3)\%$  ( $p<0,05$ ).

Таким образом, у больных ЦП при увеличении концентрации в крови NO отмечена тенденция к снижению  $SpO_2$ . Это может быть связано с формированием вазодилатаций в легких при повышенной экспрессии NO, что нарушает нормальный газообмен и может являться одной из причин развития гипоксии.

**Заключение.** Увеличение концентрации NO как маркера эндотелиальной дисфункции, являющегося мощным вазодилататором, может приводить при ЦП к сосудистым изменениям в легких, что способствует нарушению газообмена и сопровождается снижением насыщения крови кислородом.

#### 174. Растворимые рецепторы фактора некроза опухолей II типа и этиология цирроза печени

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

**Цель исследования:** определить содержание растворимых рецепторов фактора некроза опухолей II типа (sTNF-RII) в сыворотке крови при циррозе печени (ЦП) вирусной, алкогольной и смешанной (вирусно-алкогольной) этиологии.

**Материалы и методы.** У 65 больных ЦП и 20 здоровых доноров (ЗД) определяли концентрации sTNF-RII в сыворотке крови методом иммуноферментного анализа (ИФА) со стандартным тест-набором BioSource sTNF-RII-EASIA Kit («BioSource», Бельгия).

**Результаты.** В группе ЦП концентрация sTNF-RII в среднем составила  $(15,27 \pm 2,22)$  пкг/мл; разброс значений в диапазоне от 3,2 до 49,0 пкг/мл, тогда как у ЗД  $(3,54 \pm 0,04)$  пкг/мл ( $p<0,05$ ). Установлено, что при ЦП вирусной и смешанной этиологии продукция sTNF-RII была достоверно ( $p<0,05$ ) повышена по сравнению с алкогольными ЦП и ЗД – соответственно  $(19,0 \pm 3,9)$  пкг/мл,  $(14,8 \pm 2,3)$  пкг/мл,  $(7,6 \pm 2,4)$  пкг/мл и  $(3,5 \pm 0,4)$  пкг/мл. В группе алкогольного ЦП хотя и наблюдалась тенденция к превышению средних значений sTNF-RII по сравнению со ЗД, различия не были достоверными. Концентрация sTNF-RII при ЦП смешанной этиологии занимала промежуточное место между вирусным и алкогольным ЦП, по-видимому, за счет влияния вирусного компонента. Сравнение этиологических особенностей в двух группах по 10 больных ЦП, в 1-ю из которых были включены лица с минимальным уровнем sTNF-RII, а во 2-ю – с максимальным, показало, что в 1-й группе алкогольный ЦП составил 63%, в то время, как вирусный – 25%. При этом во 2-й группе пациентов с алкогольным ЦП было лишь 17%, тогда как с вирусным – 75%. Больных с ЦП смешанной этиологии в обеих группах было поровну.

**Заключение.** Установлено, что при ЦП имеется повышение концентрации sTNF-RII в сыворотке крови, причем характер изменений зависит от этиологии заболевания, и максимальное нарастание значений рецепторов наблюдается при вирусном ЦП.

#### 175. Применение препарата «Вальдоксан» в лечении пациентов с рефрактерным синдромом раздраженного кишечника

Липатова Т.Е., Дудаева Н.Г., Саляева Л.Р. Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского, Россия, e-mail: lipatova.t@inbox.ru

**Цель исследования:** определить психоневрологический статус пациентов с различным течением СРК и оценить эффективность применения антидепрессанта «Вальдоксан» в комплексном лечении пациентов с рефрактерным СРК.

**Материалы и методы.** Обследованы 60 пациентов с СРК, из них 30 имеющих кишечные проявления, не влияющие на качество их жизни («не пациенты»), 30 – пациенты с рефрактерным к лечению СРК («пациенты»). Эмоциональный статус определяли с помощью сокращенного многофакторного опросника СМОЛ с

учетом показателей госпитальной шкалы тревоги и депрессии (HADS); теста Спилбергера – Ханина. В комплексном лечении пациентов с рефрактерным СРК применяли препарат «Вальдоксан®» (Servier, Франция) по 25 мг/сут в течение 8 недель.

**Результаты.** Психологические нарушения более выражены у пациентов с рефрактерным к лечению СРК. Для «пациентов» с СРК характерно повышение реактивной и личностной тревожности, а для «не пациентов» – только реактивной. У 27,6% «не пациентов» с СРК и у всех «пациентов» с СРК определяли депрессию разной степени выраженности. У пациентов с рефрактерным СРК после комплексного лечения с применением вальдоксана клинически выраженной депрессии выявлено не было, а проявления субклинической депрессии регистрировали у 33,3% пациентов. Наблюдали обратное развитие кишечной дисфункции, которая после 8 недель лечения с применением вальдоксана сохранялась лишь у 10% пациентов, что связывали со сдвигами кишечного биоценоза.

**Выводы.** При включении в схему лечения больных рефрактерным СРК антидепрессанта «Вальдоксан» наряду с ликвидацией депрессивного состояния улучшаются субъективные и объективные показатели клинического течения заболевания, что позволяет рекомендовать препарат для лечения рефрактерных форм СРК.

#### 176. Особенности терапии хронического панкреатита у пациентов с генерализованным атеросклерозом

Липатова Т.Е., Ревуцкая Е.А., Хайбекова Т.В.  
Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского, Россия,  
e-mail: lipatova.t@inbox.ru

**Цель исследования:** изучить структурно-функциональную характеристику поджелудочной железы (ПЖ) у пациентов с хроническим ишемическим панкреатитом (ХИП) и ХИБС и эффективность схем заместительной ферментной и ангиоангиальной терапии в лечении выявленных изменений.

**Материалы и методы.** Обследованы 80 больных с хронической абдоминальной ишемией в сочетании с ХИБС. Терапия включала антиагреганты, статины, ферментные препараты, спазмолитики. Среди обследованных пациентов 24 также получали по поводу ХИБС периндоприл и метопролол, 22 – периндоприл и амлодипин, 18 – периндоприл и изосорбида мононитрат. Наблюдение осуществляли в течение 6 месяцев.

**Результаты.** У 80% пациентов с хронической абдоминальной ишемией наблюдали поражение ПЖ в виде ХИП, из них у 12,5% зарегистрирована легкая, у 50% – среднетяжелая, у 17,5% – тяжелая внешнесекреторная недостаточность ПЖ. Через 6 месяцев проспективного наблюдения установлено, что у всех больных ХИП, получавших в комплексной схеме ингибитор АПФ в сочетании с амлодипином или изосорбида мононитратом, достигнута клинико-инструментальная ремиссия. Положительная динамика по внешнесекреторной недостаточности была более существенной у пациентов, получавших периндоприл в сочетании с амлодипином. У 41,6% пациентов, получавших периндоприл и метопролол, сохранялся болевой синдром различной степени выраженности и нарушение внешнесекреторной функции ПЖ.

**Выводы.** Хроническая абдоминальная ишемия у 80% пациентов ассоциирована с развитием хронического ишемического панкреатита, что должно быть учтено при обследовании и лечении пациентов. Предпочтительным в лечении пациентов с ХИБС и ХИП является назначение ингибиторов АПФ и амлодипина.

#### 177. Эффективность инфузионного гепатопротектора «Ремаксол» в лечении хронических прогрессирующих заболеваний печени

Лузина Е.В., Ларева Н.В., Федорова Л.В., Тишкина И.В.  
Читинская ГМА, Краевая клиническая больница, Чита,  
Россия

**Цель исследования:** оценить влияние отечественного инфузионного гепатопротектора «Ремаксол» на активность гепатита и выраженность холестаза при различных хронических прогрессирующих заболеваниях печени.

**Материал и методы.** Обследованы 9 пациентов с различными заболеваниями печени, лечившихся в гастроэнтерологическом отделении краевой клинической больницы города Читы в 2010-2011 гг. Среди обследованных 1 – с токсическим гепатитом, 1 – с хроническим вирусным гепатитом С, 2 – с криптогенным гепатитом, 3 – с первичным билиарным циррозом, 1 – с вирусным С циррозом и 1 – с криптогенным циррозом печени. Средний возраст больных составил (47,0±3,3) года. Исследовались аланиновая и аспарагиновая трансминазы (АЛТ, АСТ), общий и прямой билирубин (ОБ, ПБ), гаммаглутамилтранспептидаза (ГГТП) и щелочная фосфатаза (ЩФ). Каждому пациенту было выполнено от 2 до 4 внутривенных вливаний ремаксоло. Контроль анализов проводился на (12,5±4,1) день лечения.

**Результаты.** В группе обследованных пациентов при поступлении в стационар регистрировалось повышение АЛТ до 66,3 ед./л, АСТ – до 83,6 ед./л, ГГТП – до 442,6 ед./л, ЩФ – до 505,6 ед./л, ОБ – до 68,6 мкмоль/л, ПБ – до 39,3 мкмоль/л. На фоне лечения ремаксолом отмечалось снижение уровня АЛТ до 49,9 ед./л (в 1,33 раза), АСТ – до 48,9 ед./л (в 1,71 раза), ГГТП – до 231 ед./л (в 1,92 раза), ЩФ – до 237,4 ед./л (в 2,13 раза), ОБ – до 32,9 мкмоль/л (в 2,08 раза), ПБ – до 19,8 мкмоль/л (в 1,98 раза).

**Заключение.** Ремаксол – готовый к применению инфузионный раствор со сбалансированным ионным составом, действующими веществами которого являются метионин, янтарная кислота, никотинамид и инозин. Препарат позитивно влияет на функциональные показатели печени, снижает активность воспаления и выраженность холестаза.

#### 178. К вопросу о механизмах развития уремиической гастроэнтеропатии

Лукичев Б.Г., Панина И.Ю.  
СПГМУ им. акад. И.П. Павлова, Санкт-Петербург, Россия

Ведущую роль в экстрауремальном выведении уремических токсинов (УТ) при ХБП выполняет желудочно-кишечный тракт. Обсуждается влияние УТ на слизистую оболочку и другие структуры ЖКТ с развитием уремиической гастроэнтеропатии.

**Целью исследования** явилось изучение содержания ряда УТ в желудочном соке и соке тощей кишки у пациентов с разными стадиями хронической болезни почек.

**Материалы и методы.** Обследованы 69 больных с разными стадиями ХБП. Исследовалось содержание креатинина, мочевины, мочевой кислоты, среднемолекулярных олигопептидов (СМТ) 1-7 и 2-5 фракций в сыворотке крови, желудочном и кишечном соках.

**Результаты.** Концентрация УТ в сыворотке крови составила соответственно: креатинина (0,63±0,04) моль/л, мочевины (21,4±0,9) моль/л, мочевой кислоты (0,77±0,05) ммоль/л, СМТ 1-7 фракций 3129±310, СМТ 2-5 фракций 2306±257.

Концентрация УТ в желудочном соке составила соответственно: креатинина (0,12±0,01) ммоль/л, мочевины (7,0±0,7) ммоль/л, мочевой кислоты (0,61±0,09) ммоль/л, СМТ 1-7 фракций 1629±270, СМТ 2-5 фракций 1200±220. Концентрация УТ в соке тощей кишки составила соответственно: креатинина (0,30±0,02) ммоль/л, мочевины (13,7±0,9) ммоль/л, мочевой кислоты (1,21±0,08) ммоль/л, СМТ 1-7 фракций 2454±160, СМТ 2-5 фракций 1765±125. Достоверной корреляционной зависимости между концентрацией вышеперечисленных УТ в сыворотке крови и желудочном соке не выявлено. Значения коэффициентов корреляции (R) между содержанием УТ в сыворотке крови и кишечном соке составили: для креатинина R=0,64 (p<0,01), для мочевины R=0,52 (p<0,001), для мочевой кислоты R=0,13 (p>0,05), для СМТ 1-7 фракций R=0,48 (p<0,001), для СМТ 2-5 фракций R=0,38 (p<0,001).

**Выводы.** Таким образом, установлено, что ЖКТ принимает активное участие в экстрауремальном выведении УТ при ХБП. Наиболее активно экскреция УТ происходит в тощей кишке.

**179. КВЧ-терапия в комплексном лечении болевого синдрома при хроническом панкреатите**

Лушева В.Г., Богданкевич Н.В., Николаев Ю.А., Долгова Н.А.  
НЦКЭМ СО РАМН, Новосибирск, Россия

**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 методом рандомизации были сформированы 2 группы, в каждую из которых вошло по 15 пациентов, средний возраст которых составил (38,5±13,4) года ( $p>0,05$ ). 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±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 группе наблюдалось отчетливое улучшение состояния пациентов уже к 3-му дню, снятие болевого синдрома полностью – к 5-му дню. В контрольной группе улучшение наступило к 5-му дню, снятие болевого синдрома – к 7-8 дню. Средняя интенсивность боли по шкале ВАШ в контрольной группе до лечения составила (6,5±1,5) балла, после лечения – (3,6±1,2) балла, во 2-й группе до лечения (7,5±1,1) балла, после лечения – (1,7±1,4) балла.

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

**180. Гепатопротекторные эффекты тритерпеноидов**

Лушникова Е.Л., Молодых О.П., Сорокина И.В.  
Научно-исследовательский институт региональной патологии и патоморфологии СО РАМН, Новосибирск, Россия, e-mail: pathol@soramn.ru

**Цель исследования:** изучить возможности коррекции бетулоновой кислотой и ее производными гепатотоксических эффектов химиотерапии.

**Материал и методы.** Гепатопротекторные эффекты нового класса биологических модификаторов (бетулоновой кислоты и ее β-аланиламида) изучены при их применении в постцитотоксический период в эксперименте (после однократного введения крысам циклофосфана в дозе 125 мг/кг или доксорубина в дозе 7 мг/кг). Тритерпеноидные соединения вводили внутрь через сутки после цитотоксического воздействия в дозе 50 мг/кг в течение 13 дней. Исследование проведено с помощью электронного микроскопа JEM-1400.

**Результаты.** Внутриклеточная реорганизация гепатоцитов после однократного введения циклофосфана и доксорубина характеризовалась выраженными изменениями тонкой структуры митохондрий, транзиторными изменениями гранулярной цитоплазматической сети (расширениями профилей и частичной дегрануляцией), значительной редукцией гладкой цитоплазматической сети. Выстилка синусоидов была представлена как активированными, так и дегенеративными формами эндотелиоцитов. Установлено, что бетулоновая кислота и ее β-аланиламид, вводимые после применения цитостатиков, проявляют политаргетное действие на клеточные популяции печени (гепатоциты, эндотелиоциты синусоидов, клетки Купфера), потенцируя цитотоксическое действие цитостатиков в отношении одних клеток (с выраженными деструктивными изменениями) и стимулируя регенераторные реакции – в других. Показано, что к цитопротекторным свойствам бетулоно-

вой кислоты и ее β-аланиламида как при изолированном, так и комбинированном с цитостатиками применении относится их способность усиливать эндоцитозную (пиноцитозную) активность гепатоцитов и эндотелиоцитов синусоидов и стимулировать процессы клеточной и внутриклеточной регенерации.

**181. Выраженность алекситимии в зависимости от длительности язвенной болезни**

Любская Л.А., Павлова Е.К., Григорьева Ю.В., Колесникова И.Ю.  
Тверская ГМА, Россия

**Цель исследования:** сопоставить выраженность алекситимии у больных язвенной болезнью (ЯБ) в зависимости от длительности заболевания.

**Материалы и методы.** Обследованы 33 больных ЯБ в стадии эндоскопически верифицированного рецидива (мужчин 24, женщин 9, средний возраст (48,5±5,2) года). Все больные проходили клиническое и эндоскопическое обследование, тестирование по Торонтской шкале алекситимии (ТАШ). Алекситимичными считали больных, набравших 74 и более баллов, менее 62 баллов – неалекситимичными, к зоне неопределенности отнесены пациенты, набравшие от 63 до 73 баллов. Больные были разделены на две группы в зависимости от длительности ЯБ. В 1-ю группу вошли 17 пациентов (4 женщины, 13 мужчин) с длительностью ЯБ более 1 года, а во 2-ю – 16 больных (5 женщин, 11 мужчин) с впервые выявленной ЯБ.

**Результаты.** В 1-й группе наблюдался разброс значений по ТАШ от 52 до 105 баллов, среднее значение по шкале алекситимии составило (77,0±5,5) балла. Алекситимичными признаны 8 (47%) больных, неалекситимичными – 3 (18%), к зоне неопределенности отнесены 6 (35%) пациентов. Во 2-й группе показатели по изучаемой шкале были в пределах от 59 до 114 баллов, среднее значение составило (75,5±5,8) балла (по отношению к 1-й группе  $p>0,05$ ). Алекситимичными признаны 6 (38%) больных, неалекситимичными – 2 (13%) больных, к зоне неопределенности отнесены 8 (50%) пациентов (все  $p>0,05$ ).

**Выводы.** Выраженность алекситимии у больных ЯБ не зависит от длительности заболевания.

**182. Дуоденогастральный рефлюкс и его особенности у больных, перенесших перфорацию язвы двенадцатиперстной кишки**

Любская Л.А., Павлова Е.К., Григорьева Ю.В., Колесникова И.Ю.  
Тверская ГМА, Россия

**Цель исследования:** сопоставить особенности дуоденогастрального рефлюкса (ДГР) у больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки (ЯБДК), перенесших перфорацию, и без таковой.

**Материалы и методы.** 113 больных в фазе рецидива ЯБДК были разделены на две группы. В 1-ю группу вошли 52 пациента (мужчин 48, женщин 4, средний возраст (27,0±1,5) года) с перфорацией язвы в анамнезе, не менее 1 года назад; во 2-ю группу был включен 61 больной (мужчин 52, женщин 9, средний возраст (34,0±1,9) года) с неосложненным течением ЯБДК. Всем пациентам выполнялось стандартное клинико-эндоскопическое исследование и проводилась суточная интрагастральная рН-метрия. Пристальное внимание уделялось изучению характеристики ДГР (его наличию и выраженности). Признаком последнего считалось «зубурное» ощелачивание на дистальном электроде с подъемом в антральном отделе  $pH>4,0$ , не связанное с приемом пищи и антацидов.

**Результаты.** До назначения антисекреторных препаратов среднесуточная продолжительность ДГР у пациентов 1-й группы составила (9,0±0,9)%, при этом в дневное время – (10,0±1,1)%, в ночное время – (8,0±0,9)%. У пациентов 2-й группы среднесуточная длительность рефлюкса была (24,0±1,9)%, в дневные часы – (19,0±2,1)%, в ночные часы – (28,0±1,9)% (все  $p<0,05$ ). При повторном суточном мониторинге интрагастрального рН после рубцевания язвы отмечено увеличение среднесуточной про-

должительности ДГР у больных с перфорацией язвы в анамнезе до  $(21,0 \pm 1,2)\%$  времени суток, тогда как у больных с неосложненным течением заболевания до  $(31,0 \pm 0,8)\%$  ( $p < 0,05$ ).

**Выводы.** У больных ЯБДК, перенесших перфорацию язвы, во время рецидива средняя продолжительность ДГР меньше, чем при неосложненном течении заболевания; после рубцевания язвы продолжительность ДГР увеличивается, более существенно при неосложненном течении ЯБДК.

### 183. Различия клинических проявлений и течения язвенной болезни желудка при различной локализации язвенного дефекта

Любская Л.А., Павлова Е.К., Григорьева Ю.В., Колесникова И.Ю.  
Тверская ГМА, Россия

**Цель исследования:** выявить особенности клиники и течения язвенной болезни желудка (ЯБЖ) при «высоких» и «низких» язвенных дефектах.

**Материалы и методы.** Обследованы 107 больных с эндоскопически подтвержденным обострением ЯБЖ (мужчин 72, женщин 43), разделенных на 2 группы: 1-я – с локализацией язвы выше угла желудка – 56 человек в возрасте  $(48,0 \pm 15,8)$  года, 2-я – с язвой в антруме и пилорическом канале – 51 человек в возрасте  $(51,0 \pm 15,5)$  года. Всем больным проводилось стандартное обследование, ЭГДС.

**Результаты.** Пациенты 1-й группы значительно чаще отмечали появление болей в животе после приема пищи (82%), чем больные с «низкой» язвой (43%;  $p < 0,05$ ). В то же время больные 2-й группы чаще жаловались на голодные и ночные боли (46%) в сравнении с 1-й группой (12%;  $p < 0,05$ ). Пациенты 1-й группы несколько чаще отмечали появление тошноты (48%) и рвоты (18%), чем во 2-й (31% и 16% соответственно, все  $p > 0,05$ ). Изжога (57%) и отрыжка (41%) выявлялись достоверно чаще у больных 2-й группы, чем 1-й (39% и 20% соответственно, все  $p < 0,05$ ). Среди больных 1-й группы осложнений в анамнезе не было, тогда как во 2-й группе у 4% пациентов ранее течение болезни осложнилось кровотечением или перфорацией. Употребление алкоголя выявлялось с примерно равной частотой среди больных обеих групп (32% и 27%;  $p > 0,05$ ). В то же время курильщики в 1-й группе встречались достоверно чаще (50%), чем во 2-й (30%,  $p < 0,05$ ). Каждый второй больной в обеих группах (50% и 55%) до госпитализации проходил лечение ИПП, каждый четвертый (27% и 20%) получал антациды. Среди больных 2-й группы несколько чаще проводилась эрадикационная терапия (7% и 16%,  $p > 0,05$ ).

**Выводы.** У пациентов с «низкими» язвами чаще, чем с «высокими», регистрировались жалобы на голодные боли, изжогу, отрыжку, наблюдалось осложненное течение заболевания; среди курильщиков преобладали больные с «высокими» язвами желудка.

### 184. Данные наблюдений за пациентами с полипами желудка

Ляпунова В.Н., Никифоров П.А., Брехов Е.И., Бурков С.Г., Грибунов Ю.Н.  
УНМЦ (каф. хирургии с курсом эндоскопии), ЦКБ, поликлиника № 3 УД Президента РФ, Москва, Россия

**Цель исследования:** провести анализ и оценить результаты диагностики и динамического наблюдения за больными с полипами желудка в лечебных учреждениях УД Президента РФ.

**Материалы и методы.** Обследованы 409 пациентов (200 мужчин и 209 женщин, средний возраст 67,5 года). Общая длительность эндоскопического наблюдения, включая время, предшествующее полипэктомии и последующий период, составляла 3-19 лет. У 309 больных велось наблюдение за полипом. Средний период наблюдения за образованием составил 2 года.

**Результаты исследования.** Всего у 409 пациентов было выявлено 1034 образования. В 64% случаев полипы были единичными, у остальных было выявлено два и более образований. В верхнем отделе желудка полипы локализовались в 14% случаев, в теле – в 60%, в антральном отделе желудка в 25% случаев. У всех больных по-

липы были выявлены на фоне гастрита, как правило, имеющего визуально характер атрофического процесса. В 91,7% размер полипа не превышал 1 см, средний размер полипа составил 0,76 см. Аденоматозные и гиперплазиогенные полипы были выявлены примерно в равных количествах. НР-инфекция выявлена у 58% пациентов. В 1,6% случаев, или в 3% от числа аденоматозных полипов, констатировано наличие злокачественного перерождения (рак в аденоме). Показанием к эндоскопической полипэктомии являлся быстрый рост полипа или его размер, гистологическая структура, свидетельствующая об аденоматозном характере поражения, или подозрение на злокачественную трансформацию, а также множественный характер поражения. Эндоскопическая полипэктомия была проведена 367 пациентам, и у них было удалено 773 полипа. Средний размер удаленных полипов составил 0,87 см. Осложнение в виде кровотечения возникло в 4,3% случаев. Рецидив или повторное образование полипов, в основном в зоне удаления, отмечен у 72 (26,3%) пациентов из 274 в интервале от нескольких месяцев до 15 лет. В 60% случаев рецидивы образований возникали в сроки до 1 года. В 8 случаях (2,8%) в зоне полипэктомии в интервале от нескольких месяцев до 3 лет развился рак. Рак в другом месте желудка возник в 4 случаях (1,5%), у пациентов, которые находились под динамическим наблюдением.

**Заключение.** Таким образом, по нашим данным злокачественной трансформацией обладают аденоматозные полипы в 3% случаев. Повторное возникновение полипов после их удаления возникает значительно чаще в течение первого года. Учитывая полученные данные, необходимо считать оправданным эндоскопическое удаление выявленных новообразований с обязательным гистологическим исследованием и динамическое наблюдение за больными этой категории в последующем периоде, включая двукратный осмотр в течение первого года после вмешательства.

## М

### 185. Осложнения при ушивании спонтанного разрыва пищевода (СРП)

Мазурин В.С., Прищепо М.И., Фролов А.В., Кригер П.А., Харькин А.А.  
МОННИКИ им. М.Ф. Владимирского (хирургическое торакальное отделение), Москва, Россия

**Цель работы:** провести ретроспективный анализ осложнений хирургического лечения СРП.

**Материалы и методы.** В хирургическом торакальном отделении МОННИКИ за последние 6 лет пролечено 13 больных СРП. Все больные поступили в МОННИКИ не в первые сутки от начала заболевания. Диагноз СРП при первичной госпитализации был установлен в 1-е сутки от момента разрыва только у 2 больных (15%), у остальных – от 3 до 23 суток. Ушивание разрыва пищевода было выполнено у 8 больных (62%), причем у 5 – лапаротомным доступом, у 2 – при левосторонней торакотомии, у 1 – при тораколапаротомии. Всем оперированным производилось ушивание разрыва пищевода в продольном направлении с дополнительным укрыванием зоны швов фундопликационной манжетой по Ниссену. Операции завершали дренированием плевральной и брюшной полостей. Остальным 5 больным выполняли дренирование средостения, плевральной полости и гастростомии.

**Результаты.** После ушивания разрыва умер 1 больной в 1-е сутки после операции (оперирован после остановки кровообращения). Несостоятельности швов зоны ушивания не было ни в одном случае. Различные послеоперационные осложнения развились у 4 больных (50%). У 2 больных возник пролежень стенки желудка дренажной трубкой в средостении, что потребовало реоперации. У 1 из этих пациентов в дальнейшем развилось профузное кровотечение из острой язвы пищевода в зоне его ушивания. Ему была произведена тораколапаротомия и прошивание язвенного дефекта. Послеоперационный период осложнился расхождением краев левой реберной дуги, ограниченной эвентрацией, формированием наружного толстокишечного свища, нагноением раны в левом подреберье. У 1 больного развилась перфорация острой язвы желудка в сальниковую сумку, ему произведена релапаро-

томия, ушивание язвы. У 1 пациента через 3 мес после ушивания пищевода развился остеомиелит ребер и грудины. Общая послеоперационная летальность в данной группе составила 12,5%, в другой группе выжил 1 больной (20%).

**Выводы.** Ушивание пищевода с дополнительной фундопликацией является надежным способом закрытия дефекта. Наиболее частым осложнением является язвообразование стенки желудка, связанное с нарушением микроциркуляции на фоне сепсиса.

#### 186. Случай успешного лечения кишечного амебиоза на фоне неспецифического язвенного колита

Макаренко М.В., Потапова Т.В., Москалева М.Е.  
Клиническая инфекционная больница им. С.П. Боткина,  
Санкт-Петербурга, Россия

**Цель исследования:** показать практическую значимость диагностического поиска кишечного амебиоза на фоне неспецифического язвенного колита и отметить положительный эффект от своевременно проведенной этиотропной терапии. Актуальность проблемы связана с возрастанием численности мигрантов, студентов, туристов из эндемичных по амебиозу районов.

**Клинический случай.** Больной М., 44 лет, житель Санкт-Петербурга, поступил в инфекционную больницу с жалобами на схваткообразные боли в животе, усиливающиеся перед актом дефекации, метеоризм, жидкий стул 4-5 раз в сутки с примесью крови, субфебрилитет, общую слабость. Из анамнеза известно, что в течение года периодически замечал кровь в кале, а накануне поступления в стационар месяц работал в Индии. Неспецифический язвенный колит диагностирован на основании анамнеза, отсутствия возбудителей при бактериологическом исследовании кала и крови, отрицательного результата РИГА с антигеном возбудителей кишечных инфекций, данных ректороманоскопии (катарально-язвенный проктосигмоидит), отсутствия эффекта от проводимой антибактериальной терапии, обнаружения антинейтрофильных цитоплазматических антител в титре 1:640. Лабораторным подтверждением кишечного амебиоза послужило обнаружение в фекалиях большой вегетативной формы (трофозоида) *E.histolytica* с фагоцитированными эритроцитами. На фоне проводимой дезинтоксикационной, кортикостероидной терапии больному назначен метронидазол. Учитывая сохраняющееся выделение в кале *E.histolytica*, назначены орнидазол, в дальнейшем интетрикс. После трехкратного контрольного исследования фекалий на *E.histolytica* и получения отрицательного результата больной был переведен в гастроэнтерологическое отделение для продолжения лечения неспецифического язвенного колита. Через полгода после проведенной терапии *E.histolytica* не выделена.

**Вывод.** Возможность развития кишечного амебиоза следует учитывать в случаях длительного заболевания с поражением толстой кишки. Особенно важно учитывать указание в анамнезе на пребывание больного в эндемичном по амебиозу районе.

#### 187. Сравнительная оценка функции эндотелия и портопеченочной гемодинамики у больных с кардиальным синдромом X и хроническими заболеваниями печени

Манасян А.Г., Манасян С.Г., Липунова А.С., Болдуева С.А., Ермолов С.Ю.  
СЗГМУ им. И.И. Мечникова, Санкт-Петербург, Россия,  
e-mail: asestr4ki@yandex.ru

Известны публикации о дисфункции эндотелия у больных с кардиальным синдромом X и у больных с хроническими заболеваниями печени (ХЗП). Возникает вопрос о значимости функционального состояния эндотелия при кардиальном синдроме X и при ХЗП.

**Цель исследования:** сравнительная оценка функции эндотелия и портопеченочной гемодинамики у пациентов с кардиальным синдромом X и ХЗП.

**Материалы и методы.** Обследованы 42 больных, из которых первую группу составил 21 пациент (8 мужчин, 13 женщин) с подтвержденным кардиальным синдромом X, вторую – 21 пациент (1 мужчина, 20 женщин) с ХЗП (19 человек с АИГ тип 1/ПБЦ; 2

человека с АИГ тип 1/ПСХ). Диагноз кардиального синдрома X был установлен на основании клинико-лабораторных и инструментальных исследований, включающих в себя коронароангиографию, холтеровское мониторирование, проведение проб с физической нагрузкой, позитронно-эмиссионную томографию миокарда. Диагноз перекрестного синдрома был верифицирован на основании общепринятых в гепатологии клинико-лабораторных и морфологических данных. Функция эндотелия оценивалась прибором Endo-PAT 2000, состояние портопеченочной гемодинамики – методом полигепатографии.

**Результаты.** У всех исследуемых с кардиальным синдромом X и перекрестным синдромом выявлены нарушения портопеченочной гемодинамики, свидетельствующие о развитии гемодинамического блока в 1-й зоне печеночного ацинуса. Эндотелиальная дисфункция выявлена у всех больных с кардиальным синдромом X и только у 57% больных перекрестным синдромом.

**Выводы.** Полученные нами данные свидетельствуют о значимости нарушений портопеченочной гемодинамики у больных с кардиальным синдромом X и перекрестным синдромом, несмотря на различный этиопатогенез указанных состояний.

#### 188. Роль плазмафереза в патогенетической терапии больных аутоиммунными заболеваниями печени

Манасян С.Г., Манасян А.Г., Ермолов С.Ю., Добкес А.Л.  
СЗГМУ им. И. И. Мечникова, Санкт-Петербург, Россия,  
e-mail: sestr4ki@yandex.ru

Плазмаферез (ПФ) широко используется в патогенетической терапии аутоиммунных заболеваний печени (АЗП). Однако влияние ПФ на функцию эндотелия и портопеченочную гемодинамику недостаточно изучены.

**Цель исследования:** оценка эффективности воздействия патогенетической терапии, включающей ПФ, на функцию эндотелия и портопеченочную гемодинамику у пациентов с АЗП.

**Материалы и методы.** Нами были обследованы 40 пациентов с АЗП (38 человек АИГ тип 1/ПБЦ; 2 человека АИГ тип 1/ПСХ), из которых основную группу составили 25 пациентов, в группу сравнения – 15 исследуемых. Диагноз был верифицирован на основании общепринятых в гепатологии клинико-лабораторных и инструментальных методов. Функция эндотелия оценивалась с помощью прибора Endo-PAT 2000, исследования портопеченочной гемодинамики проводились методом полигепатографии. Пациентам основной группы на фоне патогенетической терапии были проведены до 7 сеансов ПФ. Оценка эффективности проводимой терапии, включающая определение функции эндотелия, состояние портопеченочной гемодинамики и клинико-лабораторные данные, осуществлялась на следующий день после третьего и каждого последующих сеансов ПФ.

**Результаты.** После 3-го сеанса ПФ у 60% больных отмечалось улучшение функции эндотелия и портопеченочной гемодинамики, после 5-го сеанса ПФ – у 82%, тогда как в группе сравнения улучшение указанных показателей отмечено у 40% больных. Последующие сеансы ПФ приводили к формированию дисфункции эндотелия и ухудшению портопеченочной гемодинамики.

**Выводы.** Полученные данные свидетельствуют о дисфункции эндотелия у пациентов с АЗП. Проводимая патогенетическая терапия, включающая сеансы ПФ, оказывает более выраженный клинический эффект. Однако данная терапия должна проводиться под контролем состояния портопеченочной гемодинамики.

#### 189. Значение *Helicobacter pylori* в развитии патологии верхних отделов желудочно-кишечного тракта у лиц трудоспособного возраста

Марданов Д.Н., Сысоев К.В., Иванов Л.А., Капустин Б.Б., Сысоев С.В.

ООО «Медицинский центр «Аксион», Ижевск, Ижевская ГМА, Россия, e-mail: medax@bk.ru

**Цель исследования:** оценить эффективность использования дыхательного уреазного теста на *H.pylori* в диагностике патологии верхних отделов желудочно-кишечного тракта у лиц трудоспособного возраста.

**Материалы и методы.** Обследованы 128 человек (мужчин 102, женщин 26, возраст 25-60 лет) без отягощенного анамнеза со стороны органов пищеварения. Обследование проводилось в рамках дополнительного периодического медицинского осмотра сотрудников крупного промышленного предприятия. Всем пациентам проводился дыхательный уреазный тест на *H.pylori* (Hr), состояние слизистой оболочки (СО) желудка оценивалось во время проведения фиброгастродуоденоскопии (ФГДС), функциональная активность СО желудка – посредством интрагастральной пристеночной pH-метрии на аппарате АГМ-03.

**По результатам исследования** в 67,9% случаев (87 человек) был выявлен *H.pylori*, в 32,1% случаев (41 человек) результат дыхательного уреазного теста был отрицательный. Проведение ФГДС у лиц с положительным результатом теста на Hr позволило выявить нарушение кислотопродуцирующей и ощелачивающей функции желудка в 95,4% случаев (83 человека). Так, в 74,7% случаев отмечена гиперсекреция соляной кислоты, в 13,2% – гипо- и анацидное состояние. Снижение ощелачивающей функции выявлено в 89,2% случаев. Эрозивно-язвенные процессы в СО желудка и двенадцатиперстной кишки при положительном Hр-тесте верифицированы в 37,4% случаев (31 человек), полипы желудка – в 6,9% случаев (6 человек).

**Выводы.** Таким образом, дыхательный уреазный тест на Hr является эффективным скрининговым методом выявления патологии верхних отделов ЖКТ среди лиц трудоспособного возраста.

#### 190. Влияние лактазной недостаточности и дисбиоза кишечника на течение бронхиальной астмы

Марова С.С.

СПбГМУ им. акад. И.П. Павлова, Санкт-Петербург, Россия

**Цель исследования:** оценить влияние лактазной недостаточности (ЛН) и дисбиоза кишечника на течение бронхиальной астмы (БА) и качество жизни людей, не страдающих аллергопатологией, с целью разработки рекомендаций по патогенетической терапии этих пациентов.

**Материалы и методы.** Были обследованы 42 пациента, среди которых 25 больных БА, преимущественно среднетяжелой ст. тяжести (72%), и 17 пациентов без аллергопатологий. Всем больным определяли выдыхаемый водород до и после нагрузки 50 г лактозы, лактозотолерантный тест с уровнем глюкозы; содержание сывороточных IgE – общего и специфического к молоку коровы; АТ к антигенам лямблий в сыворотке крови; кал на дисбиоз, я/г и цисты лямблий; оценку качества жизни по опроснику SF-36. Пациентам с БА так же выполнялось определение ФВД и оценка контроля астмы по АСТ-тесту.

**Результаты.** Среди обследованных выявлено 19 пациентов с ЛН (45%): 12 больных с БА (БА+ЛН) и 7 больных без аллергопатологий. В группе БА+ЛН средние показатели контроля астмы по АСТ-тесту были достоверно ниже, чем у пациентов с БА без ЛН (12,1±0,3 и 15,0±0,6 соответственно,  $p<0,05$ ). Частота встречаемости дисбиоза в сочетании с ЛН оказалась достоверно выше, независимо от основной патологии, а при анализе микрофлоры кишечника у таких пациентов снижение числа лактобактерий определяется достоверно чаще, чем в среднем по популяции ( $p<0,05$ ). По данным, полученным с помощью опросника SF-36, при оценке физического и психологического компонентов здоровья наблюдается значимое снижение последнего у пациентов с диагностированной ЛН независимо от сочетания с дисбиозом. Лямблиоз установлен у 2 человек с БА, при этом сочетания с ЛН у этих пациентов не определялось. IgE специфичный к белку молока коровы, не обнаружен ни у одного из участников. Статистически значимого различия между группами и в отдельных подгруппах при анализе IgE<sub>общ.</sub> выявлено не было.

**Выводы.** ЛН существенно нарушает качество жизни и стимулирует развитие дисбиоза. У больных БА с присутствием ЛН ухудшаются показатели контроля астмы и качества жизни.

#### 191. Кристаллогенные свойства слюны у пациентов дерматологического профиля

Мартусевич А.К.<sup>1</sup>, Биткина О.А., Кривоногова П.Л.

<sup>1</sup>Нижегородский НИИ травматологии и ортопедии, Нижегородская ГМА, Нижегородский научно-исследовательский кожно-венерологический институт, Россия, e-mail: polinalle13@mail.ru

**Цель исследования:** изучение характера кристаллогенной активности слюны у больных с различными дерматозами.

**Материалы и методы.** Нами произведено исследование характера свободной и инициированной кристаллизации слюны у 85 дерматологических больных (с буллезными дерматозами, акне, опоясывающим лишаем). Оценку кристаллоскопических и тизиграфических фаций выполняли с применением собственной системы параметров (Мартусевич А.К., Гришина А.А., 2009). В качестве базисного вещества в тизиграфическом тесте применяли 0,9% раствор хлорида натрия. Статистическую обработку данных производили с использованием программы SPSS 11.0.

**Результаты.** При морфологическом исследовании кристаллограмм слюны у данной группы больных были отмечены общие тенденции структурообразования: преобладание аморфных тел над кристаллическими, высокий уровень деструктивных процессов в фациях, слабая выраженность краевой зоны. Также фиксируется высокая кристаллогенная активность биосреды. Данные особенности отмечаются и при тизиграфическом исследовании слюны. Проведенное сопоставление уровня визуаметрических параметров у пациентов данной группы по сравнению с характерными для высушенных образцов биосреды практически здоровых людей соответствующего возраста позволило выявить статистическую значимость различий ( $p<0,05$ ) как в отношении кристаллоскопических, так и тизиграфических фаций.

**Вывод.** Установлено, что различным дерматозам соответствует специфичная трансформация структурообразования слюны по сравнению с фациями, полученными от практически здоровых людей.

#### 192. Анализ роли патогенного бактериального симбиоза при осложненных формах язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки

Мартусевич А.К., Симонова Ж.Г.<sup>1</sup>

Нижегородский НИИ травматологии и ортопедии, <sup>1</sup>Кировская ГМА, Россия

**Цель исследования:** оценить роль патогенного бактериального симбиоза в формировании осложненных форм язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки.

**Материал и методы исследования.** Нами произведен анализ кристаллогенных свойств различного биоматериала (желудочная слизь, гомогенаты слизистой оболочки желудка) от 12 практически здоровых людей и 30 пациентов с язвенной болезнью, в том числе осложненной перфорацией, кровотечением или пенетрацией (12). Полученные биоматериалы выполняли при фиброгастродуоденоскопии. В качестве базисного вещества использовали 0,9% раствор хлорида натрия. Параллельно с кристаллоскопическим исследованием осуществляли микробиологический анализ образцов на присутствие *Helicobacter pylori* (Hр) и других микроорганизмов. Статистическую обработку данных производили с использованием SPSS 11.0.

**Результаты.** При развитии осложненных форм язвенной болезни в кристаллоскопических и тизиграфических фациях наблюдается выраженная активация кристаллогенеза. Так, кристаллограммы желудочной слизи и гомогенатов слизистой желудка включают многочисленные одиночно-кристаллические и дендритные структуры. Также следует отметить высокую кристаллогенность гомогенатов слизистой желудка у пациентов данной группы, что проявляется в появлении в кристаллограммах этой биосреды дендритных структур. Важным фактом в трактовке подобных сдвигов кристаллогенных свойств биоматериала является то, что при их микробиологическом исследовании кроме Hр были выделены бактерии родов *Providencia* и *Morganella*.

**Заключение.** Наши данные позволяют предположить, что наличие соконтаминации слизистой оболочки желудка *Helicobacter*

*pylori* и микроорганизмами родов *Providencia* и *Morganella* способны провоцировать развитие осложнений язвенной болезни желудка.

### 193. Метод инфекционной безопасности гибкой эндоскопии

Матасов С.А., Борисова А.В.

Теко Плюс Медика, Рига, Латвия,

e-mail: matasov@hotmail.com

**Цель исследования:** сравнить и оценить одноканальный бесклапанный эндоскоп с одноразовым компонентом и его дезинфектор-протектор (см. сайт [www.coloncancer.lv](http://www.coloncancer.lv)).

**Материал и методы.** В США неадекватная дезинфекция эндоскопов достигает 30%, ежегодно они передают до 270 тысяч инфекций; описаны отдельные и групповые заболевания гепатитом С, туберкулезом, СПИДом, летальные исходы.

Для медицины борьба за адекватную дезинфекцию – тяжелое финансовое бремя, для производителей эндоскопов, машин, шкафов – выгодный бизнес, при этом компании игнорируют несовершенство своего оборудования и обвиняют медицинский персонал.

Единственный канал нового эндоскопа находится во вводимой части, клапаны и другие каналы – в одноразовом компоненте. Дезинфектор-протектор – это гофрированная трубка, заключающая вводимую часть. Метод воплощен в гастроскопе и опробован на 22 добровольцах; результаты оценены методом сопоставительного анализа.

**Результаты.** 1. Сравнение контактных зон эндоскопа показало снижение их общего числа с 15 до 2, клапанов – с 2 до 0, каналов – с 6 до 1, каналов, недоступных щетке, – с 3 до 0, длин каналов – с 2,5-3 до 1 м. Перенос клапанов и каналов в одноразовый компонент удешевил эндоскоп на 10%; стоимость компонента \$5.

2. Сравнение дезинфектора-протектора показало, что он стерилизуется, исключил вторичную контаминацию контактных зон, продлил состояние ДВУ с 3 до минимум 7 суток, сократил затраты на приобретение оборудования в среднем с 32 000\$ до 30\$, сократил расход дезинфектанта с 5-17 до 0,17 л, сократил продолжительность процесса ДВУ на 30-35%.

**Выводы.** Новый метод инфекционной безопасности эндоскопии имеет очевидные преимущества перед известными: 1. Одноканальный бесклапанный эндоскоп с одноразовым компонентом минимизирует угрозу инфицирования пациентов и дешевле известного. 2. Дезинфектор-протектор обеспечивает ДВУ, длительное хранение, транспортировку нового эндоскопа в состоянии ДВУ, в тысячу раз дешевле известного оборудования. 3. Внедрение метода задерживает отсутствие средств.

### 194. Перспектива одномоментной резекции толстой кишки

Матасов С.А., Борисова А.В.

Теко Плюс Медика, Рига, Латвия,

e-mail: matasov@hotmail.com

**Цель исследования:** оценить безопасность метода одномоментной резекции толстой кишки с помощью кишечного интубатора с дренажом и ирригатором (см. сайт [www.coloncancer.lv](http://www.coloncancer.lv)).

**Материал и методы.** Одномоментная резекция требует лаважа толстой кишки. Сегодня его реализуют пальпаторной интубацией и выдаиванием. Однако травматичность этих манипуляций, плохая дезинфекция кишки, обтурация трубчатых дренажей ведут к росту кишечного давления, воспалению, нагноению и течи анастомоза. Таким образом, течь – следствие нарушения основных требований общей хирургии: асептического метода работы, атравматичного обращения с тканями, послеоперационной аспирации полых органов.

Предлагаемый метод имеет операционную и послеоперационную фазы. Операция включает 2 трансанальные интубации: первая обеспечит лаваж-дезинфекцию кишки и ее опорожнение перед наложением анастомоза, вторая – послеоперационную аспирацию и рентгенологическую проверку герметичности анасто-

за перед экстубацией. Безопасность метода оценена на стендах, моделях толстой кишки, на животных, трупах, больных.

**Результаты.** 1. Систему интубации определил инвагинатор, выворачивающийся, как палец перчатки. Исследование показало: 1) отсутствие интубационной травмы, поскольку инвагинатор и расположенный в нем дренаж накатываются на слизистую; 2) что инвагинатор интубирует кишку давлением до 0,4 кгс/см<sup>2</sup>; 3) что деформация инвагинатора начинается при давлении 1,2 кгс/см<sup>2</sup>.

2. Систему лаважа определил вывернутый инвагинатор, открытый в конечный пункт интубации. Исследование показало что: 1) при диаметре инвагинатора 18 мм скорость лаважного потока 10 л/мин; 2) поток, наполнив, например, цекум, движется по колон, увлекая с собой содержимое; 3) травмы кишки отсутствуют при давлении дезинфектанта менее +25 см вод. ст., 4) для получения прозрачных промывных вод требуется 20-40 л дезинфектанта.

3. Система эвакуации – это спирально-сетчатый дренаж, заключающий проколотый рукавчик. Подключенный к давлению, рукавчик выдавливает содержимое дренажа и моет его. Исследование показало: 1) 100% реканализацию дренажа и полное опорожнение толстой кишки; 2) отсутствие дренажной травмы при давлении выше –30 см вод. ст.; 3) пригодность рукавчика для рентгеноконтрастной проверки герметичности анастомоза.

**Выводы.** 1. Метод обеспечивает безопасную интубацию толстой кишки, ее лаваж-дезинфекцию, послеоперационную декомпрессию анастомоза, а также контроль его герметичности.

2. Продолжение клинических испытаний метода задерживает отсутствие средств.

### 195. Самодвижущийся колоноскоп

Матасов С.А., Борисова А.В.

Теко Плюс Медика, Рига, Латвия,

e-mail: matasov@hotmail.com

**Цель исследования:** сравнить новый колоноскоп (см. сайт [www.coloncancer.lv](http://www.coloncancer.lv)) с ручным.

**Метод и процедуры.** В Германии колоноскопию ежегодно проходит до 4% сеньоров, остальные боятся боли или наркоза. Самодвижущийся колоноскоп изобрел С. Матасов в 1978 г., его отличие – наличие авангардной интубирующей силы, арьергардная, как и в ручном, действует перед анусом. Новый эндоскоп изучен на моделях, трупах, добровольцах.

**Результаты.** 1. Ручная интубация, растягивая кишку, дает боль, под наркозом ее нет, но слизистая травмируется больше. Источник авангардной силы – инвагинатор; выворачиваясь, как палец перчатки, он накатывается на слизистую. Этот механизм исключил интубационную травму и боль – добровольцы не ощущали начала, хода и конца интубации.

2. Ручную интубацию реализует арьергардная сила, поэтому достижение саесит требует нанизывания кишок на эндоскоп. Несоразмерность толстой кишки (160 см) и длины введенной части эндоскопа (70-80 см) затрудняет указание и повторный поиск места патологии. Новый метод дает соразмерную – 1:1 – интубацию за счет инвагинатора длиной 160 см; собранный на конце эндоскопа, он равномерно накатывается на слизистую.

3. Ручная интубация, по данным литературы, допускает осмотр саесит в 90% (инкогнито говорят о 50%); новый колоноскоп включает полную интубацию лишь в случае обтурации кишки.

4. Ручная интубация требует мастерства, переход к наркозу – свидетельство его дефицита; новая интубация осуществляется периодическим нажатием на педаль.

5. Неадекватная дезинфекция ручных эндоскопов в США достигает 30%; риск заражения пациентов увеличивают ссадины слизистой. Новый колоноскоп атравматичен, его вводимую часть изолирует инвагинатор одноразового патрона, кроме того, у него 1 канал и одноразовый компонент.

**Выводы.** Новый колоноскоп: 1) обеспечивает безболезненную, атравматичную, соразмерную и полную интубацию, не требует мастерства врача, минимизирует угрозу инфицирования пациентов; 2) обеспечит массовый скрининг рака толстой кишки, если будут найдены средства на внедрение устройства.

### 196. Сочетание алкогольного гепатита и атрофического гастрита: патогенетические механизмы, иммунодиагностические особенности

Матвеева Л.В.  
МГУ им. Н.П. Огарева, Саранск, Россия

**Цель исследования:** изучение состояния иммунной системы при сочетанной патологии печени и желудка алкогольного генеза.

**Материал и методы.** Обследованы 30 больных хроническим алкогольным гепатитом в стадии обострения, сочетающимся с обострением атрофического гастрита. Группу контроля составили 30 практически здоровых добровольцев, отрицающих злоупотребление алкоголем, не имеющих на момент обследования признаков иммунопатологии и поражения органов пищеварения. Иммуноферментным методом с использованием тест-систем ЗАО «Вектор-Бест» и ООО «БИОХИТ» оценивались сывороточные концентрации пепсиногенов-1, 2, гастрин-17, секреторного иммуноглобулина А (sIgA), интерлейкинов (ИЛ) 2, 4, 10, интерферона (ИФН)- $\gamma$ , суммарных антител к CagA *H. pylori*.

**Результаты.** У больных по сравнению с контрольной группой сывороточные концентрации пепсиногенов-1, 2, гастрин-17 были снижены в среднем на 33,6%, 23,6% и 85,1% соответственно, что подтверждало наличие атрофии слизистой оболочки желудка, выявленное при гастроскопии у больных. У пациентов наблюдалось более чем трехкратное увеличение sIgA ( $p < 0,001$ ) по сравнению с контрольной группой – (2,2 $\pm$ 0,5) пг/мл, что свидетельствовало о напряженности местного иммунитета. У 10% больных уровень sIgA снижался до 1,6 пг/мл. У больных количество ИЛ-2 четырехкратно превышало значения контрольной группы ( $p < 0,001$ ), уровень ИЛ-4 в 2,63 раза был выше контрольных значений и составил в среднем (7,9 $\pm$ 1,2) пг/мл ( $p < 0,001$ ), концентрация ИЛ-10 превышала аналогичный показатель группы сравнения в 3,44 раза ( $p < 0,001$ ), количество ИФН- $\gamma$  – в 5 раз ( $p < 0,001$ ). Положительные титры суммарных антител к CagA *H. pylori* наблюдались у 70% больных.

**Выводы.** Сочетанная патология печени и желудка алкогольного генеза сопровождается развитием метаболических нарушений, системного и местного иммунного дисбаланса. Хеликобактерная инфекция дополнительно оказывает повреждающее действие на слизистую желудка и гепатоциты.

### 197. Выделение маркеров онкотрансформации при заболеваниях желудка

Матвеева Л.В., Мосина Л.М., Аркайкина Л.С.,  
Мартышкина О.В.  
МГУ им. Н.П. Огарева», Саранск, Россия

**Цель исследования:** определить сывороточные концентрации пепсиногенов, гастрин, канцерных антигенов при заболеваниях желудка у жителей Республики Мордовии.

**Материал и методы.** Проведен иммуноферментный анализ образцов сыворотки крови 60 больных хроническим гастритом в стадии обострения, 60 больных язвенной болезнью желудка в стадии обострения, 30 больных раком желудка II–IV ст., 30 практически здоровых лиц с использованием тест-систем фирм-производителей «Вектор-Бест» (Новосибирск), «БИОНИТ» (Хельсинки).

**Результаты.** Наименьший уровень пепсиногена-1 (ПГ-1) наблюдался при атрофическом гастрите – (42,1 $\pm$ 2,8) пг/мл ( $p < 0,001$ ), количество ПГ-2 снижалось в среднем на 23,6%. При раке желудка концентрации ПГ-1 в среднем на 25,4% были меньше контрольных значений, количество ПГ-2 превышало данные контрольной группы, составлявшие (12,7 $\pm$ 2,8) пг/мл, в среднем на 24,4%.

Отношение концентраций ПГ-1 и ПГ-2 в контрольной группе превышало 3:1. У 41,2% больных атрофическим гастритом, являющимся предраковым состоянием, отношение ПГ-1/ПГ-2 было меньше, чем 3:1, менее 2:1 – при тяжелой атрофии.

Содержание гастрин-17 в сыворотке крови больных при атрофическом гастрите в среднем составило (1,8 $\pm$ 0,6) пг/мл, при раке желудка – (3,9 $\pm$ 1,2) пг/мл, при язвенной болезни желудка – вдвое превышало контрольные значения – (2,6 $\pm$ 0,9) пг/мл.

У больных раком желудка уровень СА-19-9 превысил показатель группы сравнения в 55 раз, значения трофобластического  $\beta_1$ -гликопротеина были больше уровня контрольной группы в 4,8 раза, количество раково-эмбрионального антигена превысило значения для группы контроля в 7 раз. У больных хроническим гастритом сывороточная концентрация СА-19-9 в среднем составила (1,5 $\pm$ 0,5) ед./мл, при язвенной болезни – (4,8 $\pm$ 1,4) ед./мл.

**Вывод.** Определение пепсиногенов, гастрин, онкомаркеров способствует выявлению онкотрансформации желудочного эпителия.

### 198. Пепсиногенообразование при гастропатологии у жителей Республики Мордовии

Матвеева Л.В., Мосина Л.М., Аркайкина Л.С.,  
Мартышкина О.В.  
МГУ им. Н.П. Огарева, Саранск, Россия

**Цель исследования:** определить сывороточные концентрации пепсиногенов при заболеваниях желудка у жителей Республики Мордовии.

**Материал и методы.** Проведен иммуноферментный анализ 180 образцов сыворотки крови с использованием тест-систем ЗАО «Вектор-Бест» (Новосибирск, Россия).

Среди больных с гастропатологией были 60 с хроническим гастритом в стадии обострения, 60 – язвенной болезнью желудка в стадии обострения, 30 больных раком желудка II–IV ст. Группу контроля составили 30 практически здоровых лиц.

**Результаты.** Концентрации пепсиногена-1 (ПГ-1) во всех группах обследованных больных достоверно отличались от контрольных значений – (63,4 $\pm$ 8,5) пг/мл: при хроническом гастрите снижены в среднем на 12,3%, при язвенной болезни повышены на 24,7%, при раке желудка снижены на 25,4%.

Сывороточные концентрации пепсиногена-2 у больных по сравнению с контрольной группой, где их значения были (12,7 $\pm$ 2,8) пг/мл, составили при хроническом гастрите в среднем (10,9 $\pm$ 2,3) пг/мл, при язвенной болезни – (19,3 $\pm$ 3,4) пг/мл, при раке желудка – (15,8 $\pm$ 2,6) пг/мл. У больных атрофическим гастритом количество ПГ-2 в среднем составило (9,7 $\pm$ 2,1) пг/мл.

Диагностически ценно определение соотношения количества пепсиногена-1 и пепсиногена-2, в контрольной группе оно больше, чем 3:1, чаще – 4:1. У 26,7% больных язвенной болезнью желудка отношение ПГ-1/ПГ-2 было в пределах 5:1–16:1, а у 41,2% больных атрофическим гастритом – меньше, чем 3:1. Линейное уменьшение соотношения ПГ-1/ПГ-2 наблюдается при увеличении выраженности атрофии в области тела желудка: менее 2:1 – при тяжелой атрофии. При данных условиях повышается риск развития рака желудка.

**Выводы.** Сывороточные концентрации пепсиногенов и их соотношение – важные диагностические маркеры воспаления, атрофии, улцеро- и онкогенеза слизистой оболочки желудка.

### 199. Особенности абсорбции железа у больных циррозом печени (ЦП)

Мелькина Е.С., Носкова К.К., Петраков А.В.,  
Федуленкова Л.В., Дроздов В.Н.  
ЦНИИ гастроэнтерологии, Москва, Россия

**Введение.** Печень играет ключевую роль в метаболизме железа (Fe) в организме человека. Наиболее частым осложнением ЦП является развитие железодефицитных состояний (ЖДС) вследствие хронических кровопотерь (кровотечения из ВРВП, геморрагический синдром в исходе печеночной коагулопатии), нарушение всасывания Fe в кишечной стенке вследствие венозного застоя.

**Цель исследования:** изучить особенности обмена Fe у больных ЦП с помощью диагностического теста на всасывание Fe.

**Материалы и методы.** В исследование включено: 1-я группа – 15 больных ЦП (66% мужчин, 34% женщин, средний возраст (42,2 $\pm$ 2,3) года) с лабораторными признаками дефицита железа (ДЖ). Контрольную (2-я группа) составили 15 больных хроническим гепатитом (средний возраст (41,3 $\pm$ 6,1) года) без клинико-инструментальных изменений со стороны желудка и кишечника.

Исследование всасывания Fe проводилось с помощью диагностического теста: уровень сывороточного железа определяли до и после приема 100 мг сульфата железа (II) (FeSO<sub>4</sub>) через 1, 2, 3, 4, 6 и 10 часов. Через 4 ч после приема FeSO<sub>4</sub> больные получали стандартный завтрак, содержащий около 2,4 мг Fe. Среднее количество поступившего железа было оценено по статистическому показателю – площади под кривой (AUC).

**Результаты.** Во 2-й группе уровень сывороточного Fe натощак составил (17,4±2,4) мкмоль/л. На фоне приема 100 мг FeSO<sub>4</sub> через 2 ч отмечалась максимальная концентрация сывороточного Fe (AUC=157±32).

В первой группе у 53,3% больных не выявлено достоверного нарушения всасывания Fe (AUC=(133,7±45,4) мкмоль/л/ч), T<sub>макс</sub>=2 ч, T<sub>1/2</sub>=(5,4±0,4) ч, константа абсорбции (0,32±0,24) ч<sup>-1</sup>, p=0,04. У 46% больных ЦП максимальная концентрация сывороточного Fe отмечалась через 6 ч, но T<sub>1/2</sub> достоверно не отличался от значений контрольной группы – (6,0±0,3) ч, p=0,06.

Изменения фармакокинетики были обусловлены снижением константы абсорбции Fe (0,047-0,24 ч<sup>-1</sup>; среднее значение составило (0,14±0,11) ч<sup>-1</sup>. Данные изменения коррелировали с уровнем маркеров воспаления: СРБ, ФНОα, гепсидина (p=0,045).

**Выводы.** Изучение всасывания Fe с помощью диагностического теста позволяет определить нарушение абсорбции железа и прогнозировать развитие ЖДС у больных ЦП.

## 200. Микробиота ротовой полости детей с заболеваниями тканей пародонта и кариесом зубов

Мельник В.С., Дячук Э.И., Левчук О.Б., Казакова Р.В., Бойко Н.В.  
Ужгородский национальный университет, Ужгород, Украина

**Целью исследования** было определение ключевых представителей микробиоты зубного налета, десневой борозды, слюны и кишечника детей с клинически диагностированным хроническим катаральным гингивитом и «множественным кариесом». В 10 из 30 случаев поставленный диагноз сопровождался наличием сопутствующего заболевания «язва желудка». Забор проб осуществлялся с помощью стерильных тампонов и транспортных сред Amies («Nuova ARTASA», Италия). Микроорганизмы типировали с помощью API тест-систем и ENTERO-тестов 24 PLIVA (Lachema Diagnostika s.r.o., Чехия); серологическую идентификацию применяли дополнительно путем использования Staphy- и Strepto-латекс-тест-систем (Bio-Rad, США). Титр микроорганизмов определяли методом серийных разведений (в КОЕ/мл). Чувствительность к антибиотикам определяли классическим диффузным методом и согласно рекомендациям EUCAST. Гигиеническое состояние полости рта детей оценивали с помощью индекса Грин-Вермилион (ОНИ-S).

У детей 12 лет распространенность кариозного процесса составила 83,3%, а в 15 лет соответствовала показателю массового характера (88,4%) по оценке ВОЗ. Доминирующими микроорганизмами среди всех изолированных из ротовой полости оказались грамположительные кокки, в частности, гетерогенная группа стрептококков (*Streptococcus salivarius*, *S. sanguis*, *S. mitis*) и *Staphylococcus epidermidis*. У детей с диагнозом «хронический катаральный гингивит» и «множественный кариес» с наличием сопутствующего заболевания (язвенная болезнь) дополнительно выделяли β-гемолитический *Streptococcus porcinus* и *Staphylococcus aureus*. Лактобактерии были представлены в основном штаммами *Lactococcus lactis*; у 15 детей была изолирована *Candida albicans*.

Штаммы лактобацилл были чувствительны ко всем тестируемым антибиотикам за исключением пенициллина, метронидазола и цефепима, тогда как кандиды характеризовались абсолютной стойкостью ко всем взятым в эксперимент препаратам.

## 201. Билиарная недостаточность у носителей HBsAg и ее коррекция с помощью немедикаментозных методов лечения

Мельников В.Л., Мельников Л.В.

Пензенский государственный университет, Россия

Под носительством HBsAg понимают наличие HBsAg в организме человека более шести месяцев при отсутствии клинических, морфологических и биохимических признаков гепатита [Михайлов М.И., 1988]. По данным ВОЗ около 400 миллионов людей (7% населения планеты) являются хроническими носителями вируса гепатита В, что определяет больший (в 200 раз) риск развития цирроза печени и гепатокарциномы.

Носители HBsAg выявлялись при обязательном ежегодном диспансерном обследовании стабильного восьмимысячного контингента населения, проживающего в средней полосе России. Обследование проводилось с 1984 по 2010 гг.

В результате этого скрининга HBsAg-носительство выявлено у 217 человек (2,7% от всей обследованной группы).

С целью выявления БН рассчитывается суммарный дебит ХК и других компонентов желчи, выделившихся в двенадцатиперстную кишку за час после введения и действия раздражителя (в качестве раздражителя, как правило, применяется 50 мл 33% раствора сернокислой магнезии) – стимулированная секреция. Расчет производится по формуле:

$$CC = C_{3эт} \cdot V_{3эт} / 1000 + C_{4эт} \cdot V_{4эт} / 1000 + C_{5эт} \cdot V_{5эт} / 1000,$$

где C<sub>Nэт</sub> – концентрация ингредиентов порций желчи по этапам; V<sub>Nэт</sub> – объем выделившейся желчи на каждом из этапов (N = 3, 4, 5).

Объем полученной желчи складывается из желчи III этапа, пузырной желчи IV этапа и печеночной желчи V этапа. Время II этапа («этап сфинктера Одди») также входит в этот час. При отсутствии III этапа суммарное количество желчи складывается из объемов IV и V этапов.

### Сравнительная характеристика действия немедикаментозных методов лечения на выявление билиарной недостаточности у носителей HBsAg

НММЛ положительно влияли на численность группы с отсутствием БН. Наибольшей эффективностью, согласно нашим данным, обладала РДТ. Так, если у носителей БН не выявлялась в среднем в 16,83%, то применение РДТ увеличило численность группы с отсутствием БН до 53,27%. Озонотерапия обладала гораздо меньшей эффективностью и приводила к нормализации биохимических показателей внешнесекреторной функции печени у 41,57% носителей HBsAg. АЭС ЖКТ и СО обладал сравнимой с ОТ эффективностью и процент HBsAg-носителей составил 36,64%.

Первая степень БН наблюдалась у носителей HBsAg в среднем в 58,06%. Применение РДТ, АЭС ЖКТ и СО и ОТ снизило численность данной группы до 37,38%, 46,53% и 43,72% соответственно. Наблюдалась та же тенденция, что и в группе носителей HBsAg с отсутствием БН, а именно: наибольшей эффективностью обладала РДТ, чуть меньшей – ОТ и АЭС ЖКТ и СО.

Применение НММЛ в группе со второй степенью БН имело такой же положительный эффект: РДТ приводила к снижению численности до 9,35%, АЭС ЖКТ и СО – до 16,83% и ОТ – до 14,71%. Заметно, что ОТ была несколько эффективнее, чем АЭС ЖКТ и СО, но наибольшей результативностью обладала РДТ.

Таблица. Сравнительная оценка эффективности действия НММЛ на билиарную недостаточность у носителей HBsAg

	Носители	После РДТ	После АЭС ЖКТ и СО	После ОТ
<b>Норма</b>				
n	37	57	39	43
%	16,83	53,27	36,64	41,57
<b>I степень</b>				
n	126	81	47	45
%	58,06	37,38	46,53	43,72
<b>II степень</b>				
n	54	10	17	15
%	24,88	9,35	16,83	14,71

Надо отметить, что ни в одном случае, ни при каком НММЛ БН второй степени не корректировалась до отсутствия патологии, лишь переходила в группу с первой степенью. Небольшая эффективность НММЛ у носителей HBsAg с первой степенью БН объяснялась тем, что их численность увеличивалась за счет неполной нормализации показателей в группе со второй степенью БН.

Таким образом, можно отметить, что РДТ наиболее эффективно приводила к нормализации биохимических показателей желчи и обладала наибольшим терапевтическим эффектом у носителей HBsAg с БН. Наименьшей эффективностью обладало применение АЭС ЖКТ и СО. Эффективность ОТ была лишь несколько лучше, чем при применении АЭС ЖКТ и СО.

**202. Малоновый диальдегид и система глутатиона в патогенезе хронического панкреатита**  
Меринова Н.И., Козлова Н.М., Колесниченко Л.С.  
Иркутский ГМУ, Россия

**Цель исследования:** изучить состояние перекисного окисления липидов (ПОЛ) и антирадикальной защиты при хроническом панкреатите (ХП).

**Материал и методы.** Обследованы 50 больных с ХП в фазе обострения до лечения (группа 1) и через 2 недели проведения стандартной терапии (группа 2). Контрольную группу (КГ) составили 16 практически здоровых человек. В эритроцитах (Эр) и плазме крови определяли концентрацию восстановленного глутатиона (GSH), в плазме крови – уровень МДА. Достоверность различий определяли по критерию Манна-Уитни.

**Результаты.** В группе 1 выявлено повышение уровня МДА выше значений такового в КГ на 164% ( $p < 0,001$ ). В группе 2 МДА снизился на 90% в сравнении с группой 1, но оставался повышенным в сравнении с КГ на 39% ( $p < 0,01$ ). Выявлена прямая корреляционная зависимость между уровнем МДА и возрастом ( $r = 4,5$ ,  $p < 0,01$ ), МДА и интенсивностью боли ( $r = 2,6$ ,  $p < 0,02$ ), МДА и GSH в плазме ( $r = 2,9$ ,  $p < 0,01$ ). В плазме крови в группе 1 было установлено повышение GSH на 100% ( $p < 0,001$ ), в группе 2 – на 50% ( $p < 0,01$ ). В Эр крови выявлено снижение GSH на 22% в группе 1 ( $p < 0,001$ ), в группе 2 – на 12% ( $p < 0,001$ ) в сравнении с КГ. У пациентов с внешнесекреторной недостаточностью концентрация GSH в плазме не изменялась, и отмечено более значимое снижение концентрации GSH в Эр на 13% ( $p < 0,01$ ), чем при обострении ХП с сохраненной функцией.

**Выводы.** 1. В плазме крови у больных ХП выявлено повышение GSH, что, вероятно, обусловлено нарушением проницаемости сосудов или повреждением клеток ткани ПЖ, однако при внешнесекреторной недостаточности концентрация GSH в плазме крови стабильна, что, возможно, связано с фиброзом ПЖ. 2. При обострении ХП установлено повышение МДА и снижение GSH в Эр, что свидетельствует об активации процессов ПОЛ и снижении антирадикальной защиты. 3. На фоне лечения отмечается снижение уровня МДА, повышение концентрации GSH в Эр, что свидетельствует о снижении интенсивности ПОЛ и повышении антирадикальной защиты.

**203. Пути оптимизации восстановительного лечения больных синдромом хронической усталости на курорте**  
Меркулова Г.А., Анашкин В.В.  
Пятигорский государственный НИИ курортологии, Россия

**Цель исследования:** комплексное лечение больных синдромом хронической усталости (СХУ) с применением лечебных факторов курорта, иммуномодулятора препарата «Полиоксидоний» и адаптогена препарата «Адаптол».

**Материал и методы:** 100 больных СХУ, прибывших по научным договорам из Алтайского государственного медицинского университета и Московского НИИ физико-химической медицины. Обследование: общеклинические, биохимические, иммунологические методы, психологическое тестирование, спиреоартериокардиограмма (САКР).

**Результаты.** В I группе (контрольная – 50 человек) назначалась внутрь минеральная вода «Славяновская» (слабоуглекислая суль-

фатно-гидрокарбонатная кальциево-натриевая малой минерализации, высокотермальная) и минеральные ванны из этой же воды. Во II группе (основная – 50 человек) дополнительно назначали внутримышечные инъекции полиоксидония по 6 мг 2 раза в неделю, 5 инъекций на курсе и адаптол по 0,5 г 3 раза в сутки, 10 дней. После лечения наблюдалась положительная динамика клинических и параклинических показателей в обеих группах, причем в 1,5 раза более выраженная в основной группе. При назначении полиоксидония и адаптола в 2 раза чаще определялись повышение резерва адаптационных возможностей, нормализация перекисного гомеостаза и улучшение психологического статуса по всем тестам, в контрольной группе улучшились показатели лишь по опроснику САН. Показатели иммунного статуса в основной группе улучшились у 70% (повышение CD8 лимфоцитов, снижение ИРИ, снижение IgG, снижение цитокина ФНО- $\alpha$ , повышение НК-клеток), в контрольной – у 52%. Эффективность лечения больных СХУ в контрольной группе составила 68%, в основной – 84%.

**Заключение.** Комплексное лечение с применением естественных физических факторов, препаратов «Полиоксидоний» и «Адаптол» повышает эффективность восстановительного лечения больных синдромом хронической усталости.

**204. Спектры всасывания нутриентов в кишечнике крысы – влияние кетонала**

Метельский С.Т.

НИИ общей патологии и патофизиологии РАМН, Москва, Россия

**Цель исследования:** оценить влияние нестероидного противовоспалительного средства «Кетопрофен» на начальные этапы  $Na^+$ -зависимого всасывания 12 различных нутриентов в тонкой кишке крысы.

**Материалы и методы.**  $Na^+$ -зависимый транспорт нутриентов (дипептидов и аминокислот) изучали методом тока короткого замыкания (ТКЗ). На изолированных отрезках тонкой кишки контрольных ( $n=6$ ) и экспериментальных ( $n=5$ ) крыс регистрировали величины ответов ТКЗ, характеризующих скорость  $Na^+$ -зависимого всасывания данных нутриентов, на добавление в омывающий раствор сахаров, дипептидов и аминокислот. Введение препарата «Кетонал» осуществлялось на протяжении 4 дней из расчета 50 мг препарата 1 раз в сутки.

**Результаты.** Были исследованы моно- (глюкоза, галактоза) и дисахариды (мальтоза, сахароза), аминокислоты (лейцин, глицин, изолейцин, фенилаланин), дипептиды (гли-гли, гли-лей, мет-гли, про-гли). Установлено, что введение кетонала достоверно снижает ответы ТКЗ на все перечисленные нутриенты. Если у контрольных крыс величина усредненного ответа ТКЗ на все нутриенты равна 11,80 мкА/см<sup>2</sup>, то у экспериментальных крыс эта величина снижается до 1,92 мкА/см<sup>2</sup>, т.е. уменьшается на 83%.

**Выводы.** Впервые изучено влияние нестероидного противовоспалительного средства «Кетонал» на чрезвычайно широкий спектр  $Na^+$ -зависимого всасывания нутриентов. Показано, что всасывание очень широкого круга нутриентов через 4 дня после приема препарата резко уменьшается или даже практически прекращается. Полученные результаты, по-видимому, коррелируют с данными о побочных действиях кетонала на пищеварительную систему (тошнота, метеоризм, боли в животе, диарея).

**205. Трудности диагностики осложненных форм язвенного колита и болезни Крона в клинических примерах**

Мешалкина Н.Ю.

Первый МГМУ им. И.М. Сеченова, Москва, Россия

**Введение.** Острые формы язвенного колита (ЯК) и болезни Крона (БК) стали встречаться реже, но увеличилось число осложненных форм, при которых выделяются внекишечные проявления и собственно осложнения этих заболеваний. Появляясь на различных стадиях ЯК и БК, внекишечные проявления и осложнения выходят на первый план в клинической картине, приводя к неадекватному лечению и определяют прогноз.

**Цель исследования:** представить варианты клинического течения осложненных форм воспалительных заболеваний кишечника (ВЗК).

**Материалы:** 533 больных воспалительными заболеваниями кишечника (ЯК – 282, БК – 251).

**Методы:** клинический, эндоскопический, рентгенологический, биохимический, морфологический, иммунологический.

**Результаты.** Среди осложненных форм ВЗК (35,4%) выделены формы с выраженными системными проявлениями (21,1%), кишечными осложнениями (10,2%) и их сочетанием (4,1%). Собственно кишечные осложнения чаще наблюдались в группе БК (24,5%), чем в группе ЯК (6,1%). На клинических примерах подтверждено, что разнообразие клинических проявлений ЯК и БК, манифестация заболеваний с внекишечных проявлений и осложнений затрудняет своевременное выявление данной патологии. Наибольшее число осложнений в группе больных БК диктует необходимость особого динамического контроля, причем наблюдению подлежат как больные, находящиеся на медикаментозном лечении, так и пациенты, перенесшие операции, из-за возможности развития рецидива. Наблюдение за этой группой пациентов должно в обязательном порядке включать эндоскопические исследования, так как эндоскопические признаки рецидива выявляются значительно раньше развития клинических проявлений. При этом требуется совместное наблюдение гастроэнтеролога и хирурга для своевременного определения необходимости хирургического лечения.

**206. Антациды как средство профилактики обострений язвенной болезни двенадцатиперстной кишки (ЯБДПК) часто рецидивирующего типа течения**  
Минушкин О.Н., Балыкина В.В., Топчий Т.Б.  
УНМЦ УД Президента РФ, Москва, Россия

**Цель исследования:** оптимизация профилактики обострений ЯБДПК часто рецидивирующего типа течения с использованием длительной поддерживающей терапии антацидами.

**Материалы и методы.** Обследованы 50 человек с наличием ЯБДПК часто рецидивирующего типа течения, которым не могла быть проведена антихеликобактерная терапия по следующим причинам: непереносимость компонентов эрадикационных схем, высокая стоимость препаратов, входящих в схемы эрадикации. С целью профилактики обострений ЯБДПК они получали антацид «Магалдрат» (Philopharm GmbH Quendlinburg), который обладает высокой кислотонейтрализующей способностью, цитопротективными свойствами, улучшает микроциркуляцию, связывает эпителиальный фактор роста. Эффективность профилактического лечения оценивалась по динамике клинических симптомов, ЭГДС, гистологического исследования, БУТ, исследования кислотности желудочного содержимого методом рН-метрии. Профилактическое лечение начиналось после полного рубцевания язвенного дефекта, которое достигалось Н<sub>2</sub>-блокаторами. Все пациенты получали магалдрат в течение года, и в зависимости от получаемой дозы были разделены на 2 группы: 22 человека получали 1600 мг в сутки, 28 человек – 3200 мг в сутки.

**Результаты.** Через 1 год лечения не возникло обострений у 76% больных. Доза магалдрата 1600 мг в сутки в профилактическом отношении не уступала дозе 3200 мг в сутки. Частота нежелательных эффектов составила 22%, они были мало выражены и не потребовали отмены лечения.

**Выводы.** Антациды при длительном использовании могут служить альтернативным средством профилактики обострений ЯБДПК часто рецидивирующего типа течения, когда провести эрадикацию не представляется возможным.

**207. Современные подходы к лечению билиарного сладжа (БС)**  
Минушкин О.Н., Елизаветина Г.А., Иванова О.И., Шапошникова О.Ф., Балыкина В.В.  
УНМЦ УД Президента РФ, Москва, Россия

**Цель исследования:** оценка эффективности и безопасности отечественного препарата на основе УДХК под названием «Урдокса» (компания «Фармпроект») в лечении БС.

**Материалы и методы.** Обследованы 20 человек (мужчин 11, женщин 9, средний возраст (49,9±8,9) года) с наличием БС до и через

месяц после лечения препаратом «Урдокса» в дозе 15 мг/кг. Эффективность препарата оценивалась клинически, в динамике исследовались: биохимия крови (АСТ, АЛТ, ЩФ, билирубин, ГГТ, общий белок), проводились общий анализ крови и УЗИ для оценки выраженности БС и моторно-тонических расстройств желчного пузыря (ЖП). У 8 больных выявлялся БС в виде взвеси гиперэхогенных частиц, не дающих акустической тени – 1 вариант, у 12 больных – БС в виде замазкообразной желчи – 2 вариант. В 55% случаев отмечена гипотонически-гипокинетическая дисфункция ЖП, в 5% – гиперкинетическая дисфункция.

**Результаты.** Через 1 месяц лечения полная элиминация БС зарегистрирована у 65% пациентов, у 15% с сохраняющимся БС отмечена четкая положительная динамика. У 5 человек с БС 2-го варианта потребовалось удлинение сроков лечения до 2 месяцев, после чего еще у 2 из 5 человек отмечена полная элиминация БС. Урсотерапия способствовала восстановлению сократительной функции желчного пузыря у 9 пациентов. У всех больных отмечался регресс клинических проявлений. Результаты лабораторных анализов не зафиксировали отрицательных отклонений.

**Выводы.** Препарат «Урдокса» у больных с БС характеризуется высокой клинической эффективностью, хорошей переносимостью, способствует элиминации БС, регрессу клинических проявлений билиарных дисфункций.

**208. Препарат «Урдокса» в лечении хронического алкогольного стеатогепатита с синдромом холестаза**  
Минушкин О.Н., Зверков И.В., Иванова О.И.  
УНМЦ УД Президента РФ, Москва, Россия

**Цель исследования:** оценка эффективности препарата «Урдокса» в лечении хронического алкогольного стеатогепатита с синдромом холестаза.

**Материалы и методы.** Изучено 20 больных (мужчин 60%; женщин 40%, возраст от 32 до 65 лет). По критериям отбора – уровень АСТ превышал норму в 1,5-3 раза; холестаз: уровень ЩФ, ГГТП превышал 3 нормы. Исключался хронический стеатогепатит другой этиологии, тяжелая сопутствующая патология сердца, почек в стадии декомпенсации и онкологическая патология. Препарат «Урдокса» больные получали в суточной дозе 15 мг/кг/сутки в течение 3 месяцев. Эффективность оценивали по данным клиники, лабораторного симптомокомплекса и УЗИ.

**Результаты.** У 90% больных отмечено купирование клинических проявлений, нормализация синдрома цитолиза и холестаза. У 10% больных положительной динамики не отмечено, что может быть связано с недостаточностью дозы и продолжительности лечения.

**Выводы.** 1. Препарат «Урдокса» эффективен в лечении больных с алкогольным стеатогепатитом (90% больных). 2. Препарат хорошо переносился, побочные эффекты отсутствовали. 3. Препарат «Урдокса» рекомендуется для лечения больных алкогольным стеатогепатитом с синдромом холестаза.

**209. Клинико-эндоскопические особенности течения аутоиммунного хронического гастрита (АХГ), ассоциированного и неассоциированного с *Helicobacter pylori* (НР) инфекцией. Результаты пятилетнего наблюдения**

Минушкин О.Н., Зверков И.В., Топчий Т.Б., Володин Д.В., Шулепова А.Г.  
УНМЦ УД Президента РФ, Москва, Россия

**Цель исследования:** изучить клинико-эндоскопические особенности течения АХГ, ассоциированного и неассоциированного с НР, за пятилетний период.

**Материалы и методы.** Под наблюдением находились 23 больных с АХГ, ассоциированным и неассоциированным с НР (12 и 11 больных соответственно), средний возраст пациентов составил 67 лет. У больных зафиксированы диагностически значимые титры антител к париетальным клеткам желудка (АТ к ПК). ЭГДС проводилась дважды (некоторым больным ежегодно), оценивались клинические симптомы и сопутствующая патология на протяжении пяти лет.

**Результаты.** Через 5 лет на ЭГДС у 3 из 12 пациентов (25%) с АХГ, ассоциированным с НР, обнаружено появление новых полипов (1 человек) и рост старых гиперпластических полипов (2 человека) в теле (ТЖ) и в антруме желудка (АЖ), из сопутствующей патологии преобладали железодефицитная анемия (ЖДА), ассоциированная с НР – у 3 больных (25%) (после эрадикации резистентность к терапии препаратами железа исчезла) и прогрессирование ИБС и ГБ у 5 (41%) больных. У 6 из 11 пациентов (54%) с АХГ, неассоциированным с НР, диагностировано появление новых полипов, в том числе аденоматозных (4 человека) и рост гиперпластических полипов (2 человека); из сопутствующей патологии преобладали аутоиммунные заболевания у 7 больных (63%) – аутоиммунный тиреоидит у 5 человек, склеродермия у 1 человека, аутоиммунная гемолитическая анемия у 1 человека – и гиперхромная В<sub>12</sub>-дефицитная анемия (у 3 человек).

**Выводы.** Клинико-эндоскопические особенности течения АХГ, ассоциированного с НР: частая ЖДА, ассоциированная с НР, и прогрессирование ИБС и ГБ, а при АХГ, неассоциированном с НР, – частые полипы в желудке и прогрессирующие аутоиммунные заболевания.

#### 210. Сравнительная характеристика эндоскопического и морфологического изучения слизистой оболочки желудка у больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки, ассоциированной и не ассоциированной с НР-инфекцией

Минушкин О.Н., Шиндина Т.С., Осокина А.П., Зверков И.В.  
УНМЦ УД Президента РФ (каф. гастроэнтерологии), Москва, Россия

**Цель исследования:** изучить состояние слизистой оболочки желудка (СОЖ) у больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки (ЯБДК), ассоциированной и не ассоциированной с НР-инфекцией (НР).

**Материалы и методы.** Изучены 108 больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки, которые были разделены на две группы. 1-я группа – 54 больных язвенной болезнью, не ассоциированной с НР (38 мужчин, 16 женщин). 2-я группа – 54 больных язвенной болезнью, ассоциированной с НР (41 мужчина, 13 женщин). Всем больным проводилось эндоскопическое исследование с изучением биоптатов из пилорического отдела желудка (ПОЖ) и тела желудка (ТЖ).

**Результаты.** У 100% больных язва локализовалась в луковице ДПК. В 1-й группе хронический гастрит выявлен в 82% случаев, а во 2-й группе – в 100% случаев, разница достоверна ( $p > 0,05$ ). При морфологическом изучении СОЖ выявлено, что в 1-й группе в ПОЖ хроническое воспаление 1 степени встречается достоверно чаще, а хроническое воспаление 3 степени достоверно реже, чем во 2-й группе (18% против 0% и 14% против 39,8% соответственно). В ТЖ в 1-й группе преобладает 1 степень, а во 2-ой группе 2 степень хронического воспаления ( $p < 0,05$ ). Активность воспаления в ПОЖ 1 степени и хронический неатрофический гастрит и неизменная СОЖ достоверно чаще встречаются в 1-й группе, а атрофия слизистой и кишечная метаплазия в ПОЖ – во 2-й группе.

**Выводы.** 1. Эндоскопия достоверных различий состояния СОЖ у больных ЯБДК, ассоциированной и не ассоциированной с НР, не показывает. 2. Морфологическое изучение СОЖ показывает, что персистенция НР влияет на степень выраженности хронического воспаления, частоту атрофии и кишечной метаплазии.

#### 211. Болезнь Гиршпрунга у взрослых: традиции и новые тенденции

Мирзахмедов М.М., Ахмедов М.А., Сапаев Д.А., Маткаримо С.Р., Рахманов С.Т.  
Республиканский научный центр колопроктологии Республики Узбекистан, Ташкент, Узбекистан

**Цель работы:** изучить и проанализировать результаты хирургического лечения больных с болезнью Гиршпрунга с учетом оперированных с использованием брюшно-анальной резекции пря-

мой кишки с низведением проксимального отдела толстой кишки в анальный канал с наложением коло-анального анастомоза.

**Материалы и методы исследования.** В Научном центре колопроктологии МЗ РУз с 1990 г. по настоящее время находились на стационарном лечении 80 больных с болезнью Гиршпрунга. Возраст этих больных составлял от 16 до 40 лет. Мужчин было 64, женщин 16. Основными жалобами больных при поступлении были упорные запоры с задержкой стула от 10-15 дней до месяца. Всем больным выполнен комплекс диагностических мероприятий: ректальное исследование, ректороманоскопия, ирригография, сфинктерометрия, ЭФГДС, УЗИ органов брюшной полости и малого таза. Для уточнения диагноза проводили трансанальную биопсию из мышечной оболочки прямой кишки по Свенсону.

**Результаты.** Гипоганглиоз выявлен у 45, аганглиоз – у 35 больных. При сфинктерометрии все показатели в покое и при напряжении были в норме. При ректороманоскопии у 40 больных было выявлено резкое расширение ампулы прямой кишки. Больные были разделены на 2 группы. 1-я группа – больные, которым была выполнена операция брюшно-анальной резекции прямой кишки с низведением проксимальных участков толстой кишки в анальный канал. 2-я группа – больные, которым была выполнена операция Дюамеля в модификации НИИ проктологии РФ.

Нами были выполнены следующие виды операции: 44 (55%) больным была выполнена операция Дюамеля в модификации ФГУ «Научный центр колопроктологии Минздрава Республики РФ»; 24 (30%) больным была выполнена брюшно-анальная резекция прямой кишки с низведением проксимальных отделов толстой кишки в анальный канал с наложением коло-анального анастомоза; 5 (6,25%) больным выполнена левосторонняя гемиколэктомия, с формированием культи прямой кишки и наложением трансверзостомы; 3 (3,75%) больным выполнена передняя резекция прямой кишки, сигмоидэктомия с наложением десцендостомы; 2 (2,5%) больным выполнена брюшно-анальная резекция прямой кишки, сигмоидэктомия с наложением десцендостомы; 2 (2,5%) больным выполнена субтотальная колэктомия с наложением асцендостомы и передней резекцией прямой кишки. В послеоперационном течении после операции брюшно-анальной резекции прямой кишки с низведением проксимальных отделов толстой кишки осложнений не отмечено, а у 2 больных после операции Дюамеля наблюдалось нагноение пресакральной области.

**Выводы.** 1. Для диагностики при болезни Гиршпрунга проводится комплексное обследование в условиях стационара. Трансанальная биопсия является достоверным методом исследования при болезни Гиршпрунга. 2. При болезни Гиршпрунга операцией выбора является брюшно-анальная резекция прямой кишки с низведением проксимального отдела толстой кишки в анальный канал. Этот метод оперативного вмешательства позволил избежать нефункциональных операций и дал возможность увеличить удельный вес сфинктеросохраняющих вмешательств, сохранив удовлетворительный уровень непосредственных функциональных результатов.

#### 212. Проблемы и результаты хирургической коррекции болезни Гиршпрунга у взрослых

Мирзахмедов М.М., Наврузов Б.С., Сапаев Д.А., Маткаримов С.Р.  
Республиканский научный центр колопроктологии Республики Узбекистан, Ташкент, Узбекистан

**Цель работы:** разработать методы диагностики и определить способы хирургического вмешательства при болезни Гиршпрунга у взрослых.

**Материалы и методы.** В Центре колопроктологии МЗ РУз на стационарном лечении с 1990 по 2012 гг. находились 80 больных болезнью Гиршпрунга. Всем больным выполнены общие клинические, рентгенологические и эндоскопические исследования, УЗИ органов брюшной полости и малого таза, ректоскопия, функциональные исследования толстой кишки и сфинктерного аппарата прямой кишки, морфологические (биопсия по Свенсону). При ирригографии у 30 больных была выявлена анальная форма, у 10 – ректальная, а у 40 – наданальная форма болезни Гиршпрунга. При ректоскопии у 30 больных было выявлено рез-

кое расширение ампулы прямой кишки. Из 80 обследованных больных у 35 выявлен агангиоз, а у 45 – гипогангиоз. Показатели сфинктерометрии у всех обследованных больных, как в покое, так и при волевом сокращении были в норме.

Данные обследования больных послужили причиной проведения хирургических операций. Нами были выполнены следующие виды операций: 44 (55%) больным была выполнена операция Дюамеля в модификации ФГУ «Научный центр колопроктологии Минздравсоцразвития РФ»; 24 (30%) больным была выполнена брюшно-анальная резекция прямой кишки с низведением проксимальных отделов толстой кишки в анальный канал с наложением коло-анального анастомоза; 5 (6,25%) больным выполнена левосторонняя гемиколэктомия, с формированием культи прямой кишки и наложением трансверзостомы; 3 (3,75%) больным выполнена передняя резекция прямой кишки, сигмоидэктомия с наложением десцендостомы; 2 (2,5%) больным выполнена брюшно-анальная резекция прямой кишки, сигмоидэктомия с наложением десцендостомы; 2 (2,5%) больным выполнена субтотальная колэктомия с наложением асцендостомы и передней резекцией прямой кишки.

Таким образом, проблема болезни Гиршпрунга у взрослых актуальна, и решение ее может быть обеспечено выработкой адекватной тактики лечения, в том числе хирургической с использованием современных методов исследования. Реабилитация этой категории больных должна производиться в специализированных лечебных учреждениях специалистами высокой квалификации. Единственным способом лечения при болезни Гиршпрунга является оперативный. Оптимальным способом хирургического вмешательства является операция брюшно-анальной резекции прямой кишки с низведением проксимальных отделов толстой кишки в анальный канал. Предложенный нами вид хирургического лечения позволяет снизить количество послеоперационных осложнений, способствует раннему восстановлению моторно-эвакуаторной функции толстой кишки и нормализации самостоятельной дефекации.

### 213. Распространенность заболеваний гепатопанкреатобилиарной системы в Удмуртской Республике

Михайлова О.Д., Хохлачева Н.А., Сучкова Е.В., Горбунов А.Ю.  
Ижевская ГМА, Россия

**Цель:** изучение динамики и прогнозирование распространенности заболеваний органов гепатопанкреатобилиарной системы среди населения Удмуртской Республики (УР) на основании данных общей и первичной заболеваемости за 2001–2010 гг.

**Материалы и методы:** анализ сведений официальной статистики за период 2001–2010 гг., подготовленных Республиканским медицинским информационно-аналитическим центром МЗ УР. В работе применены статистический и аналитический методы исследования, метод трендового моделирования.

**Результаты.** За анализируемый период в УР отмечен рост общей заболеваемости по всем болезням органов пищеварения, который составил 43%. На этом фоне наблюдается отчетливая тенденция к увеличению общей заболеваемости по патологии гепатопанкреатобилиарной системы. Наиболее высокие темпы роста зарегистрированы по болезням поджелудочной железы (ПЖ) – 246%; рост заболеваемости по болезням печени составил 33,7%, по болезням желчного пузыря (ЖП) – 15,8%.

По результатам трендового моделирования в ближайшие 5 лет с высокой вероятностью ( $R^2=0,77$ ) ожидается значительное увеличение патологии органов системы пищеварения. При этом вероятен дальнейший рост общей заболеваемости по болезням ПЖ ( $R^2=0,98$ ), печени ( $R^2=0,99$ ) и ЖП ( $R^2=0,43$ ).

**Заключение.** Среди взрослого населения УР наметилась отчетливая тенденция к росту заболеваемости органов гепатопанкреатобилиарной системы. Прогнозируемый в ближайшие годы рост патологии печени, ПЖ и ЖП требует разработки новых научно обоснованных подходов для повышения эффективности диспансеризации и профилактических мероприятий среди данного контингента населения.

### 214. Диагностическое значение мембранного пищеварения и интерлейкинового статуса при комбинированной патологии поджелудочной железы

Мишанич Т.В., Москаль О.М., Архий Э.И.

Ужгородский национальный университет, медицинский факультет (каф. пропедевтики внутренних болезней с курсами валеологии и основ медицинских знаний), Украина

**Цель исследования:** оценить диагностическое значение мембранного пищеварения и интерлейкинового статуса при комбинированной патологии поджелудочной железы.

**Материалы и методы.** Были отобраны 114 пациентов. Программа обследования: общеклинические обследования; диастаза крови; эластаза-1 в кале; определение интерлейкинов: IL-1, IL-6, IL-8; 34 пациентам с хроническим панкреатитом (ХП) провели дуодено-биопсию с изучением активности слизистой двенадцатиперстной кишки по методике Масевича, Уголева, Забелинского.

**Выводы.** Фракционным исследованием ферментативной активности слизистой оболочки, полученной при дуоденобиопсии у больных хроническим панкреатитом, выявлено повышение активности во фракциях, характеризующих как полостное, так и мембранное пищеварение в 53% случаев, ее понижение в 26,5% случаев. В 20% амилитическая активность практически не изменялась. Как при повышении показателей, так и при их снижении у больных с ХП наблюдалось более тяжелое течение патологического процесса, чем при сохранении их в пределах нормы. Исследование амилитической активности в биопсийном материале и применение метода функциональных нагрузок у больных ХП следует считать важными диагностическими тестами, дающими возможность судить о тяжести процесса и сопутствующих поражениях.

Оценка интерлейкинового статуса пациентов с сочетанной патологией указывает на повышение уровня провоспалительных интерлейкинов относительно нормы до стадии полного снижения ферментной активности, что свидетельствует о существенном значении иммунологического компонента в патогенезе коморбидных патологий и требует дальнейшего изучения, а также оптимизации схем их лечения.

### 215. Воспаление, соматические заболевания и микрофлора кишечника

Москалев А.В., Павлов О.Н.

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

Микрофлора кишечника участвует в развитии хронических воспалительных процессов ЖКТ, эндотоксин G(–) бактерий – фактор иммунопатогенеза атеросклероза. G(–) бактерии взаимодействуют с рецептором TLR4, при утрате TLR4 снижается риск развития атеросклероза. Микрофлора кишечника включает до 395 филогенетически обособленных групп микроорганизмов, из которых 244 (62%) являются абсолютно новыми. При этом 80% (195 из 244) новых, неизвестных ранее таксономических групп, не растут на питательных средах как в аэробных, так и анаэробных условиях. Около 20% представителей микробиоты обитает в полости рта (более 200 видов), 40% – в гастродуоденальном и дистальных отделах ЖКТ. Микробиота обеспечивает синтез лизоцима, поддерживает гомеостаз провоспалительных и противовоспалительных цитокинов. Связывание микрофлорой азота, фосфатов – профилактика развития хронической почечной недостаточности, деградация оксалатов – защита от образования почечных камней, а деконъюгация желчных кислот и нейтральных стеролов – снижение риска развития сердечнососудистых заболеваний. При острых кишечных инфекциях важна роль факультативной микрофлоры родов *Klebsiella*, *Enterobacter*, *Hafnia*, *Proteus*, *Providencia*, *Citrobacter*, *Serratia*, *Edwardsiella* и др. При неспецифическом язвенном колите и болезни Крона обнаружены *Bacteroides vulgatus*, *Fusobacterium varium*, *Mycobacterium paratuberculosis*, *Peptostreptococcus*, *Escherichia coli* при значительном снижении представителей родов *Bifidobacterium* и *Lactobacillus*. При язвенной болезни желудка и двенадцатиперст-

ной кишки в очаге поражения выявляли микроорганизмы 32 родов, транзиторные микроорганизмы встречались в ассоциациях до 8 различных родов *Helicobacter*, *Streptococcus*, *Staphylococcus*, *Corynebacterium*, *Bacteroides* и *Candida*. Предполагается участие кишечной микрофлоры в патогенезе системных заболеваний соединительной ткани.

**216. Трансформирующий ростовой фактор  $\beta$ , грибы *Candida* и *Aspergillus* – основные факторы в иммуноопатогенезе эрозивно-язвенных поражений гастродуоденальной области у лиц с недифференцированной дисплазией соединительной ткани**  
Москалев А.В., Рудой А.С.  
Военно-медицинская академия, Санкт-Петербург; Россия,  
e-mail: sofiafarm@yandex.ru

**Цель исследования:** выявить возможные взаимосвязи профилей TGF $\beta$ <sub>1</sub> в периферической крови у больных эрозивно-язвенными заболеваниями гастродуоденальной области с сопутствующей дисплазией соединительной ткани и носительством грибов *Candida* и *Aspergillus*.

**Материалы и методы.** Обследованы больные с ЭЯП ГДО – 78 мужчин молодого возраста – (21,3±1,6) года. Обследованные были распределены на две группы по 39 человек с установленным носительством грибов *Candida* и *Aspergillus* (1-я группа) и без носительства (2-я группа). Маркеры кандидоза и аспергиллеза (IgG) выявляли с помощью диагностических тест-систем фирмы «Вектор-Бест».

**Результаты.** Между 1-й и 2-й группами установлены достоверные различия профилей TGF $\beta$ <sub>1</sub> у лиц с ЭЯП ГДО – (89,3±2,1) пг/мл и (65,6±2,8) пг/мл, что подтверждает повышенную активность метаболизма коллагенсодержащих структур соединительной ткани у лиц 1-й группы. Уровни TGF $\beta$ <sub>1</sub> были достоверно более низкими (в 3,1 раза) у лиц 2-й группы в фазе клинико-эндоскопической ремиссии, отражающей снижение активности фибрилло- и коллагеногенеза. Со стороны провоспалительных цитокинов установлена незначительная их динамика в фазе ремиссии у обследуемых 1-й группы по сравнению с периодом обострения: IL-1 $\beta$ , IL-2, IL-6, особенно TNF $\alpha$  и IL-8 – (68,7±4,7) пг/мл и (6,9,5±3,5) пг/мл; (63,9±4,4) пг/мл и (63,5±3,6) пг/мл соответственно, что указывает на замедление репарации слизистой оболочки.

## Н

**217. Тактика лечения при болезни Гиршпрунга у взрослых**  
Наврузов С.Н., Мирзахмедов М.М., Наврузов Б.С.  
Республиканский научный центр колопроктологии  
Республики Узбекистан, Ташкент, Узбекистан

**Цель работы:** улучшение результатов лечения больных болезнью Гиршпрунга, с учетом определения показаний к операции (одноэтапной и многоэтапной) и выбору хирургической тактики.

**Материалы и методы исследования.** За последние 20 лет в Научном центре колопроктологии МЗ РУз находились на стационарном лечении 80 больных болезнью Гиршпрунга, мужчин 64, женщин 16. Программа обследования больных состояла из функционального исследования запирательного аппарата прямой кишки (сфинктерометрия, электромиография), ректоскопии, ирригографии, ЭФГДС, УЗИ органов брюшной полости и малого таза. А также для уточнения диагноза проводили трансанальную биопсию из мышечной оболочки прямой кишки по Свенсону.

**Результаты.** Аганглиоз был выявлен у 35 больных, гипоганглиоз – у 45. При сфинктерометрии у всех обследованных пациентов, как в покое, так и при волевом сокращении, показатели были в норме.

Усовершенствована лечебная тактика при болезни Гиршпрунга у взрослых. При мегаколон, ограниченном одним или двумя отделами толстой кишки, и отсутствии осложнений заболевания вы-

полнялось одноэтапное хирургическое вмешательство – резекция ангаглионарной зоны и декомпенсированного участка ободочной кишки с низведением проксимальных отделов ободочной кишки в анальный канал. Показанием к многоэтапным операциям является прогрессирующая хроническая толстокишечная непроходимость, наличие калового камня в просвете кишки, метаболические нарушения, развившиеся на фоне хронической интоксикации, а также распространенные формы мегаколон.

Нами были выполнены следующие виды операции: 44 (55%) больным была выполнена операция Дюамеля в модификации ФГУ «Научный центр колопроктологии Минздрава России»; 24 (30%) больным была выполнена брюшно-анальная резекция прямой кишки с низведением проксимальных отделов толстой кишки в анальный канал с наложением коло-анального анастомоза; 5 (6,25%) больным выполнена левосторонняя гемиколэктомия, с формированием культи прямой кишки и наложением трансверзостомы; 3 (3,75%) больным выполнена передняя резекция прямой кишки, сигмоидэктомия с наложением десцендостомы; 2 (2,5%) больным выполнена брюшно-анальная резекция прямой кишки, сигмоидэктомия с наложением десцендостомы; 2 (2,5%) больным выполнена субтотальная колэктомия с наложением асцендостомы и передней резекцией прямой кишки.

**Выводы.** 1. Установлено, что при определении тактики лечения основным критерием должна служить клиническая стадия течения болезни, а выбор метода оперативной коррекции целесообразно проводить в зависимости от анатомической формы болезни Гиршпрунга. При болезни Гиршпрунга операцией выбора является брюшно-анальная резекция прямой кишки с низведением проксимальных отделов толстой кишки в анальный канал. Этот метод оперативного вмешательства позволил добиться в 80% случаев хороших функциональных результатов.

2. Обследование и хирургическое лечение этой категории больных должно проводиться в специализированных лечебных учреждениях.

**218. Эффективность некоторых пробиотиков и антимикробных препаратов в лечении дисбиоза кишечника**  
Назаренко Л.И.  
СЗГМУ им. И.И. Мечникова, Санкт-Петербург, Россия

**Цель работы:** изучить чувствительность условно патогенных микроорганизмов и грибов рода *Candida* к пробиотикам и некоторым антимикробным препаратам для оптимизации лечения дисбиоза кишечника.

**Материалы и методы.** 51 пациенту был выполнен посев кала на дисбиоз с определением чувствительности выделенных микроорганизмов к 8 пробиотикам, а также к интетриксу, макмирому, эрсефурилу.

**Результаты.** У 40 пациентов был выделен в повышенном титре один условно патогенный микроорганизм, у 11 – два. Из 62 возбудителей чаще всего высевалась *E.coli hemol.* (19,4%), затем – *Citrobacter diversus* (17,7%), *Klebsiella pneumonia* (17,7%), *Enterobacter cloacae* (12,9%), грибы рода *Candida* (8,1%), *Staphylococcus aureus* (6,5%), *Klebsiella oxitoca* (4,8%), *Citrobacter freundii* (4,8%), *Proteus spp.* (3,2%). Реже всего (1,6%) были выделены *Proteus myxofaciens*, *Serratia liquefaciens* и *Pseudomonas aeruginosa*. Чувствительность всех выделенных микроорганизмов в целом к интетриксу составляла 65%, макмирому – 65%, эрсефурилу – 18%.

Среди пробиотиков наибольшими антагонистическими свойствами *in vitro* ко всем выделенным условно патогенным микроорганизмам и грибам рода *Candida* обладали лактобактерин и ламиналакт (к ним чувствительны 96,8%), затем – примадофилус (87,1%), аципол (80,6%), бифидумбактерин (62,9%), пробифор (61,3%). Наименьшей антагонистической активностью обладали бифиформ и линекс (14,5%).

Антагонистическую активность в отношении *Proteus myxofaciens* проявляли лишь лактобактерин и ламиналакт.

**Заключение.** Информация о чувствительности выделенного микроорганизма к пробиотикам особенно полезна при объективной невозможности назначения антибиотиков. Среди изученных

пробиотиков наиболее широким спектром антагонистической активности *in vitro* обладали лактобактерии и ламиналакт, среди антимикробных препаратов – макмирор и интетрикс.

### 219. Сравнительный анализ химического состава рационов питания дошкольников с гастроэнтерологическими заболеваниями и здоровых детей

Назарова Е.В.

Нижегородский НИИ детской гастроэнтерологии, Россия,  
e-mail: nazarova\_ekateri@mail.ru

Питание является одним из факторов, определяющих здоровье ребенка.

**Цель исследования:** сравнительный анализ химического состава рационов питания детей дошкольного возраста – здоровых и страдающих гастроэнтерологическими заболеваниями.

**Пациенты и методы.** В исследование были включены 50 пациентов 3-6 лет с диагнозом гастрит/дуоденит (основная группа) и 50 здоровых детей аналогичного пола и возраста (контрольная группа). Фактическое питание исследовали методом суточного воспроизведения с последующим расчетом химического состава рационов по таблицам И.М. Скурихина, М.Н. Волгарева.

**Результаты.** Уровень потребления белка и углеводов у здоровых детей соответствует возрастной норме, у пациентов с гастропатологией – статистически значимо снижен ( $p < 0,05$ ).

В контрольной группе увеличена калорийность суточного рациона за счет превышения содержания жиров (на 30%). В основной группе данные показатели соответствуют рекомендуемой норме потребления (РНП).

Количество витамина В<sub>2</sub> в рационе здоровых малышей приближается к РНП, у детей с гастропатологией – меньше установленных норм ( $p < 0,05$ ). Низкий уровень витаминов В<sub>1</sub>, Н достоверно более выражен в основной группе. Содержание витаминов А, В<sub>6</sub>, фолиевой кислоты в рационе обеих групп в 2 раза ниже РНП. Количество аскорбиновой кислоты и витамина Е, получаемых с пищей, соответствует РНП и у здоровых, и у гастропациентов.

И в той, и другой группах установлено недостаточное содержание в рационе Са, Zn, I, однако дети с гастропатологией получают названных элементов достоверно меньше ( $p < 0,05$ ). Уровень потребления Р и Си статистически значимо снижен только у больных детей. Fe и Mg у обеих групп соответствует РНП.

**Заключение.** Полученные данные используются для разработки профилактических программ для дошкольников.

### 220. Возможности кратковременной эластометрии в оценке состояния паренхимы печени у больных остеоартрозом, находящихся на длительной терапии НПВП

Наумова О.В.

ГБ № 4, Омск, Россия

**Цель исследования:** оценить возможности кратковременной эластометрии в оценке состояния паренхимы печени у больных остеоартрозом, находящихся на длительной терапии нестероидными противовоспалительными препаратами (НПВП).

**Материалы и методы.** Под наблюдением находились 54 пациента с остеоартрозом (средний возраст  $49,8 \pm 3,4$  года) с выявленным увеличением уровня АлАт и АсАт и/или щелочной фосфатазы и ГГТ. Всем больным проводилось исключение хронического вирусного гепатита В и/или С по данным серологического исследования, регулярного употребления алкоголя в анамнезе; признаков хронической алкогольной интоксикации по тесту «Сетка LeGo». Также всем больным проводилась эластография печени на аппарате «ФиброСкан» (Echosens, Франция). Оценивались средний, максимальный и минимальный коэффициенты эластичности в кПа.

**Результаты.** Все обследованные пациенты были разделены на 3 группы по 18 человек. Первую группу составили лица с длительностью приема неселективных НПВП до 6 месяцев, вторую – от 6 месяцев до 2 лет и третью – более 3 лет. При проведении эластометрии у больных 1-й группы отмечались наименьшие изме-

нения, фиброзные изменения отсутствовали (F0). У пациентов второй группы выявлялись изменения по данным эластометрии в виде преобладания картины, соответствующей 1-2 степени фиброза в печени (F1-2). Наибольшие изменения паренхимы печени по результатам эластометрии в виде преобладания степени фиброза F3 выявлялись у больных 3-й группы с длительным приемом НПВП в анамнезе.

**Вывод.** Метод кратковременной эластометрии позволяет проводить скрининг-диагностику изменений паренхимы печени у больных остеоартрозом, длительно находящихся на лечении НПВП.

### 221. Клинико-диагностическая оценка состояния пищеварительного тракта работников объекта «Укрытие» ГСП ЧАЭС

Незговорова Г.А., Громадская В.Н.

ННЦРМ НАМН Украины, Киев, Украина,

e-mail: Dawn@gala.net

**Цель исследования:** оценка состояния системы пищеварения у лиц, осуществляющих работы на объекте «Укрытие» ГСП ЧАЭС, в динамике наблюдения.

**Материалы и методы.** Обследованы 200 мужчин (до начала работ и во время нахождения на радиационно-опасном объекте), не имевших ранее контакта с ионизирующим излучением; средний возраст  $37,2 \pm 3,5$  года. Эндоскопическое исследование верхних отделов пищеварительного тракта осуществлялось с помощью видеодуоденоскопа GIF160 (Olympus, Япония), инфицированность *Helicobacter pylori* определялась уреазным тестом (URE-HPtest, Чехия), ультразвуковое исследование органов брюшной полости проводилось с использованием ультразвукового сканера Aloka SSD 5000, функциональное состояние гепатобилиарной системы оценивалось по общепринятым показателям биохимического анализа крови.

**Результаты.** При повторном обследовании лиц, допущенных к выполнению работ на объекте «Укрытие», были диагностированы: эрозивный дуоденит (16,4%), эрозивный гастрит (8,9%), гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь с эрозивным эзофагитом (4,0%), обострение язвенной болезни двенадцатиперстной кишки (8,2%), в том числе, впервые выявленная (2,9%). Хеликобактериоз установлен в 76% случаев. Гепатит не уточненной этиологии, преимущественно минимальной степени активности, диагностирован у 10% обследованных, гипербилирубинемия на фоне дискинезий желчевыводящих путей – в 5,6% случаев. Данные заболевания явились причиной временного отстранения от работ на объекте «Укрытие». Обострений хронического панкреатита и холецистита выявлено не было.

**Выводы.** Полученные результаты свидетельствуют о развитии и прогрессировании заболеваний системы пищеварения у контингента, выполняющего работы на объекте «Укрытие», что обуславливает необходимость более детального изучения роли вредных промышленных факторов (том числе ионизирующего излучения в диапазоне малых доз: индивидуальные дозы внешнего облучения ниже 12-14 мЗв/год, внутреннего – 2 мЗв/год) в генезе выявленных нарушений на фоне традиционных факторов риска.

### 222. Применение адаптогенов из хвои и водорослей для профилактики заболеваемости населения

Некрасова В.Б.

Санкт-Петербургская государственная лесотехническая академия, Россия

**Цель исследования:** оценить возможность применения адаптогенов для профилактики заболеваемости и в комплексном лечении населения.

Н.В. Лазарев обосновал состояние неспецифической повышенной сопротивляемости организма (СНПС) как оптимальное. Адаптогены вводят организм в СНПС, защищая от физических и химических повреждений.

В основе состояния адаптации лежат генетически запрограммированные процессы. В результате СНПС развивается сроч-

ная, а затем устойчивая, долговременная адаптация. Адаптогены защищают организм от разрушающих воздействий и потенцируют приспособительные и восстановительные процессы, усиливая фазу следовой адаптивной суперкомпенсации и соответствующие ей изменения обмена веществ в организме. Защитные эффекты у адаптогенов особенно выражены при их профилактическом введении, они подготавливают «фон» для защиты от агрессии.

Вероятность и быстрота достижения СНПС зависят от состояния взаимосвязанных систем организма, степени его очищения от шлаков и токсинов, обеспечения оптимальной пищей, включая адаптогены. Основные пути достижения СНПС: включение генетически детерминированной адаптационной системы повышения СНПС, регуляция течения стрессорных реакций организма. Главные свойства адаптогенов из хвои и водорослей: безвредность, способность воздействовать на функционально измененном фоне, повышение сопротивляемости организма к повреждениям, воздействие независимо от направленности сдвигов, тем более эффективное, чем глубже изменения; увеличение работоспособности; оптимизация функций основных систем организма; антиоксидантные свойства; стимуляция регенераторных процессов; профилактика болезней старения и увеличение продолжительности активной жизни. Ознакомиться с биокорректорами питания – адаптогенами из хвои и водорослей можно на сайте [www.fitolonmed.ru](http://www.fitolonmed.ru).

**223. Использование ингибитора протонной помпы (ИПП) с быстрым началом антисекреторного действия для лечения рефрактерной формы гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (ГЭРБ)**  
Немцов В.И.  
СПбГМУ им. акад. И.П. Павлова

**Цель исследования:** повысить эффективность терапии больных рефрактерной формой ГЭРБ с частыми ночными кислотными «прорывами».

**Материалы и методы.** 14 больных с неэрозивной формой ГЭРБ, доказанной эзофагогастродуоденоскопией (ФЭГДС), и частым возникновением изжоги в ночное время в начале терапии получали ИПП (омепразол) в стандартной дозе один или два раза в сутки в сочетании с прокинетику (домперидон) три раза в сутки. В связи с сохранением ночных кислотных «прорывов» больным дополнительно назначался препарат «Омес-инста» на ночь. Омес-инста не имеет кишечнорастворимой оболочки, и в состав этого препарата, помимо омепразола в дозе 20 мг, входит бикарбонат. По данным фармакокинетики при использовании препарата «Омес-инста» максимальная концентрация омепразола в плазме достигается в 5 раз быстрее, а концентрационный пик – в 2 раза выше, что позволяет лучше контролировать кислотную продукцию желудка (Gatgean C.P. et al., 2007), чем при использовании других ИПП, особенно в первую половину ночи, когда количество рефлюксов максимально. Все больные лечились амбулаторно. Длительность курса была от 2 до 4 недель в зависимости от клинических особенностей течения болезни. Омес-инста больные принимали в первые 5-7 дней лечения. В дальнейшем использовался обычный омепразол (омез). После достижения ремиссии больные переходили на прием препаратов в режиме «по требованию».

**Результаты и обсуждение.** У 11 пациентов (78%) удалось добиться полного прекращения изжоги в ночное время уже в первые 3-5 дней терапии с использованием омеза-инста. У трех пациентов в результате лечения частота возникновения изжоги в ночное время достоверно уменьшилась. Мы считаем целесообразным использовать омез-инста на ночь по крайней мере в первые 5 дней терапии у больных ГЭРБ с ночными кислотными «прорывами», поскольку это повышает эффективность лечения.

**224. Роль полиморфизма генов цитохрома P450 2D6 в развитии фиброза и цирроза печени**

Непомнящих Г.И., Вавилин В.А., Караваева Ю.Ю., Постникова О.А., Непомнящих Д.Л.  
НИИ региональной патологии и патоморфологии СО РАМН, Новосибирск, Россия

**Цель исследования:** поиск маркеров предрасположенности к ускоренному фиброзированию печени, в котором участвует система биотрансформации ксенобиотиков.

**Материалы и методы.** Исследованы 40 пациентов с циррозом печени (19 мужчин и 21 женщина в возрасте 38-73 лет). В образцах периферической крови выделялась кДНК. Исследовался генетический полиморфизм CYP2D6. Контрольную группу составили 150 человек (40 мужчин и 110 женщин в возрасте 23-76 лет). Верификация HCV- и HBV-инфекции осуществлялась с помощью спектра серологических маркеров и ПЦР-диагностики.

**Результаты исследования.** Продемонстрирована связь полиморфизма генов цитохрома P4501A1, глутатион S-трансфераз M1, T1 и P1, N-ацетилтрансферазы 2 с подверженностью и клиническими особенностями ряда хронических полифакторных заболеваний. Доказана важная роль системы метаболизма ксенобиотиков в формировании предрасположенности и развития данных заболеваний.

В результате персистенции вирусов гепатита, особенно в сочетании с длительными токсическими воздействиями, функциональная несостоятельность и гибель части гепатоцитов приводит к нарушению необходимого баланса про- и антифиброгенных стимулов, что, в свою очередь, способствует активации звездчатых клеток и развитию фиброза и цирроза печени. Полиморфизм генов цитохромов P450 связан со скоростью процесса фиброирования.

**Выводы.** Полученные результаты свидетельствуют об ассоциации генотипа CYP2D6 1846GA с быстрым развитием цирроза печени. Показано, что длительность инфицирования и уровень репликации вируса гепатита С не оказывают существенного влияния на фиброгенез и развитие цирроза печени. Таким образом, в прогрессии фиброза и цирроза печени, наиболее вероятно, ведущую роль играют факторы организма хозяина, в том числе ферменты системы биотрансформации ксенобиотиков.

**225. К вопросу тестирования потенциальных аутопробиотиков**

Несчислав В.А.<sup>1</sup>, Арчакова Е.Г.<sup>1</sup>, Мужикова А.В.<sup>2</sup>, Маслов Ю.Н.<sup>2</sup>  
<sup>1</sup>Филиал НПО «Микроген» МЗ РФ «Пермское НПО "Биомед"», <sup>2</sup>Пермская ГМА, Россия,  
e-mail: neschislavew@gmail.com

Практика пробиотикотерапии свидетельствует, что нормализацию биоценоза ЖКТ не всегда можно осуществить с помощью коммерческих препаратов, влияние которых на угнетенную индигенную микрофлору в ряде случаев нельзя оценить однозначно. На фоне общеположительного действия могут наблюдаться антагонистические проявления по отношению к представителям популяций, являющихся объектом коррекции. Это обстоятельство позволяет рассматривать использование аутопробиотиков в качестве перспективного направления индивидуализированной медицины, предполагающей создание банка собственной микрофлоры для каждого потенциального пациента. Необходимый объем изучения выделенных культур лакто- и бифидобактерий должен включать определение антагонистических и адгезивных свойств, кислотообразования, устойчивости к желудочному соку, уровня и скорости накопления биомассы, что позволяет оценить перспективность выделенных штаммов как аутопробиотиков. Учитывая специфику аутопробиотической коррекции, следует обращать особое внимание на высокоадгезивные штаммы. Совокупность результатов позволяет выстроить градации интегральной оценки для объективного сравнения изучаемых штаммов и ранжирования их потенциала. Для тестирования выделенных культур по указанным свойствам мы использовали набор общепринятых методик, включая экспресс-тест на антагонистическую

активность, основанный на ингибировании биolumинесценции индикаторного штамма. Следует отметить, что взятие материала у пациента необходимо проводить при отсутствии выраженных дисбиотических изменений, которые ограничивают возможность выбора потенциально пригодных штаммов для аутопробиотикотерапии.

## 226. Опыт лечения запоров у детей раннего возраста

Новикова В.П.<sup>1</sup>, Цех О.М.<sup>1</sup>, Бурцева Т.И.<sup>2</sup>  
<sup>1</sup>СПбГПМА, <sup>2</sup>КДЦ № 2 Городской поликлиники № 23,  
 Санкт-Петербург, Россия

**Цель исследования:** оценить эффективность лечения запоров у детей раннего возраста при лечении препаратом «Экспортал».

**Материалы и методы.** Обследованы 20 детей в возрасте от 1 года до 3 лет, страдающих функциональными запорами. Эффективность лечения препаратом «Экспортал» в дозе 2,5 мг в сутки оценивали по динамике клинической картины и данным карболеновой пробы. Изучали состояние пристеночной микрофлоры тонкой кишки у детей методом газовой хроматографии – масс-спектрометрии крови до и через 2 недели после лечения.

**Результаты.** Лечение у всех детей оказалось эффективным. Нормализация формы и частоты стула наблюдалась в среднем к (5,6±0,3) дню, исчезновение дополнительного натуживания – к (8,1±0,3) дню, исчезновение жалоб на боли в животе – к (4,3±0,2) дню, исчезновение боязни горшка – к (10,7±0,4) дню. Наблюдалось достоверное уменьшение частоты встречаемости основных симптомов запоров после лечения: урчания в животе – на 60%, флатуленции – на 50%, затруднения опорожнения при дефекации – на 50%, боли при дефекации – на 20%, твердого овечьего стула – на 95%. Улучшилась форма стула по Бристольской шкале – (1,6±0,2) и (3,2±0,1),  $p < 0,05$ , частота стула в неделю – (2,2±0,2) и (6,8±0,2),  $p < 0,05$ , время кишечного транзита по данным карболеновой пробы – (68,5±3,8) ч и (31,1±3,6) ч,  $p < 0,05$ . Побочных действий препарата в процессе лечения не отмечалось. В процессе лечения отмечено снижение общей микробной нагрузки пристеночной микрофлоры тонкой кишки в 2 раза, при этом уменьшалось количество маркеров бактерий и герпетических инфекций при сохранении числа *Lactobacillum* и *Bifidobacterium*.

**Выводы.** 1. Экспортал эффективен в лечении запоров у детей раннего возраста. 2. При запорах у детей раннего возраста изменяется микрофлора тонкой кишки, при лечении экспорталом она имеет отчетливую тенденцию к нормализации.

## О

## 227. Изучение противовоспалительных и язвозаживляющих свойств препаратов из растений

Одилов М.А., Туляганов Б.С., Алиев Х.У.  
 Ташкентский фармацевтический институт,  
 2-й Республиканский медицинский колледж, Ташкент,  
 Узбекистан

**Цель исследования:** изыскание и изучение новых высокоактивных и малотоксичных противовоспалительных и противоязвенных средств на основе растительных веществ.

**Материалы и методы.** Впервые изучены в сравнительном аспекте противовоспалительные свойства и токсичность 15 новых веществ в виде настоев сухих экстрактов лекарственных растений и сборов на их основе. Среди изученных веществ для подробного фармакологического исследования были отобраны настои и сухие экстракты растений: якорцы стелющиеся, кипрей узколистный (Иван-чай), сборы трибулипила и филиппил как наиболее активные. При изучении специфической активности изучаемых активных веществ особое внимание было уделено их способности подавлять воспаление, вызванное флогогенными (формалин, гистамин, серотонин, декстран и скипидар) веществами, влияющими на экссудативную и пролиферативную фазы воспаления.

**Результаты экспериментов.** Выявлено, что изучаемый настой из сухих экстрактов растения кипрей узколистный и сбор трибули-

пила обладают выраженным противовоспалительным действием и по противовоспалительному действию значительно превосходят облепиховое масло и индометацин. Следует отметить, что изучаемые препараты в изученных дозах, вызывающих противовоспалительный эффект, не оказывают существенного влияния на функцию других жизненно важных внутренних органов и систем, имеют достаточно большое противовоспалительное действие. Якорцы стелющиеся и сбор трибулипила обладают выраженным противовоспалительным и противоязвенным действием при язве желудка, обусловленной ацетилсалициловой кислотой, гистамином, этанолом, а также возникающей при нейрогенном поражении слизистой желудка у животных (мышей и крыс), что является их преимуществом перед известными нестероидными противовоспалительными средствами.

**Выводы.** Настой и сухой экстракт якорцев стелющихся и сбора трибулипила обладают выраженным противовоспалительным и противоязвенным действием.

## 228. Острый панкреатит как причина остро абдоминального болевого синдрома у детей

Ольхова Е.Б., Фомичев М.Ю., Шумейко Н.К., Туманян Г.Т.  
 МГМСУ, РМАПО, Москва, Россия

Острый абдоминальный болевой синдром является одной из наиболее частых причин обращения в стационар, требует быстрого установления диагноза и определения тактики ведения. С 2002 по 2011 гг. в отделении УЗД ДГКБ Св. Владимира Москвы были эхографически обследованы 14565 детей (от 6 мес до 15 лет) с болями в животе. У 12423 детей (85,3%) были выявлены эхопризнаки структурных изменений поджелудочной железы (ПЖ) в виде гетерогенности паренхимы. Параорганных патологических включений и выпота в брюшной полости не отмечалось. Вирсунгов проток не был дилатирован, иногда определялся в виде двух эхогенных параллельных линий (стенки протока). В 9371 случае (64,3%) орган по линейным размерам соответствовал возрастной норме, у 2406 детей (16,5%) отмечалось незначительное (не более 20%) превышение средних возрастных показателей, в 642 (4,4%) случаях ПЖ была увеличена несколько больше (от 20 до 40%) возрастной нормы. Состояние не сопровождалось ферментемией и ферментурией и было расценено как реактивное. У 9 (0,1%) детей были выявлены эхопризнаки острого панкреатита: орган был увеличен более чем в два раза, определялся выпот в брюшной полости (преимущественно в полости малого таза), отек параорганных клетчатки. Вирсунгов проток в острой фазе заболевания не дифференцировался, паренхима выглядела гомогенной. При цветовом доплеровском исследовании в паренхиме ПЖ определялось усиление сосудистого рисунка. Концентрация амилазы в крови и моче была резко увеличена (в 3-10 раз). В динамике заболевания (у 6 детей) определялись очаги деструкции паренхимы ПЖ, после 7-10 суток – невыраженная дилатация Вирсунгова протока до 2-4 мм, в 2 случаях сформировалась ложная киста ПЖ до 8 см в диаметре.

**Вывод.** Применение высокоразрешающего УЗИ позволяет выявить острые воспалительные изменения ПЖ, дифференцировать с реактивными изменениями органа и определить дальнейшую тактику ведения данных пациентов.

## 229. Патология костной ткани при муковисцидозе

Орешко Л.С., Гембицкая Т.Е., Балагаева М.С.  
 СЗГМУ им. И.И. Мечникова, СПбГМУ им. И.П. Павлова,  
 Санкт-Петербург, Россия,  
 e-mail: mariyabalagaeva@yandex.ru

**Цель исследования:** установить распространенность остеопении и остеопороза у взрослых, больных муковисцидозом.

**Материал и методы.** Проведено обследование 7 больных муковисцидозом в возрасте от 18 лет до 23,5 года. Диагноз муковисцидоза был установлен на основании клинико-анамнестических данных, положительных результатов потового теста, идентификации мутации CFTR и исследования кала на эластазу-1 в детском возрасте. Среди обследованных пациентов у 2 наблюдались проявления со стороны дыхательной системы, у 5 выявлена эк-

зокринная недостаточность поджелудочной железы разной степени выраженности. Всем пациентам проведено обследование костной ткани: денситометрия, двойная рентгенологическая абсорбциометрия (DEXA).

**Результаты исследования.** Характерные признаки остеопороза I степени выявлены у пациента со смешанной формой болезни тяжелого течения. В поясничных позвонках и проксимальном отделе левой бедренной кости МПКТ соответствовали 2,3 Z. У 3 пациентов со смешанной формой муковисцидоза выявлены пограничные значения МПКТ (1,8 Z). У 3 пациентов изменений костной ткани установлено не было.

**Выводы.** Низкие показатели МПКТ наблюдаются у больных, имеющих признаки выраженной панкреатической недостаточности и низкие показатели ОФВ1 (не более 50% от должного). Остеопения и остеопороз у больных муковисцидозом протекают без клинической манифестации, что с целью профилактики осложнений остеопороза следует учитывать при комплексном обследовании и лечении больных данной категории.

### 230. Течение язвенного колита на фоне синдрома дисплазии соединительной ткани

Орешко Л.С., Коновалова Н.О., Соловьева Е.А.  
СЗГМУ им. И.И. Мечникова, Санкт-Петербург, Россия

**Цель исследования:** выявить признаки дисплазии соединительной ткани у больных язвенным колитом и оценить их влияние на активность воспалительного процесса.

**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, ассоциированным с недифференцированной дисплазией соединительной ткани. Группу II (n=42) составили пациенты с язвенным колитом без признаков дисплазии. Верификация недифференцированной дисплазии соединительной ткани проводилась по внешним фенотипическим признакам. Всем пациентам проведена эзофагогастродуоденоскопия, ректороманоскопия, фиброколоноскопия. Активность язвенного колита оценивалась по критериям Рахмилевича (эндоскопический индекс активности (EI) по Rachmilewitz).

**Результаты.** У пациентов были выявлены: нарушения зрения – у 15 (34,09%), плоскостопие – у 7 (15,90%), нарушения 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%), деформация грудной клетки – у 3 (6,81%).

По данным эндоскопического исследования у 11 (25,00%) больных диагностирована скользящая грыжа пищеводного отверстия диафрагмы (СПОД), у 17 (38,63%) – недостаточность, у 9 (20,45%) – дуоденогастральный рефлюкс, функциональные расстройства желудка – у 5 (11,36%) пациентов. В обследуемых группах средние значения индекса эндоскопической активности соответствовали активности заболевания. При этом у больных I группы средние значения EI были достоверно выше значений у больных II группы (EI I группы 8,29 балла, EI II группы 5,97 балла).

**Выводы.** У больных язвенным колитом, ассоциированным с синдромом дисплазии соединительной ткани, активность воспалительного процесса по критериям Рахмилевича достоверно выше.

### 231. Нутритивная поддержка и особенности микроэлементного статуса у детей с муковисцидозом

Орлов А.В., Ушатская О.А., Пашкевич А.А.  
ДГБ святой Ольги, Санкт-Петербург, Россия,  
e-mail: pulmonology3@hotmail.com

**Цель исследования:** изучение микроэлементного и нутритивного статуса и возможности их коррекции у детей с муковисцидозом в Санкт-Петербурге за счет добавления к основному рациону питания высококалорийных смесей.

**Материал и методы.** В исследование были включены 55 пациентов со смешанной формой муковисцидоза.

При исследовании основного обмена с помощью аппарата «Fit mate PRO» выявлено его повышение у всех пациентов на 30-80% от возрастной нормы. Учитывая уровень повышения основного обмена и степень хронической белково-энергетической недостаточности, пациентам корректировался основной рацион питания и назначались в качестве дополнительного питания сипинговые смеси («Педиашур» и «Нутридринк») от 300 до 900 ккал/сут на протяжении 6 месяцев. Двум пациентам применено ночное зондовое введение смесей Peptamen junior или Nutrison diason с учетом показаний к его проведению и выявленного нарушения толерантности к углеводам.

При обследовании образцов волос детей использовалось измерение полного спектра химических элементов в волосах, установленного методом ИСП-МС (ИСП-МС спектрометр Elan 9000 PerkinElmer Sciex, США).

**Результаты.** У всех пациентов получена прибавка веса на 0,8-2 кг в течение 2-3 месяцев, а пациентов, которые получали зондовое питание, на 1-1,5 кг за 3 недели. Изменений основного обмена за этот период не отмечено. У 23 пациентов на фоне приема смесей выявлено нарушение толерантности к углеводам. У всех детей выявлено снижение содержания в волосах Se и Zn, а в возрасте от 14-22 лет – Ca и Mg, что говорит о дефиците вышеперечисленных микроэлементов на протяжении длительного времени.

**Выводы.** Все пациенты с муковисцидозом требуют нутритивной поддержки с учетом значительного повышения основного обмена. Возможность коррекции дефицита питания за счет смесей для сипинга достаточно высока. При отсутствии весо-ростовых прибавок на фоне приема сипинговых смесей после коррекции основного рациона питания необходимо переходить на зондовое питание. Выявление нарушений обмена углеводов диктует необходимость контроля уровня глюкозы крови на фоне дополнительного введения смесей и индивидуального их подбора. Всем детям требуется дотация Se и Zn в рекомендуемых возрастных дозировках, но для выработки стандартов их применения требуются более длительные и многоцентровые исследования. Пациентам с 14 лет необходимо назначать профилактические дозы Ca.

### 232. Масс-спектрометрия микробных маркеров – инструмент научного и рутинного мониторинга микробиома и метаболома

Осипов Г.А.  
Академгруппа академика РАН Ю.Ф. Исакова при НЦ  
ССХ им. А.Н. Бакулева РАН, e-mail: osipovga@mail.ru

Метод масс-спектрометрии микробных маркеров (МСММ) позволяет напрямую определять концентрацию микробных маркеров из состава клеточной стенки микроорганизмов в клиническом материале и реконструировать состав микробного сообщества, поскольку концентрация маркеров пропорциональна численности микробов в локусе обитания, причем в одном и том же приборе выполняются анализы по микробиому и метаболому. Поэтому он пригоден как для фундаментальных, так и для рутинных клинических исследований и мониторинга лечебных мероприятий. Имеется разрешение Росздравнадзора на его применение в качестве новой медицинской технологии (ФС 2010/038 от 24.02.2010). Это дает научно обоснованный путь к лечению заболеваний человека с учетом взаимодействия микроорганизмов с организмом-хозяином, что должно привести к пониманию роли эндогенной микробиоты в различных заболеваниях внутренних органов и систем человека, а также установлению связи с его геномом и протеомом. Даже такие «не кишечные» заболевания, как ожирение, атопическая экзема и аутизм, а также состояние психоэмоциональной сферы и интеллекта оказываются зависимыми от состава и активности микробиоты. Применяемые за рубежом лазерно-масс-спектрометрические методы в сочетании с ПЦР и ЯМР пока пригодны лишь для фундаментальных исследований на стадии отработки методики без выхода на корреляционные соотношения с клиническими проявлениями, действием лекарственных средств и пробиотиков. Клинические приложения метода МСММ уже привели к определению состава пристеночной микробиоты кишечника в норме и патологии, позволили оценить количественно действие пробиотиков и антибиотиков. Кроме того впервые в одном из-

мерении установлен состав полимикробной инфекции и рейтинговое положение анаэробов, аэробов, грибов и вирусов при инфекции всех внутренних органов и кожи человека.

### 233. Использование нуклеиновых кислот у больных с эрозивно-язвенными поражениями гастродуоденальной системы на этапе курортной реабилитации

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

По литературным данным у 2/3 больных с эрозивно-язвенными поражениями гастродуоденальной системы в первый же год после интенсивного медикаментозного лечения наблюдаются рецидивы заболевания. Стандартная методика антихеликобактерной терапии язвенной болезни уменьшает частоту рецидивов, но не влияет на сокращение сроков заживления язвенных дефектов. У многих больных заболевание протекает с умеренно выраженной клинической картиной, поэтому они приезжают на курорт на короткий срок лечения (10-12 дней). Эти обстоятельства послужили основанием к использованию нуклеиновых кислот, в частности дерината, для лечения данной категории больных на этапе курортной реабилитации.

**Цель исследования:** разработка комплексного восстановительного лечения больных, страдающих эрозивно-язвенными поражениями гастродуоденальной системы, с применением курортных факторов и препарата «Деринат».

**Материалы и методы.** Наблюдались 36 больных с эрозивно-язвенными поражениями гастродуоденальной системы. Диагноз заболевания был подтвержден данными эзофагогастродуоденоскопии. У 32 пациентов было выявлено инфицирование *Helicobacter pylori*. Больные на фоне диетического питания, внутривенно (питьевого – источник Смирновский, за 30 минут до еды 3 раза в день) и наружного (в виде ванн) применения слабоуглекислых маломинерализованных минеральных вод получали медикаментозное лечение: деринат по 5,0 внутримышечно через день, 5 инъекций.

В результате лечения у 12 из 16 больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки отмечено рубцевание язвы, у 3 – уменьшение размеров язвы. У 15 из 20 больных с эрозивным гастродуоденитом отмечено исчезновение эрозий, у остальных уменьшились явления гиперемии и отека слизистой желудка и двенадцатиперстной кишки. Отрицательный результат хеликстеста определялся у 27 больных.

**Выводы.** Использование дерината с учетом его репаративного и антихеликобактерного действия в сочетании с минеральными водами для внутреннего и наружного применения дает выраженный положительный эффект у больных с короткими сроками лечения на курорте.

### 234. Хронический антральный гастрит, ассоциированный с хеликобактериозом, на этапе курортного лечения

Осипов Ю.С., Пак А.Г., Жигунова Т.П.  
Пятигорский государственный НИИ курортологии, Россия

**Цель работы:** научно обосновать комплексное применение антихеликобактерной терапии и минеральных вод в реабилитации больных хроническим антральным гастритом, ассоциированным с хеликобактериозом.

**Материалы и методы.** В 1 ЛК – 50 человек лечились на курорте и получали антихеликобактерную терапию с минеральной водой для внутреннего употребления и углекисло-сероводородные ванны. Во 2 ЛК – 50 больных амбулаторно принимали только медикаментозное лечение.

**Результаты.** В 1 ЛК уменьшение болевого синдрома отмечено у 97,5% больных. Значительно улучшились процессы регенерации слизистой антрального отдела желудка у пациентов в 1 ЛК (по данным ФГДС). Процент исчезновения *H.pylori* на 4% больше в 1 ЛК, чем во 2 ЛК. Средний уровень гастрина-17 повысился в 1 ЛК до (6,06±0,11) пмоль/л (p<0,05), во 2 ЛК – до (3,12±0,49) пмоль/л. Показатели PG-1 улучшились на 18,2% у больных в 1 ЛК.

**Выводы.** Сравнительная оценка двух лечебных комплексов позволила отдать предпочтение сочетанному применению минеральных вод и антихеликобактерной терапии.

### 235. Протистофауна у больных неспецифическим язвенным колитом

Осипова С.О., Бадалова Н.С., Маткаримов С.Р.,  
Наврұзов Б.С., Аслонов М.Н.  
НИИ эпидемиологии, микробиологии и инфекционных заболеваний МЗ РУз; Республиканский научный центр колопроктологии МЗ РУз, Ташкент, Узбекистан,  
e-mail: svetosip7@mail.ru

**Цель исследования:** охарактеризовать кишечную протистофауну у больных неспецифическим язвенным колитом (НЯК).

**Материал и методы.** Обследованы 20 больных НЯК в стадии обострения, в возрасте от 18 до 28 лет, длительность заболевания – от 6 мес до 2 лет. Все больные получали 5-АСК и пробиотики. Контрольная группа – 200 жителей Ташкента. Обследование включало трехкратную копроскопию, пробы стула собирали в консервант Турдыева, интенсивность инфекции оценивали по количеству простейших в поле зрения (окуляр ×10, объектив ×40).

**Результаты.** Ранее протистофауна при НЯК не исследовалась. *Blastocystis hominis* определялись у 36 (18%) лиц контрольной группы, у 28 (77,7%) интенсивность инфекции составляла 1-2 в поле зрения, у 8 (22,2%) – 3-4. *B.hominis* обнаружены у всех больных НЯК, низкая интенсивность инфекции (1-2 в поле зрения) определялась у 8 (40%) больных, 3-4 – у 7 (35%). Высокая интенсивность инфекции – 5-6-7-8 в поле зрения выявлена только у больных НЯК (5/25%), что может вносить свой вклад в диарейный синдром, вызывать нарушения функционального состояния гепатобилиарной системы. По-видимому, *B.hominis* усугубляет дисбаланс цитокинов у больных НЯК, так как имеются данные о сдвигах в уровне цитокинов у больных туберкулезом легких с сопутствующей blastocystisной инфекцией высокой интенсивности (Н.А. Давис, 2012). Особых отклонений в содержании других представителей протистофауны не обнаружено. Гельминты у больных НЯК не найдены.

**Выводы.** Изучение протистофауны у больных НЯК дополняет наши представления о патогенезе заболевания и может лечь в основу фармакокоррекции выявленных отклонений.

### 236. Язвенная болезнь после успешной эрадикации Нр

Осокина А.П., Мишушкин О.Н., Шулешова А.Г.,  
Шиндина Т.С.  
УНМЦ УДП РФ (каф. гастроэнтерологии), Москва, Россия

**Цель:** оценить влияние успешной эрадикации Нр на дальнейшее течение язвенной болезни.

**Материалы и методы.** Изучено 100 пациентов (мужчин 53, женщин 47, возраст 20-89 лет), страдающих язвенной болезнью, ассоциированной с Нр, которым была проведена успешная эрадикация. Продолжительность дальнейшего наблюдения составила 11 лет. Изучалась частота рецидивов болезни по данным клиники и эндоскопии, проводимой каждый год первые пять лет, затем при возврате симптоматики. Оценивалось повторное инфицирование Нр (биопсия, уреазный тест, серология), его частота и связь рецидивов язвенной болезни с реинфекцией.

**Результаты.** За этот период обострение язвенной болезни по клиническим данным зафиксировано у 49 больных, причем у 43 из них (88%) боли имели меньшую интенсивность, у 5 больных (10%) остались прежними, а у 1 (2%) усилились. Морфологическим субстратом обострения были: язва – у 15 больных (31%), эрозии – у 14 (18%), катаральный гастродуоденит – у 51%. У 32 из 49 больных рецидив можно связать с повторным инфицированием Нр (65%).

У 51 больного клинические проявления обострения язвенной болезни отсутствовали, но при динамическом эндоскопическом наблюдении было обнаружено: язва – у 1 больного, Нр+; эрозии – у 5 (Нр+ 4, Нр– 1); катаральный гастродуоденит – у 45 (Нр+ 8, Нр– 37). У 13 (25%) больных этой группы было отмечено реинфици-

рование Нр. Общий процент реинфекции Нр за период наблюдения составил 45%.

**Выводы.** 1. Эрадикация при язвенной болезни, ассоциированной с Нр, приводит к стойкой клинико-эндоскопической ремиссии у 37% больных за 11-летний срок наблюдения. 2. Рецидив язвенной болезни диагностирован у 63% больных, из них развернутая клиническая картина имела место у 15%; малосимптомное обострение – у 34%; бессимптомное течение – у 14% больных. 3. Морфологическим субстратом обострения были: язва – у 16%; эрозии – у 14%; катаральный гастродуоденит – у 33%.

### 237. Диагностика заболеваний органов желудочно-кишечного тракта при диспансеризации детей дошкольного и школьного возраста

Островская Л.В.

ДГП № 69, Санкт-Петербург, Россия

Диспансеризация детей проводится по программе АКДО – автоматизированный комплекс диспансерного обследования детей. Комплекс АКДО и программа диспансеризации с помощью комплекса были разработаны профессором И.М. Воронцовым совместно с доктором технических наук В.В. Шаповаловым. Программа ориентирована на практически здоровых детей, посещающих детские дошкольные учреждения и школы. Диспансерное обследование по АКДО включает анкетирование родителей, стандартизованный осмотр врачом-педиатром, инструментальное обследование (измерение роста, массы тела, окружности грудной клетки, измерение артериального давления, динамометрия рук, остроты зрения и слуха, снятие и анализ электрокардиограммы), лабораторные исследования (анализ крови и мочи), введение полученных данных в компьютер, комплексную обработку данных с выдачей заключения о состоянии здоровья ребенка. Анкета, которую заполняют родители, состоит из нескольких разделов и включает около 200 вопросов, из которых 14 касаются органов пищеварения. Эти вопросы направлены на выяснение наследственности, оценку состояния ребенка в прошлом и в настоящее время, выяснение жалоб. Осмотр ребенка врачом-педиатром проводится по специальной программе, которая содержит 169 клинических симптомов и признаков, из которых 13 вопросов по желудочно-кишечному тракту. По программе АКДО прошли диспансеризацию 1960 детей дошкольного, младшего школьного и старшего школьного возраста (740 дошкольников – детей, посещающих подготовительные группы детских яслей-садов, 682 ребенка младшего и 538 детей старшего школьного возраста). Как правило, дети при осмотре в кабинете жалоб не предъявляют, но визуально и пальпаторно выявлялись такие симптомы, как болезненность центрального отдела эпигастрия, в области печени или в проекции желчного пузыря, по ходу толстой кишки, положительные пузырьные симптомы, обложенность языка, субиктеричность склер. В анкете, заполненной родителями, указывалось на отягощенную наследственность по хроническим заболеваниям ЖКТ и печени, представлены жалобы ребенка, свидетельствующие о поражении органов пищеварения (боли в животе, в боку после физической нагрузки, запоры, повышенное газообразование, отрыжка и т.д.). В результате обследования симптомы поражения органов пищеварения выявлены у 33,3% детей, одинаково часто во всех возрастных группах, причем у 18,3% симптомы выявлены впервые. При этом у младших школьников и дошкольников преобладали симптомы дискинезии желчевыводящих путей (ДЖВП) и заболеваний кишечника. У старших школьников выявлены симптомы хронического гастрита, гастродуоденита и язвенной болезни. Таким образом, диспансеризация по программе АКДО позволяет выявить начальные отклонения в системе органов пищеварения, выделить группы риска и своевременно принять меры предупреждения развития заболеваний.

## II

### 238. Характеристика боли при синдроме раздраженного кишечника

Павленко А.Ф.

Ставропольская ГМА, Россия

**Цель исследования:** изучить клинические особенности болевого синдрома у больных с синдромом раздраженного кишечника (СРК).

**Материал и методы.** Обследованы 50 пациентов с различными клиническими вариантами синдрома раздраженного кишечника в возрасте от 19 до 59 лет и длительностью заболевания от 1 года до 15 лет. Диагноз заболевания устанавливался на основании Римских критериев III.

**Результаты.** Установлено, что абдоминальная боль (от легкого дискомфорта до приступов кишечной колики) встречалась у всех больных с СРК (100%) независимо от формы заболевания. Боли характеризовались усилением до акта дефекации у 45 пациентов (90%) и уменьшением после опорожнения у 47 пациентов (94%). Основным фактором риска абдоминалгии являлись стрессовые ситуации, которые отмечались у 36 больных (72%). Гиперреактивный ответ на прием пищи в виде нарастания боли отмечен у 11 пациентов (22%). Влияние физической нагрузки выявлено у 3 больных.

**Выводы.** Установлено, что абдоминальная боль является ведущим клиническим симптомом у пациентов с СРК, причем независимо от варианта течения заболевания. Основными проявлениями СРК может быть взаимосвязь абдоминальной боли с актом дефекации и стрессовыми ситуациями. Исследуемые клинические параметры являются важными диагностическими критериями функциональной патологии кишечника и могут использоваться для оценки эффективности проводимой фармакотерапии.

### 239. ICAM-1, ICAM-2 и воспалительная реакция в слизистой оболочке толстой кишки при язвенном колите

Павленко В.В., Амирханова Л.З., Катаганова Г.А.

Ставропольская ГМА, Россия

**Цель исследования:** изучить содержание ICAM-1 и ICAM-2 в периферической крови больных активным язвенным колитом (ЯК) с различной интенсивностью воспалительного процесса в толстой кишке (СОТК).

**Материал и методы.** Обследованы 60 пациентов с активным ЯК и 20 практически здоровых добровольцев. Содержание ICAM-1, ICAM-2 в сыворотке крови определяли методом многослойного ELISA-анализа (Bender Med. System, Австрия). Результаты выражали в нг/мл для ICAM-1, для ICAM-2 – в Е/мл. Интенсивность воспалительного процесса в слизистой оболочке толстой кишки изучали по методу Автандилова Г.Г. с подсчетом воспалительного инфильтрата (в %) собственной пластинки слизистой оболочки. В зависимости от плотности воспалительного инфильтрата больные были разделены на две группы: 1-я со слабой воспалительной реакцией – (20,2±0,8)%; 2-я с выраженной интенсивностью инфильтрата – (39,0±2,1)%, (p<0,05 с 1-й группой). **Результаты.** При активном ЯК уровни ICAM-1 и ICAM-2 в плазме крови повышены. Установлена прямая зависимость показателей ICAM-1 и ICAM-2 от плотности воспалительного инфильтрата в СОТК. У пациентов 2-й группы уровни сывороточных ICAM-1 и ICAM-2, в среднем, были в 2 раза выше, чем у больных 1-й группы (p<sub>1,2</sub><0,05).

**Выводы.** Интенсивность воспалительного процесса в СОТК зависит от уровня ICAM-1 и ICAM-2. Изучение содержания растворимых изоформ ICAM-1 и ICAM-2 при ЯК может иметь существенное значение для оценки активности иммунопатологического процесса.

**240. Апоптотический рецептор Fas-L при болезни Крона**

Павленко В.В., Катаганова Г.А., Амирханова Л.З.,  
Александрова С.Б., Урусова Ф.И.  
Ставропольская ГМА, Россия

Цель исследования: изучить содержание апоптотического рецептора Fas-L в периферической крови больных БК.

Материал и метод. Обследованы 20 больных БК в стадии обострения. Пенетрирующая форма БК установлена у 7 пациентов, стенозирующая – у 7, воспалительно-инфильтративная – у 6 больных. Контрольную группу составили 10 практически здоровых людей. Маркер апоптоза Fas-L определяли в периферической крови методом проточной цитометрии (проточный цитометр FACS CALLIBUR). Содержание в контрольной группе Fas-L составило (9,8±0,9)%. Проведена статистическая обработка результатов с использованием t-критерия Стьюдента для малых выборок, при уровне значимости  $p < 0,05$ .

Результаты. В период обострения БК экспрессия Fas-L была снижена. Установлена зависимость уровня Fas-L в периферической крови от формы БК. Так, в группе больных пенетрирующей формой отмечено снижение способности к экспрессии апоптотического белка – (3,36±1,01)%,  $p < 0,05$  с контролем и между группами, тогда как в группах больных со стенозирующей и воспалительно-инфильтративной формами БК данные показатели были выше контрольных значений, однако между собой не различались – (16,75±11,53)% и (17,30±6,74)% соответственно,  $p < 0,05$  с контролем,  $p_{1,2} > 0,05$  между группами.

Заключение. При пенетрирующей форме БК продукция апоптотического рецептора Fas-L снижена, а у больных со стенозирующей и воспалительно-инфильтративной формами, наоборот, повышена.

**241. Некоторые показатели апоптоза при болезни Крона**

Павленко В.В., Катаганова Г.А., Амирханова Л.З.,  
Урусова Ф.И.  
Ставропольская ГМА, Россия

Цель исследования: изучить содержания маркеров апоптоза – CD-95, CD-95-L, Bcl-2 в периферической крови больных болезнью Крона (БК).

Материал и методы. Обследованы 20 больных БК в стадии обострения. Рецидивирующее течение БК установлено у 11 пациентов, острое – у 4, непрерывное – у 5. Контрольную группу составили 10 практически здоровых людей. Маркеры апоптоза – CD-95, CD-95-L, Bcl-2 определяли в периферической крови методом проточной цитометрии. Содержание в контрольной группе Bcl-2 составило (55,9±4,9)%, CD-95 – (58,4±7,4)%, CD-95-L – (9,8±0,9)%. Проведена статистическая обработка результатов с использованием t-критерия Стьюдента для малых выборок, при уровне значимости  $p < 0,05$ .

Результаты. Установлено, что в стадии обострения БК экспрессия Bcl-2 и CD-95 Т-лимфоцитами периферической крови повышена (81,7±6,9)% и (84,1±4,2)%,  $p < 0,05$  с контролем, а CD-95-L, наоборот, снижена (5,6±1,6)%,  $p < 0,05$  с контролем. Наибольшие значения Bcl-2 и CD-95 в периферической крови больных БК наблюдались при непрерывном его течении – (86,63±2,82)% и (85,97±1,50)%,  $p_{1,2,3} < 0,05$  между группами, а наименьшие исследуемые показатели регистрировались при остром течении заболевания – (43,1±3,0)% и (67,2±0,8)%,  $p < 0,05$  между группами. Содержание CD-95-L в периферической крови было более низким при непрерывном течении БК.

Заключение. В период обострения БК содержание CD-95 и Bcl-2 в периферической крови повышено, а CD-95-L – снижено. Характер течения БК влияет на экспрессию маркеров апоптоза лимфоцитами крови.

**242. Синтез ИЛ-4 лейкоцитами периферической крови больных болезнью Крона и возможность прогнозирования эффективности фармакотерапии**

Павленко В.В., Кораблина Н.В.  
Ставропольская ГМА, Россия

Цель исследования: изучить особенности синтеза интерлейкина-4 (ИЛ-4) мононуклеарными клетками (МНК) и полиморфноядерными лейкоцитами (ПМЯЛ) периферической крови больных с болезнью Крона (БК) в динамике базисной терапии.

Материал и методы. Обследованы 25 больных с различной тяжестью БК (16 женщин, 9 мужчин) в возрасте 20-60 лет и 10 здоровых добровольцев. МНК и ПМЯЛ выделяли из гепаринизированной крови, отмывали, стандартизировали, инкубировали в присутствии липополисахарида E.coli 10 мкг/мл (ЛПС). ИЛ-4 в спонтанных и стимулированных ЛПС условиях определяли в клеточных супернатантах методом ИФА. Статистическую обработку полученных результатов проводили с использованием программ SPSS 13.0.

Результаты. Обнаружено, что в фазе обострения БК спонтанный и стимулированный синтез ИЛ-4 МНК и ПМЯЛ был снижен. Установлена обратная пропорциональная зависимость спонтанного синтеза (при отсутствии динамики стимулированного синтеза) цитокина лейкоцитами крови от клинической активности БК. В динамике лечения (в среднем через 4-6 нед) в случаях достижения клинической ремиссии (индекс CDAI<150) уровень ИЛ-4 ПМЯЛ (базальный и стимулированный) повысился до контрольных величин. При этом спонтанный синтез ИЛ-4 МНК также повысился до контрольных величин, а ЛПС-стимулированный оставался на прежнем уровне. В случае отсутствия позитивной клинической динамики к этому периоду лечения (5 пациентов) спонтанный и стимулированный уровень ИЛ-4 ПМЯЛ и МНК оставался низким.

Заключение. Уровень синтезированного ИЛ-4 лейкоцитами периферической крови отражает клиническую активность БК и может быть использован для целей прогнозирования результатов лечения, а также в качестве предикторов раннего его рецидива.

**243. Синтез ИЛ-4 лейкоцитами периферической крови больных язвенным колитом с системными проявлениями**

Павленко В.В., Кораблина Н.В.  
Ставропольская ГМА, Россия

Цель исследования: определить особенности синтеза интерлейкина-4 (ИЛ-4) мононуклеарными клетками (МНК) и полиморфноядерными лейкоцитами (ПМЯЛ) периферической крови больных язвенным колитом (ЯК) с системными внекишечными проявлениями.

Материал и методы. Обследованы 89 больных ЯК (50 женщин, 39 мужчин). У 21 пациента из числа обследованных (23,6%) выявлены внекишечные проявления, как связанные с активностью воспалительного процесса в кишечнике – 1-я группа (периферические артриты, аутоиммунный тиреоидит, склерозирующий холангит, аутоиммунный гепатит, узловая эритема), так и не связанные – 2 группа (псориаз, витилиго, ревматоидный артрит). МНК и ПМЯЛ выделяли из гепаринизированной крови, отмывали, стандартизировали, инкубировали в присутствии ЛПС. ИЛ-4 определяли в клеточных супернатантах методом ИФА. Контрольную группу составили 20 здоровых добровольцев. При статистической обработке использовали t-критерий Стьюдента, однофакторный дисперсионный анализ (F) с вычислением критерия Бонферрони, точный критерий Фишера.

Результаты. Спонтанный и стимулированный синтез ИЛ-4 МНК и ПМЯЛ был повышен у всех больных ЯК: МНК – (5,9±0,1) пг/2·10<sup>6</sup> и (7,6±0,2) пг/2·10<sup>6</sup> клеток; ПМЯЛ – (2,94±0,11) пг/2·10<sup>6</sup> и (3,85±0,12) пг/2·10<sup>6</sup> клеток, ( $p < 0,05$  с контролем), однако максимальное его увеличение наблюдалось в группе больных с системными внекишечными проявлениями, связанными с активностью ЯК: МНК – (7,66±0,12) пг/2·10<sup>6</sup> и (8,3±0,2) пг/2·10<sup>6</sup> клеток; ПМЯЛ – (3,36±0,19) пг/2·10<sup>6</sup> и (4,6±0,1) пг/2·10<sup>6</sup> клеток ( $p < 0,05$  между 1-й и 2-й группами).

**Заключение.** Установлена повышенная способность иммуноцитов крови больных ЯК к спонтанному и индуцированному митогеном производству ИЛ-4, особенно у больных с системными проявлениями, что характеризует высокий иммуновоспалительный потенциал лейкоцитов в этой группе больных.

#### 244. Бессимптомный *Helicobacter pylori* – системный фактор риска

Павлов О.Н.

Дорожная клиническая больница на станции Ярославль ОАО «РЖД», Россия

**Цель:** изучение морфологической картины слизистой оболочки желудка, луковицы ДПК и лабораторных показателей периферической крови у пациентов без гастродуоденальной и соматической патологии.

**Материалы и методы.** Обследованы 50 пациентов. Выполнялась ФЭГДС с биопсиями из антрального и фундального отделов желудка и луковицы ДПК; морфологическое исследование биоптатов; изучение показателей клинического, биохимического анализа крови и определение титра IgG антител к *Helicobacter pylori*. При эндоскопическом исследовании атрофия СО во всех отделах желудка наблюдалась в 62% случаев, гиперемия слизистой у 24% пациентов, очаги гиперплазии у 16%, эрозии у 14%, бульбит у 12%, дуоденит у 22%, признаки панкреатопатии у 16%, эрозии ДПК у 6%. В антральном отделе желудка по данным цитологии *H.pylori* отсутствовал в 30% случаев, при этом у оставшейся части больных преобладала сильная степень обсеменения *H.pylori* (56%). Колонизация *H.pylori* антрального отдела желудка сопровождалась у 80% пациентов нейтрофильной инфильтрацией СО различной степени активности на фоне выраженной мононуклеарной инфильтрации с атрофическими и гиперпластическими изменениями, кишечная метаплазия наблюдалась у 50% пациентов. В фундальном отделе желудка *H.pylori* обнаружен гистологическим методом у 74% обследованных, степень инфильтрации нейтрофилов СО фундального отдела совпадала со степенью обсеменения *H.pylori* и наблюдалась на фоне средней (42%) и слабой (38%) степени мононуклеарной инфильтрации СО, которая отсутствовала всего у 12% обследованных. При этом атрофия СО фундального отдела обнаружена лишь у 58% пациентов, гиперплазия эпителия у 40%, а кишечная метаплазия – у 24%. Анализ исследования биоптатов ДПК выявил расхождения диагностики *H.pylori* цитологическим (2%) и гистологическим методами (обнаружен у 46% пациентов с преобладанием слабой степени обсеменения у 34%), на фоне активного воспаления – у 76% пациентов (слабой степени – 36%, средней – 36%). Инфильтрация мононуклеарными клетками СО ДПК, обнаруженная у 84% пациентов, только в 44% случаев сопровождалась атрофией СО, в 42% – гиперплазией эпителия, с отсутствием желудочной метаплазии у 80% обследованных. В липидном спектре крови отмечены легкая гиперхолестеринемия и повышение коэффициента атерогенности. Уровень С-РБ крови коррелирует с количеством лейкоцитов и титром антител к *H.pylori*. У *H.pylori*-положительных пациентов выше количество лейкоцитов крови и уровни С-РБ. Наличие инфекции *H.pylori* обуславливает повышение уровня аминотрансфераз крови, как АсАТ, так и АлАТ. В липидном спектре крови у *H.pylori*-положительных пациентов отмечаются более высокие уровни триглицеридов и холестерина.

**Выводы.** Хеликобактерная инфекция является системным воспалительным фактором, изменяющим липидный состав крови и активизирующим процесс перекисного окисления липидов с формированием атерогенной дислипидемии. Возрастание степени обсеменения *H.pylori* с увеличением активности воспаления СО характеризуется пропорциональным увеличением СОЭ, уровня С-РБ и титра антител IgG к *H.pylori* в периферической крови с разбалансировкой иммунного ответа. Прогрессирующее распространение *H.pylori* и вызываемое им активное воспаление в СО желудка и ДПК приводит к усилению иммуновоспалительной реакции в системном кровотоке и хронизации системного атерогенного воспалительного процесса с повышением риска развития атеросклероза у данных больных.

#### 245. Аминокислоты в терапевтической практике.

##### Значение применения таурина (дибикора)

##### при гепатокардиальной патологии

Пальцев А.И., Еремина А.А., Миронич В.П., Новицкая Е.С., Шарпов И.В.

Новосибирский ГМУ, Областной госпиталь ветеранов войн, Новосибирск, Россия

Живой организм – это макромолекулярная система. Молекула белка представляет собой полимер, структурной единицей которого является аминокислота. Особое место в ряду аминокислот занимает таурин (Т), так как он входит в состав сердца, печени и других органов. Он нормализует уровень холестерина, предупреждает токсичное действие гомоцистеина, препятствует тромбообразованию, предупреждает развитие неалкогольного стеатогепатита (НАСГ).

**Цель исследования** заключалась в изучении клинического течения ишемической болезни сердца, сопровождающейся сердечной недостаточностью, у больных с НАСГ.

**Материал и методы.** Обследованы 37 пациентов в возрасте от 57 до 80 лет. Проводились исследования клинические, биохимические, функциональные, рентгенологические. Контрольная группа была представлена 20 пациентами.

**Результаты исследования и их обсуждение.** Одышка диагностировалась у всех пациентов, при этом II функциональный класс определялся у 23 человек, III – у 12, IV – у 2 человек; ортопноэ имело место у 17, никтурия – у 29, тахикардия у 21, гипертрофия левых отделов сердца у 32, гепатомегалия в основной группе у всех. На ЭКГ – гипертрофия левых отделов сердца у всех, предсердия – у 19. На ЭХО КГ и рентгенологически отмечались изменения полостей сердца у 24 пациентов, дислипидемия у 31. Следует отметить значение тщательно собранного анамнеза у пожилых, принимая во внимание нарушения памяти, выявлять состояние клапанного аппарата, прежде всего аортального. Пациентам в обеих группах проводилась дифференцированная терапия статинами, ингибиторами АПФ, β-блокаторами, сердечными гликозидами, диуретиками. В основной группе применяли дибикор (таурин) в дозе 500 мг 2 раза в день в течение 3 месяцев. Было установлено, что у пациентов с ИБС, сочетанной с НАСГ, прием дибикора (таурина) способствовал улучшению гемодинамики, сердечной деятельности, липидного профиля и, в первую очередь, холестерина обмена, уровня гликемии, а так же оказывал гепатозащитное действие.

**Вывод.** Препарат «Дибикор» (Т) обладает кардиопротективным, гепатозащитным, метаболическим эффектом, может применяться при сочетанной патологии печени и сердечно-сосудистой системы.

#### 246. Использование хемилюминесцентного метода для оценки антиокислительной активности питания младенцев

Панова А.Н., Фархутдинов Р.Р., Панова Л.Д.,

Мингазимова А.Я.

Башкирский ГМУ, Уфа, Россия,

e-mail: panov\_home@ufacom.ru

**Цель исследования:** изучить антиокислительную активность грудного молока и адаптированных детских молочных смесей.

**Материал и методы.** Использовались зрелое грудное молоко и различные молочные смеси для питания младенцев. Применялся метод регистрации хемилюминесценции (ХЛ) в системах, моделирующих процессы выработки активных форм кислорода и перекисного окисления липидов по стандартной методике Р.Р. Фархутдинова (2000). Антиокислительная активность определялась по степени угнетения ХЛ в присутствии исследуемых веществ и пересчитывалась в процентах от контроля по специальной формуле.

**Результаты.** Добавление грудного молока, а также различных стандартных смесей для вскармливания доношенных младенцев первого полугодия жизни («Нан-1», «Нутрилон-1», «Фрисовом-1», «Малютка-1», «Симилак Премиум-1»), недоношенных детей («Пренутрилон», «Фрисопре», «Симилак специальный уход», «Симилак Неошур») и лечебных смесей («Нутраген», «Пепти

ТСЦ», «Нан безлактозный», «Нэнни») к модельной системе вызывало уменьшение ХЛ модельной системы, причем антиокислительная активность молока и смесей была различна. Антиокислительная активность грудного молока женщин варьировала от 35 до 70% ( $p < 0,01$ ) по сравнению с контролем. Одна из исследованных молочных смесей обладала наибольшей антиокислительной активностью, однако она уступала по антиокислительной активности грудному молоку. Грудное молоко на 14-38% достоверно интенсивнее снижало показатели хемиллюминесценции модельной системы по сравнению со смесью.

**Выводы.** При организации вскармливания детей первого года жизни необходимо учитывать антиоксидантную активность грудного молока и смесей под контролем хемиллюминесценции. При подборе смеси необходимо учитывать состояние свободнорадикального окисления в организме ребенка, особенно при наличии патологических состояний.

#### 247. Динамика половых гормонов в зависимости от тяжести воспалительного процесса в гастроуденальной области у детей в начале пубертата

Панова И.В., Дудникова Э.В.

Ростовский ГМУ, Ростов-на-Дону, Россия,  
e-mail: pan\_tol@list.ru

**Цель исследования:** оценить изменения уровня прогестерона, тестостерона, эстрадиола в крови у детей, находящихся в I-III стадии полового развития (СПР), страдающих хроническим гастроуденитом (ХГД), с учетом тяжести поражения слизистой оболочки (СО) верхних отделов пищеварительного тракта (ВОПТ).

**Материалы и методы.** Обследованы 77 детей в возрасте 8-15 лет (I-III СПР) с обострением ХГД. У 42 детей (1-я группа) выявлен поверхностный гастроуденит (ПГД), у 35 больных (2-я группа) – эрозивный гастроуденит (ЭГД). Также обследовано 30 здоровых детей (группа контроля). Исследование эстрадиола, прогестерона и тестостерона в сыворотке крови проводилось методом иммуноферментного анализа наборами фирмы R&D (США) и «Алкор Био» (Россия).

**Результаты.** Нами установлено, что уровень тестостерона у больных с ЭГД выше, чем у пациентов с ПГД и у здоровых детей – ( $2,12 \pm 0,59$ ) нг/мл, ( $1,84 \pm 0,54$ ) нг/мл, ( $1,52 \pm 0,55$ ) нг/мл соответственно по 1-й, 2-й и контрольной группам;  $p < 0,05$ . Аналогичные изменения выявлены при исследовании содержания эстрадиола ( $27,14 \pm 4,24$ ) пг/мл, ( $22,99 \pm 2,73$ ) пг/мл, ( $18,24 \pm 3,34$ ) пг/мл соответственно по 1-й, 2-й и контрольной группам;  $p < 0,05$ . Альтернативная тенденция обнаружена в изменении уровня прогестерона, а именно: наименьшее содержание гормона определялось при ЭГД: ( $2,35 \pm 0,42$ ) нмоль/л, ( $2,82 \pm 0,37$ ) нмоль/л, ( $2,52 \pm 0,38$ ) нмоль/л соответственно по 1-й, 2-й и контрольной группам;  $p < 0,05$ .

**Заключение.** Проведенное исследование доказывает, что тяжесть течения ХГД связана с процессами полового созревания, с гетерохронным характером развития эндокринной системы в период становления пубертата, приводящим к различной степени активности факторов агрессии и защиты.

#### 248. Роль материнской компетентности в обеспечении полноценного грудного вскармливания

Пасечник И.П., Шутова Е.В.<sup>1</sup>, Курова Л.В., Левинская О.А.<sup>2</sup>  
Харьковский НМУ, <sup>1</sup>Харьковская МАПО, <sup>2</sup>Городской клинический родильный дом № 2, Харьков, Украина

**Вступление.** Составляющие материнской компетентности как способности к осознанным эффективным действиям в интересах здоровья детей обеспечивают создание безопасной среды для их жизни и развития на первом году, включая обеспечение полноценного грудного вскармливания, программирующего метаболический профиль и определяющего состояние пищеварительной системы ребенка в будущем.

**Цель исследования:** оценить течение ранней постнатальной адаптации новорожденных в зависимости от уровня материнской компетентности в вопросах грудного вскармливания.

**Материалы и методы.** После получения информированного согласия проведено анкетирование 50 беременных в сроке родов с последующим анализом течения раннего неонатального периода у их 50 новорожденных.

**Результаты исследования.** Уровень материнской компетентности в вопросах физиологических потребностей ребенка, техники кормления, сохранения лактации, признаков недоедания, причин отказа от груди определял становление полноценного грудного вскармливания. Результаты анкетирования и наблюдения в последующем выявили отсутствие знаний о правильной технике прикладывания к груди у 5 (10%) матерей, все дети которых имели проявления аэрофагии в раннем неонатальном периоде. Не знали признаков недоедания, необходимых суточных объемов грудного молока 9 (18%) матерей, что привело к необоснованному докорму новорожденных в первые сутки заменителями грудного молока и появлению у их 4 (44,4%) соматически здоровых детей беспокойства и срыгиваний.

**Выводы.** С целью формирования у будущих матерей осознанной приверженности к грудному вскармливанию необходимо использование новых методологических подходов, объединяющих современные достижения в области педиатрии, нутрициологии, перинатальной психологии.

#### 249. Лактаза в комплексном лечении детей с дисахаридазной недостаточностью

Пирогова З.И., Рябчук Ф.Н.

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

В клинической практике недостаточность расщепления дисахаридов, в частности, лактозы, возникает чаще у детей при интеркуррентных заболеваниях или при нутритивной недостаточности (НН) на фоне несбалансированного питания и, как правило, носит вторичный транзиторный характер.

**Цель исследования:** оценить эффективность ферментативного препарата «Лактозар», содержащего фермент лактазу, у детей с вирусной диареей и с НН без признаков инфекции.

**Материал и методы.** Под наблюдением находились 60 детей первых 6 месяцев жизни, из них 48 переносили ротавирусную диарею и 12 детей имели признаки НН. Все больные получали грудное вскармливание. Диагноз устанавливался по данным анамнеза, клиническим проявлениям и подтверждался выделением антигенов ротавируса методом ПЦР и ИФА. Детям с проявлениями НН проводилось определение в кале углеводов и кальпротектина. Дети с вирусной диареей были разделены на 2 группы. 1-я группа (20 пациентов) получала на фоне грудного вскармливания ПОР глюкозо-солевыми растворами, с 5-го дня лечения увеличивался объем питания, назначались ферменты. Больным 2-й группы (28 детей) на фоне аналогичной диеты назначался лактозар. У пациентов 2-й группы оформленные стула наступало значительно раньше (на  $(3 \pm 1)$  день), в то время как у детей первой группы – на  $(6,5 \pm 0,5)$  день ( $p < 0,01$ ). В контрольных анализах антиген ротавируса при ПЦР не выделялся в обеих группах. У детей с НН определялось увеличение содержания углеводов в кале ( $0,32 \pm 0,05$ ) г%, что было основанием к назначению фермента лактазы. В процессе применения препарата углеводы в кале не обнаруживались. Уровень кальпротектина у больных с НН не отклонялся от нормы.

Таким образом, включение в терапию ферментативного препарата «Лактозар» детям с вирусными диареями и НН показало его высокую эффективность, безопасность и хорошую переносимость.

#### 250. Качество жизни пациентов с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью

Пирогова Ю.Ю., Кузьмина Т.М., Мокшина Н.И.

Самарский ГМУ, Россия

В настоящее время важным показателем самочувствия пациентов является качество жизни (КЖ).

**Цель исследования:** изучить качество жизни пациентов с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью (ГЭРБ).

**Материал и методы.** Обследованы 32 пациента с ГЭРБ (мужчин 12, женщин 20), находившихся на стационарном лечении в отде-

лении гастроэнтерологии клиник СамГМУ в 2011 году. Возраст больных составлял (41,8±15,3) года. Всем пациентам проводилось общеклиническое обследование, эзофагогастроудоденоскопия. При госпитализации изучалось КЖ путем анкетирования с использованием анкеты «Индекс качества жизни», состоящей из четырех разделов, которые оценивают активность, повседневную жизнь, поддержку окружающих и эмоциональное состояние обследуемого по балльной системе (от 0 до 2 баллов). Чем больше общая сумма баллов, тем выше качество жизни.

**Результаты.** Показатели КЖ представлены модой и 80% интерперцентильным размахом. Суммарный показатель КЖ 6 (5; 7) баллов. По разделам анкеты получены следующие данные в баллах: «активность» – 2 (1; 2), «повседневная жизнь» – 2 (2; 2), «поддержка окружающих» 2 (1; 2), «эмоциональное состояние» – 1 (0; 2).

**Выводы.** КЖ пациентов с ГЭРБ снижено. Снижение КЖ в основном обусловлено изменением эмоционального состояния. Таким образом, для повышения эффективности лечения целесообразна психотерапевтическая коррекция.

#### 251. Функциональное питание у детей с синдромом раздраженного кишечника с позиции доказательной медицины

Платонова Е.М., Шадрин О.Г.

Одесский НМУ, Институт педиатрии, акушерства и гинекологии АМН Украины, Киев, Украина

**Цель исследования:** изучить данные доказательной медицины о роли функционального питания в лечении больных с синдромом раздраженного кишечника.

Синдром раздраженного кишечника (СРК) встречается у 4-25% детей школьного возраста. По данным Abu-Arafeh и Williams (2007), каждое четвертое обращение к педиатру по поводу боли в животе у детей обусловлено именно СРК. Доказательная база по применению функционального питания (ФП) и нутрицевтиков в терапии СРК представлена систематическими обзорами, мета-анализами и рандомизированными контролируруемыми исследованиями, а также более многочисленными когортными исследованиями. Так, в исследованиях по применению ФП, обогащенного пищевыми волокнами, улучшения состояния больных с СРК по сравнению с плацебо не отмечалось (Huertas-Ceballos et al., 2008; Feldman, 1985). Такие же данные были получены и в отношении попыток применения нутритивной поддержки с искусственным обогащением рациона лактозой (Vandenplas Y. et al., 2011; Thomas D.W., Greer F.R., 2010; Khoshoo V. et al., 2010; Dearlove, 1983; Leberthal, 1981). Более эффективным оказалось применение пробиотиков (Ringel Y, Ringel-Kulka T., 2011; Drouault-Holowacz S. et al., 2008; Sen et al., 2002; Niedzeln et al., 2001 etc.). В то же время использование при СРК препаратов-пробиотиков, содержащих культуры *Lactobacillus plantarum* (в основном штамм Lp229) и *Bifidobacterium lactis* оказывало более выраженный клинический эффект по сравнению с пищевыми продуктами, искусственно обогащенными лактобактериями (Gavronska, 2007; Vausserman, 2005).

**Выводы.** Учитывая данные литературы об эффективности, но низком уровне доказательности проведенных исследований по применению пробиотиков при СРК, необходимо продолжить проведение лонгитудинальных контролируемых проспективных исследований в этом направлении.

#### 252. Синдром раздраженного кишечника в сочетании с синдромом избыточного бактериального роста

Плотникова Е.Ю., Краснова М.В., Баранова Е.Н.  
Кемеровская ГМА, Россия

**Цель исследования:** определить наличие избыточной бактериальной контаминации тонкой кишки (СИБР) у пациентов с синдромом раздраженного кишечника (СРК) для коррекции их лечения.

**Материалы и методы.** Обследованы 127 пациентов с СРК. Диагноз был подтвержден путем исключения органических заболеваний кишечника: проводились анализы крови на маркеры целиакии; анализы кала (общий, ИФА, ПЦР) на наличие паразитов, копро-

грамму; ультразвуковое исследование органов брюшной полости; фиброгастроудоденоскопия; виртуальная колоноскопия или ирригоскопия, фиброколоноскопия, морфологическое исследование биоптатов постбульбарного отдела и толстой кишки. Всем пациентам проводился водородный дыхательный тест с лактулозой (прибор Gastrolyzer 2). Различия между параметрами сравнения считались статистически различными при  $p \leq 0,05$ .

**Результаты.** У 78 пациентов (61,4%) показатели лактулозного водородного теста (ЛВДТ) превышали нормальные, что указывало на наличие СИБР. Всем пациентам назначалась деконтаминация тонкой кишки – рифаксимин (400 мг 2 раза в день в течение 6 дней) или нифурател (400 мг 3 раза в день в течение недели). По результатам ЛВДТ у всех пациентов была выявлена значительная статистически значимая положительная динамика ( $p \leq 0,05$ ). Патологический пик над тонкой кишкой или полностью нивелировался или значительно уменьшился, пик над толстой кишкой у некоторых пациентов тоже значительно снизился. Жалобы на боли в животе, метеоризм, неустойчивый стул у большинства пациентов этой группы также значительно уменьшились ( $p \leq 0,05$ ), только у 12 (15,1%) пациентов жалобы остались прежними, несмотря на положительную динамику показателей ЛВДТ.

**Заключение.** Пациенты с СРК нуждаются в обследовании на наличие СИБР, а при его выявлении – в коррекции с помощью современных энтérosептиков.

#### 253. Мониторинг тонкокишечной бактериальной контаминации при циррозе печени

Плотникова Е.Ю., Краснова М.В., Баранова Е.Н.,  
Краснов К.А.  
Кемеровская ГМА, Россия

**Цель исследования:** диагностика и лечение тонкокишечной бактериальной контаминации у больных с циррозом печени для профилактики печеночной энцефалопатии и спонтанного бактериального перитонита.

**Материалы и методы.** Под наблюдением находились 23 пациента с циррозом печени неалкогольной этиологии класса А по Чайльду – Пью. Диагноз цирроза был подтвержден клинически и морфологически. Всем пациентам проводился водородный дыхательный тест с лактулозой (ЛВДТ) 1 раз в месяц в течение года, а также предлагалось заполнять тест связи чисел. Различия между параметрами сравнения считались статистически значимыми при  $p \leq 0,05$ .

**Результаты.** При первичном проведении ЛВДТ у всех пациентов были выявлены показатели, указывающие на избыточную бактериальную контаминацию тонкой кишки. После обследования пациенты принимали рифаксимин по 400 мг 2 раза в день в течение 6 дней. В динамике показатели ЛВДТ и скорость заполнения теста связи чисел снижались статистически значимо у всех пациентов ( $p \leq 0,05$ ). Нарастание показателей при проведении ЛВДТ начиналось в среднем через 2,5 месяца, после чего пациенты повторно принимали энтérosептик. При этом если у пациента не наблюдался рост показателей ЛВДТ, то энтérosептик ему не назначался, так как в нем не было необходимости.

**Заключение.** Пациентам с циррозом печени необходимо проводить ЛВДТ в динамике 1 раз в 2 месяца. Кишечную деконтаминацию целесообразно проводить только при выявлении избыточного тонкокишечного бактериального роста, а постоянно необходимо принимать лактулозу в дозе от 15 до 45 мл до достижения двукратного мягкого стула в сутки. Такой мониторинг позволит снизить стоимость лечения и уменьшить лекарственную нагрузку у пациентов с циррозом печени.

#### 254. Уровень кальция в биологических жидкостях у стрессоустойчивых и стрессонеустойчивых крыс при ацетатной язве желудка

Поветкина В.Н., Рогова Л.Н.  
Волгоградский ГМУ, Россия

**Цель исследования:** изучить содержание кальция ( $Ca^{2+}$ ) в плазме крови из подключичной (Vs) и портальной вены (Vp), кишечной лимфе и моче у стрессоустойчивых и стрессонеустойчивых животных при ацетатной язве желудка.

**Материалы и методы.** В эксперименте на 28 крысах, предварительно разделенных на 2 подгруппы: стрессоустойчивых и стрессонеустойчивых, через 7 суток после моделирования ацетатной язвы измеряли площадь язвенного дефекта, определяли содержание  $Ca^{2+}$  в плазме крови из V<sub>s</sub> и V<sub>p</sub>, кишечной лимфе и суточном объеме мочи.

**Результаты.** При моделировании ацетатной язвы желудка площадь сформировавшегося дефекта у стрессоустойчивых крыс составила (38,7±4,1) мм<sup>2</sup>, у стрессонеустойчивых – (68,7±9,4) мм<sup>2</sup> (p<0,05). Сравнительное исследование показало, что в исходном состоянии у стрессоустойчивых крыс концентрация  $Ca^{2+}$  в лимфе была на 22,4% (p<0,05) больше, а уровень его потерь с мочой на 67,3% (p<0,001) выше по сравнению со стрессонеустойчивыми животными. Значимой разницы в содержании  $Ca^{2+}$  в плазме крови из V<sub>s</sub> и V<sub>p</sub> между подгруппами не выявлено. В контрольной серии у стрессоустойчивых животных содержание  $Ca^{2+}$  в плазме крови из V<sub>s</sub> на 21,8% (p<0,001), в V<sub>p</sub> на 18,8% (p<0,05) меньше, чем у стрессонеустойчивых крыс на фоне значительного – на 149% (p<0,001) увеличения его потерь с мочой. При моделировании ацетатной язвы у стрессоустойчивых крыс концентрация  $Ca^{2+}$  в суточном объеме мочи была на 74,3% (p<0,001) больше, а в лимфе на 11,2% (p<0,05) меньше, чем у стрессонеустойчивых.

**Выводы.** При моделировании ацетатной язвы желудка у стрессоустойчивых животных формировался язвенный дефект меньшей площади, было выявлено более низкое содержание кальция в кишечной лимфе и более высокий уровень его потерь с мочой в сравнении со стрессонеустойчивыми крысами.

#### 255. Анализ амбулаторных карт работников производства соединений азотной группы, страдающих язвенной болезнью и имевших длительный анамнез заболевания

Помыткина Т.Е., Гзоган А.А., Поручикова Е.И.  
Кемеровская ГМА, Россия, e-mail: docent@kemcity.ru

**Цель исследования:** провести анализ амбулаторных карт больных язвенной болезнью (ЯБ), занятых в различных производствах соединений азотной группы (САГ) и имевших длительный анамнез заболевания (свыше 6 лет).

**Материал и методы исследования.** Проведен анализ 228 амбулаторных карт тех больных, которые при каждом обострении обращались к врачу, проходили контрольное эндоскопическое обследование.

**Результаты исследования.** Анализ амбулаторных карт показал, что рецидивирующие формы ЯБ имели место у 112 (65,9%) из 170 больных, находившихся в контакте с САГ (основная группа). В группе больных, не имевших контакта с САГ (группа контроля), рецидивирующее течение ЯБ выявлено лишь у 22 (37,9%) из 58 человек (p=0,0002). При этом неблагоприятные формы течения заболевания в виде часто и непрерывно рецидивирующих форм ЯБ были у 75 (44,1%) из 170 больных с хроническим течением болезни (основная группа), а в группе контроля – у 10 (17,2%) человек из 58 больных (p=0,0003). В основной группе у 47 (27,6%) человек отмечалось осложненное течение заболевания, сопровождающееся развитием кровотечения у 16 больных, перфорации – у 7, длительно нерубцующегося язвенного дефекта – у 24, тогда как в группе контроля осложненное течение наблюдалось лишь у 6 больных (10,3%; p=0,0076).

**Заключение.** Таким образом, в течении ЯБ у работников с длительным стажем работы на предприятии производства САГ часто наблюдаются острые осложнения, достаточно часты рецидивы, имеет место стирание «типичности» основных клинических проявлений.

#### 256. Гепатомегалия в практике участкового врача

Прохорова Т.А., Бурдина Е.Г., Кулакова Н.И.,  
Минушкин О.Н.  
Поликлиника № 2 УД Президента РФ, Москва, Россия,  
e-mail: bourd@mail.ru

**Цель:** анализ причин гепатомегалии, диагностируемой в поликлинических условиях.

**Методы и материалы.** В исследование включены 180 больных (мужчин 103, женщин 77, средний возраст (52,5±9,5) года), у которых при ультразвуковом исследовании (УЗИ) органов брюшной полости выявлена гепатомегалия различной степени выраженности. Помимо УЗИ органов брюшной полости и анализа клинико-эпидемиологического анамнеза, всем больным проводились общеклиническое и биохимическое исследования крови с определением активности ферментов сыворотки (АЛТ, АСТ, γ-ГТ, ЩФ), билирубина, липидов, активности протромбинового комплекса, изучались маркеры вирусного гепатита В, С, ТТВ, G методами ИФА и/или ПЦР (генотип вируса определялся у больных с HCV), антитела (антиядерные, к митохондриям, гладкой мускулатуре, микросомам печени и др.), ЭКГ, ЭХО-КГ, по показаниям КТ органов брюшной полости.

**Результаты.** Причины гепатомегалии распределялись следующим образом: стеатоз печени и неалкогольный стеатогепатит – 38,9% (n=70); вирусный гепатит – 15,5% (n=28); алкогольная болезнь печени – 14,4% (n=26), в том числе с исходом в цирроз печени – 1,7% (n=3); первичный билиарный цирроз – 6,1% (n=11); первичный склерозирующий холангит – 1,1% (n=2); лекарственное поражение печени – 0,6% (n=1) на фоне приема амиодарона; эхинококковая киста печени – 0,6% (n=1); кисты печени – 8,9% (n=16); гемангиомы печени – 10,0% (n=18); метастатическое поражение печени – 2,8% (n=5); «застойная» печень – 1,1% (n=2) при хронической правожелудочковой сердечной недостаточности.

**Выводы.** Основную группу больных с гепатомегалией составляют лица с неалкогольной жировой болезнью печени (стеатоз, стеатогепатиты), что обусловлено увеличением распространенности метаболического синдрома и отдельных его компонентов среди населения. Также велик процент случаев гепатомегалии, обусловленной вирусным гепатитом. Небольшое количество больных с «застойной печенью» объясняется ранней диагностикой и проведением эффективного лечения патологии сердца. Своевременная дифференциальная диагностика позволяет быстрее начать лечение и, следовательно, увеличить шансы благоприятного исхода.

#### 257. Влияние некоторых компонентов противоязвенной терапии на содержание слизеобразующих клеток в слизистой ткани желудка

Пулатова Н.И., Якубов А.В., Акбарова Д.С., Саидова Ш.О.,  
Пулатова Д.Б.  
Ташкентская медицинская академия, Узбекистан

**Цель исследования:** изучить влияние компонентов противоязвенной терапии на содержание слизеобразующих клеток в слизистой ткани желудка при экспериментальной язве.

**Материалы и методы.** Модель ЭЯ вызывали на половозрелых крысах самцах смешанной популяции по методу В.А. Вертедькина в модификации И.А. Лосьева. Эксперименты проводили в 9 группах. В каждой группе было по 6 животных. 1-я группа интактная; 2-я группа – животные с экспериментальной язвой (ЭЯ); 3-я группа – животные с ЭЯ, получавшие H<sub>2</sub>O (контрольная); 4-9-я группы получали омепразол 50 мг/кг; де-нол 10 мг/кг; метронидазол 50 мг/кг; тетрациклин 50 мг/кг; амоксициллин 40 мг/кг; фуразолидон 100 мг/кг. Все препараты вводили *per os* в виде водной суспензии в течение 10 дней. Содержание слизеобразующих клеток подсчитывали на кусочке слизистой ткани из антрального отдела желудка с использованием гистохимического метода выявления гликопротеинов (ШИК-реакция).

**Результаты.** В группе с омепразолом наблюдали уменьшение количества клеток на 24,0% от количества клеток в группе без лечения – 37,1±2,2 и 48,8±2,4 соответственно (p<0,001). Более значительное уменьшения содержание клеток наблюдалось в группах с метронидазолом (34,5±1,8) и фуразолидоном (30,1±2,2). В группе с де-нолом количество клеток увеличилось на 44,7% – (70,6±3,7), p<0,001. При лечении с тетрациклином и амоксициллином изменения были недостоверными (52,3±3,4 и 47,3±2,5 соответственно).

**Выводы.** Компоненты тройной и квадротерапии оказывают разнонаправленное действие на состояние слизистого барьера.

Омепразол, метронидазол и фуразолидон подавляют синтез слизистого барьера, по этому эффекту наиболее сильными являются метронидазол и фуразолидон. Де-нол увеличивает количество слизевырабатывающих клеток, а тетрациклин и амоксициллин на их количество не влияют.

## Р

### 258. Использование холита в лечении больных алкогольным гепатитом

Радченко В.Г., Приходько Е.М.

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

**Цель исследования:** оценка эффективности холита в комплексной терапии алкогольного гепатита.

**Материалы и методы.** Обследованы 70 больных (20 женщин и 50 мужчин) с хроническим алкогольным гепатитом; средний возраст (46,3±3,9) года; средний вес (60,4±1,4) кг. Проводился анализ жалоб, объективного статуса, клинико-биохимических показателей, ультразвуковых методов исследования. Пациенты были поделены на две группы: I (основная) – 36 человек, II (группа сравнения) – 34 человека. Пациенты II группы получали стандартное лечение, включающее массивную инфузионную терапию, поливитаминный комплекс. Программа лечения пациентов в I группе, помимо вышеуказанной схемы, была дополнена препаратом «Холит» по 2 капсулы три раза в день во время еды в течение 30 дней. Показатели контролировались до и после комплексной терапии.

**Результаты.** У всех больных до лечения наблюдался синдром цитолиза: АсАТ (137,4±17,3) ед./л ( $p<0,05$ ), АлАТ (86,2±12,7) ед./л ( $p<0,05$ ); синдром холестаза: ГТТП (235,4±28,4) ед./л ( $p<0,05$ ); выраженный астенический, гепатопривный синдромы. На фоне лечения холитом отмечаются положительные сдвиги в клинических проявлениях, динамике цитолитического, холестатического и гепатопривного синдромов. Дополненный вариант лечения способствовал нейтрализации перекисных радикалов, повышал активность ферментного и субстратного звена антиоксидантной защиты, уменьшал активность провоспалительных цитокинов. Кроме того, на фоне использования холита наблюдалась нормализация показателей липидного спектра сыворотки крови, что сопровождалось нормализацией воспалительных и некробиотических процессов в печени.

**Выводы.** Применение холита в лечении больных ХАГ приводит к улучшению общего состояния пациентов, исчезновению клинических, объективных признаков заболевания, нормализации лабораторных и инструментальных показателей.

### 259. Сравнительная оценка эффективности влияния некоторых цитопротекторов на состояние слизистого барьера желудка при индометациновой гастропатии

Рахматуллаева Г.К., Якубов А.В., Акбарова Д.С., Саидова Ш.А., Пулатова Д.Б.

Ташкентская медицинская академия, Узбекистан

**Цель исследования:** в сравнительном аспекте изучить влияние де-нола, сукральфата и пепсана-Р на состояние слизистого барьера желудка при индометациновой гастропатии.

**Материалы и методы.** Индометациновую гастропатию (ИГ) моделировали путем перорального введения индометацина в дозе 2,5 мг/кг в течение 5 дней. Эксперименты проводили в 6 группах, в каждой группе было по 6 животных. 1-я группа интактная; 2-я группа – животные с ИГ; 3-я группа – животные с ИГ, получавшие H<sub>2</sub>O; 4-6-я группы получали де-нол 10 мг/кг; сукральфат 400 мг/кг; пепсан-Р 1500 мг/кг. Все препараты вводили *per os* в виде водной суспензии в течение 10 дней. Состояние слизистого барьера оценивали путем определения содержания сиаловых кислот и фукозы в суспензии слизистой.

**Результаты.** В группе с де-нолом наблюдали увеличение сиаловых кислот на 87,8%, а фукозы на 94,9% от показателей группы без лечения. При лечении сукральфатом содержание сиаловых кислот и фукозы заметно не изменялось. В группе с пепсаном-Р

содержание сиаловых кислот увеличилось на 50,6%, а фукозы – на 79,8%.

**Выводы.** При комплексном лечении ИГ целесообразно использовать де-нол или пепсан-Р, так как наряду с другими свойствами они стимулируют и синтез слизистого барьера. Сукральфат, обладая местным цитопротективным эффектом, не влияет на синтез слизистого барьера.

### 260. Актуальные вопросы ведения больных хроническим панкреатитом

Решина И.В., Калягин А.Н.

Иркутский ГМУ, Россия

Особое значение в оптимизации методов лечения приобретают медико-педагогические нозологические школы для пациентов различного профиля.

**Цель исследования:** оценка эффективности реабилитации больных с хроническим панкреатитом (ХП) путем организации обучения в гастроэнтерологической школе (ГШ).

**Методы.** За 11 месяцев в ГШ прошли обучение 65 пациентов с ХП: мужчин 27 (41,5%), женщин 38 (58,5%), средний возраст (52,3±2,3) года. Средняя продолжительность заболевания составила (5,2±1,5) года. Оценивалась эффективность применения ГШ по частоте госпитализаций, комплаентности, тревоге и депрессии.

**Результаты.** За предшествующие 12 месяцев 50 человек (76,9%) проходили курс стационарного лечения, из них 9 (18%) – более чем однократно. 25 человек (38,5%) ранее не получали профилактического лечения, 15 (23,1%) получали только ферментативные препараты. По завершении обучения в ГШ 60 (92,3%) пациентов получали всю необходимую по стандарту терапию: ферментативный препарат в адекватных дозах, антисекреторный препарат (ИПП), спазмолитик при болях. Приверженность к лечению повысилась на 33,3% ( $t=2,0$ ,  $p<0,005$ ). 88% пациентов отметили значительное улучшение самочувствия и удлинение сроков ремиссии ( $\chi^2=2,01$ ,  $p<0,001$ ). 90% пациентов отметили значительное уменьшение интенсивности и частоты болевых приступов ( $\chi^2=3,052$ ,  $p<0,005$ ). По результатам тестов к концу наблюдения зафиксировано значимое снижение выраженности как тревоги, так и депрессии:  $\chi^2=34,1$  и  $46,2$ ,  $p<0,001$ ). 23,2% слушателей отметили улучшение качества жизни к концу курса обучения ( $\chi^2=20,2$ ;  $p<0,005$ ).

**Выводы.** Обучение пациентов играет положительную роль в следующих случаях: а) в повышении приверженности к лечению; б) в улучшении психосоматического статуса; в) в уменьшении выраженности болевого синдрома, значительном уменьшении интенсивности и частоты болевых приступов; г) в повышении качества жизни больных; д) в удлинении сроков ремиссии.

### 261. Оптимизация эрадикации *H.pylori* при дуоденальной язве

Рустамов М.Н., Лазебник Л.Б.

Минский консультационно-диагностический центр, Беларусь, ЦНИИ гастроэнтерологии, Москва, Россия

**Цель:** разработка комплексных программ лечения больных *H.pylori*-ассоциированной дуоденальной язвой (ДЯ).

**Материалы и методы.** 250 Нр-позитивных больных ДЯ методом рандомизации были разделены на 5 групп по 50 человек в каждой. I группа получала ингибитор протонного насоса (ИПН) + амоксициллин + кларитромицин; II – то же лечение + пробиотик (П); III – ИПН + П + углекислую хлоридно-гидрокарбонатную натриевую питьевую минеральную воду (ПМВ) за 1,5 ч до еды; IV – ИПН + П + хлоридную натриевую ПМВ за 1,5 ч до еды; V – ИПН + П. Всем больным проведены ФЭГДС, биохимический анализ крови, рН-метрия, исследование фекалий на дисбиоз кишечника (ДК). Лечение проводили в течение 1 месяца.

**Результаты.** В III, IV и V группах улучшился кишечный микробиоценоз. Во II группе уменьшилось количество больных с ДК, но появились новые случаи ДК (8%). В I группе увеличилось количество больных с ДК и усугубилась его степень. Эрадикация Нр составила 70%, 82%, 80%, 78% и 68% в I, II, III, IV и V группах соответственно. Заживление ДЯ наблюдали в 82%, 84%,

86%, 84% и 78% случаев в I, II, III, IV и V группах соответственно. Во всех группах отмечали повышение базального pH в желудке и двенадцатиперстной кишке, более выражено в III группе. В I группе наблюдали повышение АлАт, АсАТ, щелочной фосфатазы (ЩФ) и триглицеридов (ТГД). Во II группе таких изменений не наблюдали. В III, IV и V группах выявили снижение АлАт, АсАТ, билирубина, ЩФ, холестерина и ТГД. Все результаты были достоверными.

**Заключение.** Тройная терапия вызывает или усугубляет ДК, оказывает гепатотоксическое действие. Добавление П повышает эффективность эрадикации Нр, улучшает микробиоценоз кишечника, но вызывает новые случаи ДК. ПМВ + П + ИПН является эффективным и безопасным способом эрадикации Нр, особенно у больных с сопутствующей патологией гепатобилиарной системы и толстой кишки.

## 262. Скрининговое значение масс-спектрометрии в персонифицированной коррекции заболеваний у детей

Рябчук Ф.Н., Пирогова З.И.

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

Новый информативный метод диагностики – хромато-масс-спектрометрия предназначается для оценки микробиологического статуса человека. Основа метода масс-спектрометрии микробных маркеров (МСММ) – это идентификация микроорганизмов по их молекулярным признакам – маркерам из числа липидов, высших жирных кислот, альдегидов и спиртов клеточной стенки. Для исследования пристеночного дисбиоза тонкой кишки достаточно одной капли крови. Поиск маркеров микроорганизмов осуществляется селективным методом газовой хромато-масс-спектрометрии, позволяющим одновременно измерять более сотни микробных маркеров в анализируемом материале: крови, моче, мокроте и др. Это дает оперативную информацию о любом изменении в микробном пейзаже слизистой тонкой кишки и других биотопах. Микробные маркеры попадают в кровь путем транспорта через кишечную стенку. Наряду с повсеместно определяемыми аэробными микроорганизмами исследуется широкий спектр анаэробов, актинобактерий, грибов и др.

Поисковая часть работы показала возможность выделения возбудителей, способных у детей вызывать заболевания желудка (Нр, ассоциация Нр с ВЭБ), заболевания кишечника (*Cand. alb.* и другие штаммы грибов, цитомегаловирусы), заболевания слизистых желез и лимфоидного кольца в носоглотке (вирусы семейству герпес и др.). После получения показателей МСММ клиницисту предстоит ответить на вопрос о характере течения инфекции: латентное, персистирующее, хроническое с реактивацией и др. Возникает необходимость после этого скрининга проводить дополнительную современную диагностику (ПЦР, ИФА, иммунные тесты и др.). При получении данных обследования обсуждается тактика ведения больных по нормализации микробиоты кишечника и коррекции выявленных нарушений на фоне микстинфицирования других органов и систем.

## 263. Оценка гендерных особенностей качества жизни больных гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью

Рязанцева Д.Е., Еремина Е.Ю.

МГУ им. Н.П. Огарева, медицинский институт,  
e-mail diana-ryazanceva@yandex.ru

Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ) имеет большую медицинскую и социальную значимость, так как значительно влияет на качество жизни больных.

**Цель настоящего исследования:** изучить особенности качества жизни больных при гастроэзофагеальной рефлюксной болезни у женщин и мужчин в Республике Мордовия.

**Материалы и методы исследования.** Обследованы 70 респондентов (возраст от 18 до 65 лет), проживающих в Республике Мордовия, с жалобами на изжогу, возникающую не реже 1 раза в неделю. Исследование проводилось с использованием переведенного на русский язык и культурально адаптированного и валидированного опросника клиники Мейо согласно утвержденному

протоколу и являлось фрагментом многоцентрового исследования ВИА АПИА.

**Результаты исследования.** Всего были исследованы 70 респондентов. Распределение респондентов по полу было следующим: 69% – женщины, 31% – мужчины. Согласно результатам опросника САН никто из опрошенных мужчин не оценил уровень самочувствия, активности и настроения, как «низкий», в то время как 9% женщин считают «низким» уровень своего самочувствия, а 18% – настроения. Средним считают уровень своего самочувствия 64% женщин и 40% мужчин, высоким – 27% и 60% женщин и мужчин соответственно. Высокий уровень активности у 60% мужчин и лишь у 9% женщин, средний – у 40% и 91% соответственно. Уровень своего настроения как «высокий» определили 60% мужчин и 27,5% женщин. 54,5% женщин считают уровень настроения средним. У мужчин этот показатель ниже – 40%.

**Выводы.** В проведенном исследовании преобладали женщины, что отражает структуру популяции и их большую готовность участвовать в исследовании. ГЭРБ значительно ухудшает качество жизни больных, причем у женщин оно гораздо ниже, чем у мужчин.

## С

## 264. Обоснование индивидуального подхода в коррекции дисбиозов на основе комплексного иммунобактериологического обследования пациента

Савельяева М.В., Попкова С.М., Сердюк Л.В., Ракова Е.Б., Горбунова Е.Л.

НЦ ПЗСРЧ СО РАМН, Иркутск, Россия

**Цель исследования:** оценить иммунореактивность организма к бифидобактериям на фоне микробиологических характеристик кишечного биоценоза у детей с функциональными нарушениями желудочно-кишечного тракта.

**Материал и методы.** Исследовались копрологические пробы (149) детей дошкольного возраста с функциональными нарушениями ЖКТ. Наличие антител к бифидобактериям определяли с помощью лабораторного оригинального эритроцитарного иммунодиагностикума в реакции непрямой геммагглютинации.

**Результаты.** Для проведения исследования были отобраны дети с дефицитом бифидобактерий в кишечном биоценозе, на фоне которого выделялись различные виды условно патогенной микрофлоры как в ассоциациях, так и в монокультуре.

Ранее нами было показано, что наиболее распространенным видом бифидобактерий у детей региона является *Bifidobacterium longum*, поэтому используемый лабораторный вариант иммунодиагностикума был сконструирован на основе антигенов клеточных стенок бактерий данного вида. Исследование содержания антител к *B. longum* в копрофильтраатах, так называемый локальный иммунитет, показало, что в 26% случаев антитела отсутствовали, 59% копропроб содержали антитела в низкой концентрации (1:2 – 1:16), остальные (15%) имели высокие титры антител, иногда достигающие до 1:1024. Таким образом, коррекция дисбиотических нарушений должна проводиться с учетом состояния локального иммунитета. При наличии высоких титров антител препаратом выбора может быть бифидотик, который не вызовет усиления иммунореактивности к бифидофлоре, тогда как при отсутствии антител к бифидобактериям обоснована коррекция как пробиотическими препаратами, так и пребиотиками.

## 265. Уровень сывороточной нейрон-специфической энолазы у больных с различными формами патологии печени

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

**Цель исследования:** определить концентрацию нейрон-специфической энолазы (НСЕ) в сыворотке крови у больных с различными формами патологии печени.

**Материал и методы.** Обследованы 9 больных острым алкогольным гепатитом (ОАГ), 70 – хроническим гепатитом (ХГ), 60 –

циррозом печени (ЦП), 5 – с гепатоцеллюлярной карциномой (ГЦК). Контрольная группа – 30 здоровых доноров. Концентрацию НСЕ в сыворотке крови определяли методом иммуноферментного анализа с помощью коммерческих тест-систем (449-5830 DSL MBP).

**Результаты.** Наиболее значительное повышение уровня НСЕ по сравнению с контролем отмечалось в группах больных ОАГ и ГЦК (соответственно,  $(14,3 \pm 4,5)$  нг/мл и  $(17,8 \pm 0,6)$  нг/мл;  $p < 0,05$ ). У пациентов с ХГ и ЦП средние значения НСЕ достоверно не превышали нормальные показатели и были достоверно ниже, чем при ОАГ и ГЦК. Средние значения НСЕ в группах больных ХГ и ЦП достоверно не различались, однако существенное повышение ее уровня в сыворотке крови при ХГ наблюдалось лишь у 23% больных, в то время как при ЦП – у 53%. Достоверных различий в содержании НСЕ в группах больных ХГ и ЦП с умеренной и высокой активностью процесса выявлено не было. Обращала на себя внимание тенденция к нарастанию средних значений НСЕ в сыворотке крови по мере прогрессирования декомпенсации ЦП от класса «А» к классу «С» по Child-Pugh, причем при ЦП «С» уровень НСЕ был достоверно выше, чем при ЦП «А» и в контрольной группе ( $p < 0,05$ ).

**Заключение.** При тяжелых формах поражения печени, сопровождающихся выраженными признаками печеночной недостаточности (ОАГ, ГЦК, ЦП класса «С» по Child-Pugh) наблюдается повышение концентрации НСЕ в сыворотке крови. Исследование концентрации сывороточной НСЕ при патологии печени может иметь большое диагностическое и прогностическое значение.

#### 266. Динамика цитокинов семейства интерлейкинов-17 в сыворотке крови у больных воспалительными заболеваниями кишечника на фоне противовоспалительной терапии

Сагынбаева В.Э., Лазебник Л.Б., Князев О.В., Ручкина И.Н., Ефремов Л.И., Ивкина Т.И.  
ЦНИИ гастроэнтерологии, Москва, Россия

**Цель исследования:** изучить цитокины семейства интерлейкина-17 при воспалительных заболеваниях кишечника (ВЗК) для определения активности воспалительного процесса и эффективности проводимой терапии.

**Материалы и методы.** Обследованы 35 больных ВЗК, из них 21 больной с диагнозом «язвенный колит» (ЯК) (13 мужчин и 8 женщин), 14 больных с диагнозом «болезнь Крона» (БК) (8 мужчин и 6 женщин). Возраст больных 16-60 лет, средний возраст  $(36,1 \pm 2,0)$  года.

Диагноз верифицирован данными клинических, лабораторных, гистологических и инструментальных методов исследования. В зависимости от проводимой терапии больные разделены на группы: 1-я группа – больные, получавшие мезенхимальные стромальные клетки (МСК) (11 человек), 2-я группа – получавшие инфликсимаб (ИНФЛ) (18 человек), 3-я группа – получавшие системные кортикостероиды (6 человек). Цитокины: IL-17A, IL-17F в сыворотке крови больных определялись иммуноферментным методом с применением тест-систем «Vender MedSystems» (Австрия). Статистическая обработка данных проводилась с использованием компьютерной программы «STATISTICA 6.0», достоверность полученных величин определяли при помощи t-критерия Стьюдента.

**Результаты и обсуждение.** Как известно, запуск воспалительного процесса при обострении ВЗК связан с изменением продукции цитокинов, участвующих в реализации специфического иммунного ответа. Как показали результаты настоящего исследования, концентрация провоспалительного IL-17A при ВЗК в группах больных, находившихся в стадии обострения и получавших МСК и ИНФЛ, уровни IL-17A составили  $(5,5 \pm 1,0)$  пг/мл,  $(5,5 \pm 1,5)$  пг/мл и  $(7,8 \pm 1,6)$  пг/мл соответственно,  $p = 0,013$ ; в то же время у больных в фазе ремиссии эти показатели составили  $(3,9 \pm 1,4)$  пг/мл и  $(6,3 \pm 2,4)$  пг/мл соответственно ( $p = 0,034$ ), то есть были в пределах нормы. Незначительное повышение уровня IL-17A до  $(25,7 \pm 6,5)$  пг/мл в стадии обострения выявлено только у больных с ВЗК, получавших глюкокортикостероиды (ГКС). По-

сле терапии произошло достоверное снижение этого показателя до  $(13,0 \pm 5,1)$  пг/мл ( $p < 0,05$ ).

Во всех сравниваемых группах больных ВЗК в стадии обострения отмечалась повышенная концентрация провоспалительного IL-17F. У данных больных повышение уровня IL-17F сопровождалось ухудшением клинической картины (появлением болевого синдрома, увеличением частоты стула) и соответствующими лабораторными сдвигами. После трансплантации МСК наступало достоверное снижение продукции провоспалительного IL-17F с  $(614,4 \pm 140,3)$  пг/мл до  $(333,8 \pm 122,5)$  пг/мл,  $p < 0,05$ , что сопровождалось уменьшением активности ВЗК. В группе больных ВЗК, получавших инфликсимаб и ГКС, несмотря на проводимую терапию, выявлено достоверное увеличение продукции провоспалительного IL-17F с  $(232,4 \pm 87,7)$  пг/мл до  $(342,3 \pm 84,6)$  пг/мл и с  $(787,2 \pm 61,4)$  пг/мл до  $(888,8 \pm 13,9)$  пг/мл соответственно,  $p < 0,05$ .

**Выводы.** Анализ динамики уровня провоспалительных цитокинов IL-17A и IL17F может быть использован в оценке степени активности воспалительного процесса и эффективности проводимой терапии у больных ВЗК.

Повышение уровней провоспалительных цитокинов IL-17A и IL17F в сыворотке крови больных ВЗК указывает на их возможное участие в механизмах развития БК и ЯК.

#### 267. Место препарата «Контролог» при лечении НПВП-индуцированной гастропатии

Садикова С.И., Рустамова М.Т., Садикова С.С.  
Ташкентская медицинская академия, Узбекистан

Известно, что количество госпитализаций и смертей, связанных с приемом НПВП, а также экономические затраты на лечение НПВП-ассоциированных гастропатий с каждым годом неуклонно растут. На сегодняшний день ингибиторы протонной помпы (ИПП) являются основными средствами лечения НПВП-ассоциированных гастропатий.

**Целью исследования** явилось изучение эффективности препарата – ИПП «Контролог» у больных с НПВП-индуцированной гастропатией (эрозивно-язвенными поражениями слизистой желудка и двенадцатиперстной кишки).

**Материалы и методы.** Были обследованы 35 больных (22 женщины и 13 мужчин) с НПВП-индуцированной гастропатией – эрозивно-язвенными поражениями слизистой желудка (21 человек) и двенадцатиперстной кишки (14 человек) в возрасте от 18 до 55 лет. Всем больным проводили осмотр и стандартизированный опрос для определения динамики клинических проявлений и оценки эффективности лечения. Клинические проявления определяли методом самооценки больными своих ощущений с использованием градации в баллах: 0 – отсутствие признака, 1 – признак выражен слабо, 2 – признак выражен умеренно, 3 – признак резко выражен. Осмотр и опрос проводился на 1-е, 3-7-е и 14-е сутки и далее каждые две недели до восьми недель. Всем больным проводили ЭФГДС до лечения, контроль каждые 2 недели до эпителлизации эрозий и язв. Все пациенты получали препарат «Контролог» («Пантопразол») в дозе 40 мг/сут в течение 8 недель.

**Результаты исследования.** При лечении уже на 2-й день от начала терапии контрологом 67% пациентов отметили уменьшение болей в эпигастральной области, а к 7-му дню лечения жалобы купированы у всех пациентов. Чувство дискомфорта и тяжесть в эпигастрии значительно уменьшились к 4-му дню терапии.

По данным ЭФГДС заживление язв было достигнуто на 4-й неделе у 84% пациентов, а у 100% заживление произошло на 8-й неделе. При оценке побочных эффектов за время наблюдения нежелательных явлений отмечено не было.

**Вывод.** Таким образом, ИПП «Контролог» является эффективным препаратом при комплексном лечении НПВП-индуцированной гастропатии.

**268. Проблема эрозивных, эрозивно-язвенных поражений верхнего отдела желудочно-кишечного тракта у больных с хронической почечной недостаточностью, особенности их лечения**

Сазонова Е.И., Совалкин В.И., Бикбаева Г.Р.,  
Аглиуллина Э.Г.  
Омская ГМА, Омская ОКБ, Россия,  
e-mail: eagliullina@yandex.ru

**Цель исследования:** выявление частоты и характера поражения пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки у больных с хронической почечной недостаточностью (ХПН); определение частоты встречаемости *H.pylori*, а также особенностей лечения эрозивно-язвенных поражений у данной категории пациентов.

**Материал и методы.** 35 больных с ХПН<sub>I</sub>-ХПН<sub>III-IV</sub> стадиями (14 мужчин и 21 женщина в возрасте от 27 до 75 лет) получали консервативное лечение по поводу основного заболевания. К развитию ХПН в исследуемой группе привели: хронический гломерулонефрит, поликистоз почек, хронический пиелонефрит, сахарный диабет, гипертоническая болезнь с исходом в нефроангиосклероз, амилоидоз почек, хронический интерстициальный нефрит. Для обследования пациентов был использован метод ФГДС с прицельной биопсией из слизистой антрума (1-2 образца) и тела желудка (2 образца) на наличие *H.pylori*. Для лечения хеликобактериоза преимущественно применялась 7-10-дневная схема с использованием ампициллина и метронидазола. При увеличении степени тяжести ХПН сроки лечения удлинялись.

**Результаты.** У исследуемых пациентов эрозивные, эрозивно-язвенные и язвенные поражения верхнего отдела желудочно-кишечного тракта встречались в 48,57% случаев. *H.pylori* по результатам биопсии был выявлен у 62,86%. Эрадикационная терапия была успешной у 85,7% больных.

**Выводы.** Эрозивные, эрозивно-язвенные, язвенные поражения эзофагастроудоденальной области выявлены почти у половины пациентов исследуемой группы. *H.pylori* обнаружен гистологическим методом у 62,86% пациентов. С увеличением стадии ХПН возрастает вероятность возникновения эрозивных, эрозивно-язвенных поражений верхнего отдела желудочно-кишечного тракта (Кульбак,  $t=8,18>3,84$ ;  $p<0,001$ ). Особенности лечения подобных пациентов являются комплексность проводимой терапии, использование эрадикационных схем с коррекцией дозы антибиотиков в зависимости от уровня клиренса креатинина, а также с учетом их возможной нефротоксичности.

**269. Диагностика и выбор коррекции при осложнениях после операции «низведения»**

Сапаев Д.А., Маматкулов Ш.М., Мирзахмедов М.М.  
Научный центр колопроктологии Республики Узбекистан,  
Ташкент, Узбекистан

**Цель исследования:** оптимизировать диагностику и улучшить результаты лечения после операции «низведения» толстой кишки.

**Материалы и методы.** Изучен опыт лечения 177 больных, которым с 1997 по 2010 гг. проведены операции брюшно-анальной резекции прямой кишки с низведением ободочной кишки в анальный канал. Заболевания, по поводу которых выполнены оперативные вмешательства: рак прямой кишки – 49 (27,7%), НЯК – 67 (37,8%), амебиаз – 22 (12,4%), болезнь Крона – 8 (4,5%), диффузный полипоз – 14 (7,9%), врожденные аномалии аноректальной зоны – 14 (7,9%), травмы прямой кишки – 3 (1,7%). Возможные различные осложнения: тромбоз питающего сосуда выявлен у 12 (6,7%), некроз и ретракция низведенной кишки в анальный канал – у 38 (21,4%) больных. Гнойно-воспалительные осложнения пресакральной области диагностированы у 12 (6,7%), технические погрешности операции выявлены у 2 (1,1%) больных.

**Результаты исследования.** Из 38 больных, у которых развились некроз и ретракция, повторной операции подвергнуты 12 пациентов. При отсутствии клиники распространения некроза в вышележащие отделы кишечника, на 5-6-е сутки после формирования демаркационной линии участок некроза отсекался электроножом. Данная методика имела успех у всех 20 больных. В каче-

стве дооперационной профилактики мы стали применять антибиотикотерапию с учетом чувствительности. Во время операции необходимы надежный гемостаз и дренирование пресакрального пространства. Перед низведением хирург должен быть уверен в жизнеспособности кишечного трансплантата, который должен иметь на глаз видимую перистальтику и пульсирующий сосуд. Данная тактика лечения больных, перенесших операции с низведением ободочной кишки в анальный канал, позволила резко снизить число послеоперационных осложнений.

**Выводы.** 1. Основными причинами развития некроза низведенной кишки является тромбоз питающего сосуда и гнойно-воспалительные процессы в пресакральном пространстве. 2. При наличии некроза с развитием перитонита показана релапаротомия с разобщением коло-анального анастомоза с выведением одностольной колостомы. При некрозе на уровне анального канала рекомендуется выжидательная тактика и консервативное лечение.

**270. Диагностические возможности методов исследований при полипозе толстой кишки**

Сапаев Д.А., Маматкулов Ш.М., Мирзахмедов М.М.  
Научный центр колопроктологии Республики Узбекистан,  
Ташкент, Узбекистан

**Цель исследования:** оценить диагностические возможности традиционных и современных исследований у больных с полипами и полипозами толстой кишки (ППТК).

**Материалы и методы.** Проведен анализ стационарного лечения 88 больных ППТК (возраст от 15 до 72 лет), проходивших лечение с 2006 по 2011 гг. Больным были проведены традиционные методы обследования: эндоскопические (ректоскопия, колонофиброскопия [ФКС]), ирригография и современные: мультиспиральная компьютерная томография (МСКТ) – виртуальная колоноскопия (ВКС).

**Результаты исследования.** ВКС позволила четко выявить локализацию и степень поражения конкретных участков толстой кишки, что способствовало выбору необходимого способа лечения. Наиболее часто встречались полипы размерами до 1 см – у 48,4% больных, а также 1-5 см – у 38,7% обследованных. Реже выявлялись полипы 6-8 см и более 8 см – соответственно у 8,1% и 4,8% больных. Из 39 обследованных больных с диффузными полипозами дистальное поражение кишечника имело место у 3 (7,7%), левостороннее – у 5 (12,8%), субтотальное – у 11 (28,2%) и тотальное – у 18 (46,2%) пациентов. У 2 (5,1%) больных (синдром Пейтца-Егерса) полипоз локализовался как в тонкой, так и в толстой кишке, что привело к инвагинации и кишечной непроходимости. Одновременно у 28 (71,8%) обследованных отмечено развитие лимфаденопатии, наличие выпотов в малом тазу у 3 (7,7%) больных. Преимуществами ВКС являются: безопасность, четкое выявление локализации поражения, возможность обследовать всю толстую кишку (ТК), верификация образования, что записывалось в виде фильма на DVD. Это позволяло выявить мелкие, плоские и широкие полипы, которые скрыты в складках и могут быть пропущены в ходе обычной колонофиброскопии.

**Выводы.** Чувствительность ирригографии при диагностике ППТК составила 61,1%, эндоскопических исследований – 67,9%, сочетания ирригографии и эндоскопических методов – 81,4%. При этом чувствительность ВКС достигает 92,1%. Особую ценность данному методу придает его неизвизивный характер.

**271. Трудности в диагностике и лечении язвенного колита и амебиаза толстой кишки**

Сапаев Д.А., Маматкулов Ш.М., Мирзахмедов М.М.  
Научный центр колопроктологии Республики Узбекистан,  
Ташкент, Узбекистан

**Цель исследования:** оптимизировать диагностику и методы лечения неспецифического язвенного колита (НЯК) и амебиаза толстой кишки (АТК).

**Материалы и методы.** Проведен анализ стационарного лечения 242 больных с НЯК (180; 74,7%) и АТК (62; 25,6%), проходивших лечение с 2002 по 2011 гг.

**Результаты исследования.** Применяли и оценивали возможности специальных методов исследования. Копрологическим исследованием из 34 обследованных у 8 (23,5%) выявлен *E.histolytica*, у 26 (76,4%) амебы в кале обнаружены не были. Проведенное у 30 больных серологическое исследование (реакция непрямой иммунофлуоресценции – РНИФ) на наличие *E.histolytica* дало положительный результат у 25 (83,9%), отрицательный – у 5 (16,1%). Морфологическое исследование у 26 больных позволило выявить амебы у 21 (83,3%), у 2 (7,2%) амебы не выявлены, а у 3 (9,5%) результаты исследования были сомнительными. Микробиологический метод у больных АТК выявил у 16 больных дисбактериоз III степени, у 9 – II, у 5 – I степени. Эндоскопические методы: ректоскопия, колонофиброскопия выявили характерные эндоскопические признаки НЯК: «пылающая» слизистая оболочка (отек, гиперемия, отсутствие сосудистого рисунка), выраженная контактная кровоточивость, множество мелких эрозий, язв на слизистой оболочке, покрытой фибрином и гноем, воспалительные полипы. Эндоскопические признаки АТК: наличие язв величиной от булавочной головки, округлой или удлиненной формы, язвы расположены на гребнях складок на фоне неизменной слизистой оболочки, язвы расположены на несколько утолщенной и кольцеобразно приподнятой слизистой оболочке, наличие псевдополипов на фоне глубоких множественных язв. Высокий индекс точности имеет биопсия, полученная во время эндоскопии, позволяющая в 80-85% случаев установить точный диагноз.

**Выводы.** Частота встречаемости НЯК и АТК составляет 57,2% и 25,6% случаев соответственно. Для дифференциальной диагностики необходимо проведение серологических, гистологических и эндоскопических исследований.

#### 272. Изменение функционального состояния печени при развитии фиброза печени у пострадавших вследствие аварии на ЧАЭС

Саркисова Э.А., Гасанова Е.В., Незговорова Г.А., Шийко Т.А.  
 НИЦРМ НАМН Украины, Киев, Украина,  
 e-mail: gelenamumy@bigmir.net

**Целью исследования** было изучение функционального состояния печени у пострадавших в результате аварии на ЧАЭС при разной степени развития фиброза печени.

**Материалы и методы.** В исследование вошли 111 человек, пострадавших в результате Чернобыльской катастрофы, с хроническими диффузными заболеваниями печени (ХДЗП), мужского пола, средний возраст (52,7±0,9) года. Функциональное состояние печени оценивалось по общепризнанным показателям биохимического анализа крови, степень фиброза печени определяли по результатам FibroTest (Bio Predictive, Франция) и теста APRI.

**Результаты.** Обследованные лица были разделены по степени выраженности фиброзных изменений печени: группа F0 – отсутствие фиброзных изменений, группа F1-3 – неклассифицируемый фиброз печени, группа F4 – выраженный фиброз. При F0 все биохимические показатели находились в пределах физиологической нормы. При F1-3 наблюдалось повышение показателей аспаратаминотрансферазы (АСТ), аланинаминотрансферазы (АЛТ), коэффициента Ритиса, гаммаглутаминтранспептидазы (ГГТП), достоверная разница с F0 обнаружена только по значениям аминотрансфераз. В группе F4 по сравнению с группой F0 и с группой F1-3 отмечалось достоверное повышение показателей билирубина, аминотрансфераз, коэффициента Ритиса, тимоловой пробы, ГГТП, значения которых находились выше верхней границы физиологической нормы. При F4 установлено достоверное снижение холестерина и альбумина по сравнению с F0. Обнаружена прямая корреляционная связь между стадией фиброза печени и уровнями АЛТ, АСТ, тимоловой пробы, ГГТП, коэффициента Ритиса, общего билирубина, щелочной фосфатазы ( $p<0,01-0,001$ ) и обратная корреляционная связь с показателями холестерина и альбумина ( $p<0,01$ ). Полученные данные совпадают с представлениями о косвенных серологических маркерах фиброза печени. Исключением оказался показатель общего белка, который должен снижаться по мере развития фиброзных из-

менений, однако в исследованной группе больных уровень общего белка не отличался при разных стадиях фиброза печени.  
**Заключение.** У пострадавших в результате аварии на ЧАЭС с ХДЗП развитие фиброза печени сопровождается прогрессирующим нарушением функционального состояния печени.

#### 273. Ревматологические аспекты суставного синдрома у больных с хроническим вирусным гепатитом С

Сарычева Ю.А., Чернышева Т.В.  
 Оренбургская ГМА, Россия

**Цель исследования:** изучить некоторые ревматологические особенности суставного синдрома у лиц с хроническим вирусным гепатитом С (ХВГС).

**Материалы и методы.** Проанализирована первичная документация 406 больных ХВГС в возрасте (36,9±9,6) года. Всем пациентам проведено анкетирование на выявление суставного синдрома. Среди ответивших на вопросы анкеты было 159 (39,2%) женщин и 247 (60,8%) мужчин.

**Результаты и обсуждение.** Наличие суставного синдрома наблюдалось у 65 (16%) больных с ХВГС. В дальнейшем клинически обследованы 40 пациентов. Средний возраст больных с суставным синдромом составил (37,0±10,1) года. Соотношение мужчин и женщин было 21:19. Длительность заболевания гепатитом составила (4,3±3,9) года, длительность суставного синдрома (5,4±3,9) года. При этом у 20 (50%) больных выявлена криоглобулинемия (КГЕ), преимущественно у лиц с длительным течением суставного синдрома ( $t=0,66$ ,  $p<0,05$ ), наличием вируса в фазе репликации ( $t=0,78$ ,  $p<0,05$ ), высоким уровнем трансаминаз – АлАТ ( $t=0,67$ ,  $p<0,05$ ), АсАТ ( $t=0,55$ ,  $p<0,05$ ), наибольшим количеством циркулирующих иммунных комплексов ( $t=0,53$ ,  $p<0,05$ ), признаками гепатомегалии по данным УЗИ печени ( $t=0,76$ ,  $p<0,05$ ), а также преимущественно со 2-3-й степенью фиброза по данным эластографии печени ( $t=0,42$ ,  $p<0,05$ ).

У обследуемых с наличием КГЕ суставной синдром протекал в основном в виде полиартрита с поражением суставов различных локализаций, в то время как у больных без КГЕ чаще выявлялись признаки олигоартрита с преимущественным поражением коленных суставов.

**Выводы.** Частота встречаемости суставного синдрома у больных с ХВГС составила 16%; при этом у 50% больных выявлена КГЕ, обуславливающая более тяжелое течение суставного синдрома.

#### 274. Восстановительное лечение больных с НПВС-гастропатиями с применением природных лечебных факторов

Сатышев О.В., Бабякин А.Ф., Кайсинова А.С.  
 Пятигорский государственный НИИ курортологии, Россия

**Цель исследования:** разработать методику восстановительного лечения больных НПВС-гастропатиями с применением природных физических факторов и медикаментов.

**Материал и методы.** Проведены наблюдения 60 больных НПВС-гастропатиями в возрасте от 18 до 60 лет. Всем больным в начале и конце курса курортной терапии было проведено общеклиническое обследование, эзофагогастродуоденоскопия, перекисный гомеостаз (малоновый диальдегид, каталаза), гормональный статус (инсулин, кортизол, гастрин), оценка качества жизни.

В сравнительном аспекте изучена эффективность двух лечебных комплексов (ЛК). 1 ЛК (30 человек, контроль) на фоне санаторно-курортного режима, лечебного питания, лечебной физкультуры и антисекреторной терапии (ультоп 20 мг 2 раза в день за 30 минут до еды) получали питьевую углекислую гидрокарбонатно-хлоридную натриевую минеральную воду источника Эссентуки № 4 средней минерализации (8,6 г/л) по 3 мл на кг массы тела, углекисло-сероводородные ванны  $t=36-37^{\circ}$ , на курс лечения 8 процедур. Во 2-й группе (30 человек, основная группа) больные получали пелоидотерапию – грязевые аппликации  $t=28-30^{\circ}$  на шейно-воротниковую зону и на пораженные суставы № 8 на курс лечения.

**Результаты.** Проведенный анализ показал преимущество ЛК с дополнительным назначением пелоидотерапии – общая эффек-

тивность курортного лечения была на 18,5-20,5% выше при дополнительном применении пелоидотерапии по сравнению с 1 ЛК ( $p_{1-2} < 0,05$ ).

**Заключение.** Предложен новый способ лечения больных НПВС-гастропатией, стимулирующий защитные свойства и регенерацию слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки, способствующий нормализации гормонального статуса, перекисного гомеостаза, уменьшению приема медикаментов с обезболивающим и противовоспалительным эффектом в течение 6-8 месяцев, улучшению качества жизни данной категории больных.

**275. «Вклад» дисбактериоза кишечника в развитие печеночной энцефалопатии при циррозе печени (ЦП)**  
Сафонова М.В., Козлова И.В., Овсянникова В.В.  
Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского, Россия

**Цель исследования:** определить «вклад» дисбактериоза кишечника в развитие печеночной энцефалопатии (ПЭ) при ЦП.

**Материал и методы.** В исследование включены 146 пациентов с ЦП: мужчин 83 (57%), женщин 65 (43%), средний возраст – (51,0±0,6) года. Всем пациентам проведено исследование микрофлоры кала с определением степени дисбактериоза согласно отраслевому стандарту «Протокол ведения больных. Дисбактериоз кишечника» (ОСТ 91500.11.0004-2003, утвержден Приказом МЗ РФ № 231 от 09.06.2003).

**Результаты исследования.** Признаки латентной ПЭ выявлены у 44 (30,1%) пациентов с ЦП, манифестной – у 70 (47,9%) больных. ПЭ отсутствовала у 32 (21,9%) обследованных. Изменения биоценоза толстой кишки выявлены у 142 (97%) пациентов. Признаки латентной ПЭ достоверно чаще ( $p < 0,05$ ) выявлялись у пациентов с 1 степенью дисбиотических изменений кишечника (у 36 (25%) пациентов), чем со 2-й степенью дисбиоза (у 8 (6%) пациентов). Ни у одного пациента с латентной ПЭ дисбиоз 3-й степени выявлен не был. Признаки 1 стадии ПЭ достоверно чаще ( $p < 0,05$ ) регистрировались при наличии у пациентов 2 степени дисбиоза (у 37 (25%) пациентов), чем при 1 и 3 степени дисбиоза (у 5 (3%) и 5 (4%) пациентов соответственно). Вторая стадия ПЭ выявлена у 18 (12%) пациентов со 2 степенью дисбиоза и не регистрировалась у больных с дисбиозом 1 степени. Третья стадия ПЭ чаще встречалась у пациентов с 3 степенью дисбиоза (у 16 (11%) обследованных) и несколько меньше при второй степени дисбиоза – в 4% случаев.

**Выводы.** В ходе исследования выявлена зависимость между степенью дисбиотических изменений толстой кишки и стадией ПЭ при ЦП: с усугублением дисбиоза кишечника отмечается прогрессирование ПЭ. Дисбиоз кишечника является одним из факторов риска прогрессии ПЭ при ЦП.

**276. Дисбактериоз кишечника при циррозе печени (ЦП)**  
Сафонова М.В., Козлова И.В., Овсянникова В.В.  
Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского, Россия

**Цель исследования:** провести бактериологическую оценку микробиоценоза толстой кишки у пациентов с ЦП.

**Материал и методы.** В исследование включены 146 пациентов с ЦП алкогольной, вирусной и смешанной (алкогольной + вирусной) этиологии: мужчин 83 (57%), женщин 65 (43%), средний возраст – (51,0±0,6) года. ЦП класса А по шкале Чайльда-Пью диагностирован у 48 (33%), В – у 50 (34%), С – у 48 (33%) обследованных. Всем пациентам проведено исследование микрофлоры кала с определением степени дисбактериоза согласно отраслевому стандарту «Протокол ведения больных. Дисбактериоз кишечника» (ОСТ 91500.11.0004-2003, утвержден Приказом МЗ РФ № 231 от 09.06.2003).

**Результаты исследования.** Исследование кала на дисбактериоз у пациентов с ЦП выявило изменения биоценоза толстой кишки у 142 (97%) пациентов: 1-я степень дисбактериоза отмечена у 43 (29%), 2-я степень – у 68 (47%), 3-я степень – у 31 (21%). Дисбиоз кишечника 1 степени у пациентов с ЦП класса А встречался чаще, чем у пациентов с ЦП класса В и ЦП класса С (у 29 (60%), 4 (8%) и 10 (20%) соответственно). Дисбиоз 2 степени диагностирован у 15 (31%) обследованных с ЦП класса А. В группах

больных ЦП классов В и С дисбиоз кишечника 2 степени встречался примерно с одинаковой частотой (у 29 (58%) и 24 (50%) пациентов, соответственно). Дисбиоз 3 степени чаще регистрировался при ЦП класса С (у 20 (42%) пациентов), чем при ЦП класса В (у 11 (22%) больных) и совсем не встречался при ЦП класса А. Нормальный состав микрофлоры кишечника в низкой степени встречался только при ЦП класса А (у 4 (8%) обследованных) и не регистрировался при ЦП классов В и С.

**Выводы.** Дисбиотические изменения кишечника при ЦП выявляются с высокой частотой и имеют тенденцию к прогрессированию по мере повышения класса ЦП. При ЦП преобладает дисбиоз кишечника 2 и 3 степени (у 68% пациентов).

**277. Состав микрофлоры толстой кишки при циррозе печени (ЦП)**

Сафонова М.В., Козлова И.В., Овсянникова В.В.  
Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского, Россия

**Цель исследования:** определить состав кишечной флоры при ЦП.

**Материал и методы.** В исследование включены 146 пациентов с ЦП: мужчин 83 (57%), женщин 65 (43%), средний возраст – (51,0±0,6) года. ЦП класса А по шкале Чайльда-Пью диагностирован у 48 (33%), В – у 50 (34%), С – у 48 (33%) обследованных. Контрольная группа представлена 35 практически здоровыми лицами, сопоставимыми по возрасту. Всем пациентам проведено исследование микрофлоры кала с определением степени дисбактериоза согласно отраслевому стандарту «Протокол ведения больных. Дисбактериоз кишечника» (ОСТ 91500.11.0004-2003, утвержден Приказом МЗ РФ № 231 от 09.06.2003).

**Результаты исследования.** Анализ кала на дисбактериоз у 35 практически здоровых лиц в 10% случаев выявил 1-ю степень дисбиотических нарушений. Изменения касались снижения содержания кишечной палочки и бифидобактерий. Дисбаланс в микрофлоре кишечника у лиц контрольной группы может быть обусловлен особенностями рациона, экологическими факторами, стрессами. Изменение биоценоза толстой кишки выявлено у 142 (97%) пациентов. При ЦП отмечается снижение концентрации бифидобактерий, лактобактерий, кишечной палочки, появление ее гемолитических штаммов, увеличение содержания энтерококков, эпидермального стафилококка. В составе микрофлоры определены представители условно патогенной флоры – клостридии, протей, золотистые стафилококки, грибы рода *Candida*. Лишь у 4 (3%) пациентов с ЦП класса А определена нормальная флора. По мере повышения класса ЦП наблюдается тенденция к нарастанию дисбиотических изменений с преобладанием дисбиоза 2 и 3 степени у 68% пациентов.

**Выводы.** При ЦП с высокой частотой выявляется изменение качественного состава микрофлоры кишечника, прогрессирующее по мере увеличения класса ЦП. Нормальный состав микрофлоры кишечника регистрируется только при ЦП класса А.

**278. Частота выявления пАНЦА при язвенном колите, ассоциированном с первичным склерозирующим холангитом**

Семенов Н.В., Райхельсон К.Л., Кондрашина Э.А., Харитонов А.Г., Троцюк С.П.  
СЗГМУ им. И.И. Мечникова, Санкт-Петербург, Россия

**Цель исследования:** определить частоту выявления антител к цитоплазме нейтрофилов с перинуклеарным типом свечения (пАНЦА) у пациентов с язвенным колитом (ЯК) и больных ЯК, ассоциированным с первичным склерозирующим холангитом (ПСХ).

**Материалы и методы.** Обследованы 96 больных ЯК. У 10 пациентов (10,4%) ЯК был ассоциирован с ПСХ. Всем исследуемым выполнялось определение титра пАНЦА методом непрямой иммунофлуоресценции, титр более 1:40 считался диагностически значимым.

**Результаты.** У 63 пациентов с ЯК (65,6%) выявлены пАНЦА. При этом у больных с изолированным заболеванием толстой кишки пАНЦА обнаружены в 57 из 96 (59,4%), а среди имевших ПСХ – в 5 из 10 (50%) случаев.

**Выводы.** ПАНЦА выявляются примерно в 2/3 случаев ЯК, что может быть использовано в его диагностике. Частота их обнаружения не различается при изолированном ЯК и в случае его ассоциации с ПСХ.

**279. Обоснование дифференцированного подхода в коррекции метаболического статуса больных хроническим гастритом и язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки нутритивно-метаболическими средствами в комплексных реабилитационно-профилактических программах**  
Сергеев В.Н., Шестопалов А.Е.

Российский научный центр медицинской реабилитации и курортологии Минздрава России, Москва, Россия

**Цель исследования:** обосновать преимущество дифференцированного подхода в коррекции метаболического статуса больных хроническим гастродуоденитом (ХГД) и язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки (ЯБ ДПК) в зависимости от стадии заболевания, используемых средств медикаментозного и немедикаментозного воздействия, сопутствующей патологии и этапа медицинского вмешательства (стационар – санаторий – поликлиника) в сравнении с традиционными методами лечения, а также обосновать и создать алгоритм дифференцированной коррекции метаболического статуса у данной категории больных.

Исходные нарушения питания, несбалансированность питания больных ХГД и ЯБ ДПК и неадекватная коррекция метаболических нарушений в значительной степени снижают эффективность лечебных мероприятий, увеличивают риск осложнений, отрицательно влияют на продолжительность пребывания больных в стационаре, снижают функциональные резервы организма и адаптационный потенциал у данной категории больных (Ткаченко Е.И. и соавт., 2006; Ивашкин В.Т. и соавт., 2005). Поэтому наряду с этиологическим и патогенетическим лечением основного и сопутствующих заболеваний большую роль для повышения эффективности реабилитации больных гастроэнтерологического профиля приобретает своевременная диагностика и коррекция нарушений питания больных. В исследование были включены 314 больных (мужчин 57%, женщин 43%, возраст от 18 до 63 лет), из которых у 214 был диагностирован хронический гастродуоденит с повышенной секреторной функцией (ХГД) и у 103 – язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки (ЯБ ДПК), все в стадии затухающего обострения.

Установлена достоверная профилактическая эффективность применения курсов дифференцированной нутритивно-метаболической коррекции метаболического статуса больных ХГД и ЯБ ДПК в зависимости от особенностей клинического течения заболевания и функционального состояния организма, что подтверждается купированием основных клинических синдромов: болевого – у 86,5% больных ХГД и у 78,6% больных ЯБ ДПК, диспепсического – у 87,4% больных ХГД и у 81,6% больных ЯБ ДПК, психовегетативного – у 89,3% больных ХГД и у 82,6% больных ЯБ ДПК, а также нормализацией в конце лечения исходно измененных показателей гормонов, гуморального иммунитета и обмена веществ, ферментного и минерального статусов, восстановлением динамического равновесия микрофлоры кишечника, нормализацией психологического статуса исследуемых больных ХГД и ЯБ ДПК.

Для практического здравоохранения предложен алгоритм исследования метаболического статуса больных ХГД и ЯБ ДПК и технология его дифференцированной коррекции нутритивно-метаболическими средствами, оказывающий выраженное корректирующее влияние на факторы риска и патогенетические механизмы формирования ХГД и ЯБ ДПК, что позволяет у данной категории больных уменьшить частоту рецидивов патологического процесса и продлить период ремиссии заболевания в 2 раза на фоне снижения в 1,5-2 раза дозы базовых медикаментов в курсах превентивной терапии.

**280. Роль КТ в уточняющей диагностике внеорганных распространения рака желудка**

Силантьева Н.К., Агабабян Т.А., Гришина О.Г., Усачева А.Ю.

Медицинский радиологический научный центр, Обнинск, Россия, e-mail: tatevik.05@mail.ru

**Цель исследования:** изучение возможностей компьютерной томографии (КТ) для диагностики внеорганных распространения рака желудка.

**Материалы и методы.** Проанализированы КТ-данные 105 больных раком желудка в возрасте от 24 до 79 лет. Результаты были верифицированы данными морфологического исследования препаратов удаленной опухоли (77 случаев), данными оперативных вмешательств (5), на основании сопоставлений с результатами других клинико-инструментальных методов обследования (23).

**Результаты.** Разработан КТ-алгоритм последовательности изучения органов в зависимости от зональной локализации рака желудка. Описаны три КТ-симптомокомплекса. КТ-симптомокомплекс «локализованного рака желудка»: относительно четкий наружный контур стенки желудка; ровный и непрерывный наружный «мышечно-серозный» слой; отсутствие изменений или наличие слабо выраженной тяжести в парагастральной клетчатке и/или в проекции связочного аппарата желудка. КТ-симптомокомплекс «инвазии рака желудка в серозную оболочку»: наличие тяжей и/или одного или более узлов в парагастральной клетчатке и/или в проекции связочного аппарата органа; нарушение слоистой структуры и целостности наружного мышечно-серозного слоя стенки желудка. КТ-симптомокомплекс «вовлечения в опухолевый процесс окружающих органов»: исчезновение изображения клетчатки между органами, неоднородность структуры соседних органов в зоне прилегания их к опухоли; «стойкость» выявленных симптомов при полипозиционном исследовании. По нашим данным, при опухолях, ограниченных стенкой желудка (категория pT1-3), точная диагностика категории T была получена у 37 из 39 больных (95%); при прорастании серозной оболочки желудка (pT4a) – у 23 из 30 (77%); при вовлечении окружающих органов (pT4 b) – у 8 из 8 (100%).

**Выводы.** КТ является высокоинформативным методом диагностики местного распространения рака желудка, позволяющим на дооперационном этапе определить объем хирургического вмешательства и обосновать целесообразность проведения неоадьювантной терапии.

**281. Диагностическая эффективность КТ при оценке местной распространенности колоректального рака**

Силантьева Н.К., Гришина О.Г., Агабабян Т.А., Усачева А.Ю.

Медицинский радиологический научный центр, Обнинск, Россия, e-mail: life0813@mail.ru

**Целью нашего исследования** явилось изучение возможностей компьютерной томографии (КТ) в оценке распространенности колоректального рака (КРР).

**Материалы и методы.** Были проанализированы данные 63 больных раком ободочной кишки и 28 – раком прямой кишки. КТ выполняли в комплексе предоперационного обследования. Все больные были радикально прооперированы.

**Результаты.** При анализе КТ-данных мы оценивали следующие КТ-критерии: толщина стенки и наружный контур кишки (четкость, ровность) в зоне опухолевого поражения, наличие в параколической клетчатке тяжести (слабой, средней и выраженной степени) и узловых образований, регионарные лимфатические узлы, и при локализации опухоли в прямой кишке – состояние периректальной фасции и глубину инвазии в мезоректальную клетчатку. При анализе регионарных лимфатических узлов мы отмечали их наличие/отсутствие в зонах лимфогенного оттока, их количество, размеры и особенности группировки. Диагностическая эффективность внекишечного распространения при раке прямой и ободочной кишки составила соответственно: чувствительность – 100% и 98,2%, специфичность – 55,6% и 50%,

точность – 85,7% и 93,7%, прогностичность положительного результата – 82,6% и 94,9%, прогностичность отрицательного результата – 100% и 75%. Информативность КТ в выявлении метастатического поражения лимфатических узлов при раке прямой и ободочной кишки составила соответственно: чувствительность – 100% и 85%, специфичность – 66,7% и 88,4%, точность – 78,6% и 87,3%, прогностичность положительного результата – 62,5% и 77,3%, прогностичность отрицательного результата – 100% и 92,7%.

**Выводы.** КТ является информативным методом оценки местной распространенности колоректального рака и в условиях специализированных отделений должна включаться в алгоритм дооперационного обследования больных.

### 282. Метаболическая активность бактериальной микрофлоры толстой кишки у крыс с токсическим гепатитом

Сильвестрова С.Ю., Белостоцкий Н.И.  
ЦНИИ гастроэнтерологии, Москва, Россия

**Цель исследования:** оценить метаболическую активность микрофлоры толстой кишки у крыс с экспериментальным токсическим гепатитом, а также влияние силимарина на бактериальный метаболизм у этих животных.

**Материалы и методы.** В содержимом слепой кишки (ССК) 15 крыс породы Вистар (самцы, средний вес (220,4±8,5) г) методом ГЖХ определяли короткоцепочечные жирные кислоты (КЖК): уксусную (C<sub>2</sub>), пропионовую (C<sub>3</sub>), масляную (C<sub>4</sub>), валериановую (C<sub>5</sub>) и капроновую (C<sub>6</sub>), а так же их изо-формы (i-C<sub>n</sub>) – основные низкомолекулярные метаболиты микрофлоры толстой кишки. Все крысы были разделены на три группы: контрольную группу (гр. К) составили 5 животных; 5 крысам вводили внутривентриально по 0,1 мл на 100 г массы тела 50% раствор ССЛ<sub>4</sub> 3 раза в неделю в течение месяца (гр. ССЛ<sub>4</sub>), 5 крысам наряду с ССЛ<sub>4</sub> вводили силимарин 6 раз в неделю в дозе 1 мг/кг массы тела (гр. ССЛ<sub>4</sub>+С). Проводили морфологическое исследование ткани печени всех животных.

**Результаты.** При ГЖХ-анализе ССК крыс гр. ССЛ<sub>4</sub> отмечали усиление продукции КЖК по сравнению с гр. К на (17,8±0,6)% (p<0,05). В структуре метаболитов наблюдалось повышение концентраций C<sub>3</sub> и C<sub>4</sub> на (20,5±2,3)% и (25,4±3,4)% соответственно (vs. гр. К p<0,05). Неожиданным явился факт двенадцатикратного увеличения содержания C<sub>6</sub> у крыс этой группы. В биоптатах печени крыс гр. ССЛ<sub>4</sub> выявляли очаги некроза, наличие жировой и белковой дистрофии и начальные проявления фиброза печени. Введение гепатопротектора силимарина совместно с ССЛ<sub>4</sub> привело к существенному нивелированию отмеченных выше изменений в характере бактериального метаболизма и нарушениях в морфологической картине печени у крыс гр. ССЛ<sub>4</sub>.

**Выводы.** Таким образом, развитие токсического гепатита у крыс сопровождается выраженными изменениями в составе метаболитов микрофлоры толстой кишки, что свидетельствует как об изменениях в микробиоценозе, так и о нарушении процессов абсорбции метаболитов в толстой кишке.

### 283. Анализ данных эзофагогастродуоденоскопии (ЭГДС) у больных с патологией печени (П), ассоциированной с вирусом «С»

Симонова Е.В., Мельниченко Л.Я., Ягмур В.Б., Ягмур С.С., Попок Д.В.  
ИГ НАМНУ, Днепрпетровск, Украина,  
e-mail: olenasim@gmail.com

**Цель исследования:** изучить макроскопическое состояние слизистой оболочки (СО) пищевода, желудка (Ж) и ДПК у больных с хроническим гепатитом (ХГ) и циррозом печени (ЦП) вирусного генеза.

**Материал и методы.** ЭГДС проведена у 17 пациентов с ХГ и у 20 – с ЦП, ассоциированных с вирусом «С». Степень варикозно-расширения вен пищевода (ВРВП) определяли по классификации OMED, тип портальной гастропатии (ПГ) – по классификации NIEK.

**Результаты.** Рефлюкс-эзофагит (РЭ) выявлен в 23,5% случаев при ХГ и в 30% – при ЦП, в том числе эрозивный (17,6% и 10%). ВРВП выявлено в 50% случаев у больных с ЦП. У всех пациентов выявлены эритематозные изменения СОЖ, которые при ЦП имели диффузный характер. Геморрагии и эрозии СОЖ в 2 раза чаще наблюдались при ЦП (40% и 50% соответственно). ПГ выявлена в 23,5% случаев при ХГ и в 70% случаев – при ЦП, чаще выявлен скарлатиноподобный тип ПГ. Контактная ранимость наблюдалась в 5,9% при ХГ и у трети больных при ЦП. При ЦП в 5% случаев выявлена язва ДПК и в 2 раза чаще отмечены эрозивно-геморрагические изменения СО ДПК; рубцовая деформация луковицы ДПК диагностирована у трети больных ХГ и ЦП.

**Выводы.** При хронических поражениях П вирусной этиологии выявлены изменения, которые обусловлены портальной гипертензией (ВРВП, ПГ), и сочетанные изменения (РЭ, эрозии, геморрагии СО, язвы, рубцовые изменения). Прогрессирование цирротических изменений сопровождалось существенным увеличением частоты ВРВП и ПГ, эритематозных, эрозивных, геморрагических изменений СО Ж и ДПК.

### 284. Толерантность к физической нагрузке у пациентов с сочетанной ишемической болезнью сердца и язвенной болезнью желудка

Симонова Ж.Г., Мартусевич А.К.<sup>1</sup>, Тарловская Е.И.  
Кировская ГМА, <sup>1</sup>Нижегородский НИИ травматологии и ортопедии, Россия

**Цель исследования:** оценить толерантность к физической нагрузке у пациентов с сочетанной ишемической болезнью сердца (ИБС) и язвенной болезнью желудка (ЯБЖ).

**Материал и методы исследования.** Под наблюдением находились 87 пациентов (мужчин 82, женщин 5; средний возраст (56,2±3,4) года). Все обследуемые – курильщики (средний стаж курения (21,6±5,4) года). Диагноз ишемической болезни сердца был верифицирован на основании клинического обследования, а также инструментальных методов. Диагноз ЯБЖ верифицирован при эзофагогастродуоденоскопии. Для диагностики хеликобактериоза применялись два метода: биопсийный и серологический. Толерантность к физической нагрузке оценивалась велоэргометрическими стандартным методом непрерывной ступенчатой нагрузки.

**Результаты.** Установлено, что уровень толерантности к физической нагрузке у данных пациентов снижается до (70,3±2,1) Вт (p<0,01 по сравнению с нормативами для практически здоровых людей). Клинически это сочетается с более высокой (относительно больных с изолированной ИБС) недельной частотой употребления антиангинальных препаратов (нитроглицерин) – (19,6±3,2) таблеток в неделю, а также с повышенной частотой приступов стенокардии – (21,9±2,7) в неделю. Более тяжелое клиническое течение заболевания и снижение функциональных возможностей кардиоваскулярной системы находило отражение в дневниках самонаблюдения обследуемых пациентов.

**Заключение.** Наши данные позволяют предположить, что при рассматриваемом сочетании патологии среднего отдела желудочно-кишечного тракта и сердечно-сосудистой системы регистрируется значительное снижение функциональных резервов последней.

### 285. Эффективность антисекреторной терапии у пациентов с сочетанными язвенной болезнью и ишемической болезнью сердца

Симонова Ж.Г., Мартусевич А.К.<sup>1</sup>, Тарловская Е.И.  
Кировская ГМА, <sup>1</sup>Нижегородский НИИ травматологии и ортопедии, Россия

**Цель исследования:** исследовать клиническую эффективность применения антисекреторной терапии при сочетании язвенной болезни (ЯБ) и ишемической болезни сердца (ИБС).

**Материал и методы исследования.** Под наблюдением находились 45 пациентов (средний возраст (56,2±3,4) года). Диагноз ишемической болезни сердца был верифицирован на основании клинического обследования, а также инструментальных методов. Диагноз

ЯБ верифицирован при эзофагогастродуоденоскопии. Пациенты основной группы (n=25) получали (в силу разных причин – отказ от антибиотиков, непереносимость антибиотиков, материальная несостоятельность) только антисекреторную терапию (омез по 20 мг 2 раза в день). Группу сравнения (n=20) составили больные ИБС без сопутствующей патологии со стороны желудочно-кишечного тракта. Все больные получали бисопролол в дозе 10 мг в сутки, нитросорбид и престариум (5 мг в сутки).

**Результаты исследования.** У больных с сочетанием ИБС и ЯБ, терапия которых включала антисекреторный препарат, снижение частоты приступов было значительным – с (20,5±2,8) до (14,2±1,5) в неделю, являясь статистически значимым (на (30,5±4,6)%; p<0,05). Аналогичная динамика была выявлена в отношении недельной потребности в нитроглицерине (с (19,3±2,7) до (15,2±0,5) таблеток, p<0,01, что составило (21,4±5,6)%. Проведение курса антисекреторного лечения также способствовало нарастанию толерантности к физической нагрузке (с (70,3±2,1) Вт до (89,1±3,4) Вт; p<0,01). При этом значение тестового параметра возросло на (26,5±2,6)% относительно уровня до начала лечения. У больных группы сравнения статистически значимого изменения оцениваемых параметров не выявлено.

**Выводы.** Эти результаты позволяют заключить, что даже применение только антисекреторного препарата при сочетании ИБС и ЯБ облегчает клиническое течение заболевания.

#### 286. Изменения показателей вазоактивных веществ (ВВ) крови у больных с циррозом печени (ЦП)

Сирчак Е.С.

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

**Цель исследования:** изучить показатели ВВ с сосудосуживающими (CoS) (простагландин (P<sub>g</sub>) F<sub>2a</sub> и эндотелин-1 (ЭТ-1)) и сосудорасширяющими (CoP) свойствами (простаглицлин – P<sub>g</sub>I<sub>2</sub>) у больных с ЦП.

**Материалы и методы.** Обследованы 387 больных с ЦП, которые лечились в ЗОКБ им. А. Новака. Уровни ВВ исследовали с помощью ИФА: для определения простаглицлинов использовали тест-системы фирмы «BCM Diagnostics», а для определения ЭТ-1 – реактивы фирмы «Biomedica».

**Результаты.** После проведения клинико-лабораторных обследований больных с ЦП распределили по классам тяжести по Child – Pugh. В класс А вошло 22,5% больных, в класс В – 35,6%, в класс С – 41,9%. У больных с ЦП выявили существенное увеличение уровней ВВ с CoS свойствами: ЭТ-1 до (1,14±0,07) фмоль/мл (при норме (0,34±0,05) фмоль/мл) и P<sub>g</sub>F<sub>2a</sub> до (2,39±0,18) нг/мл (при норме (0,81±0,07) нг/мл), а также увеличение показателей ВВ с CoP эффектом: уровень P<sub>g</sub>I<sub>2</sub> вырос до (2,05±0,14) нг/мл (при норме (0,47±0,07) нг/мл). Изменение соотношения между показателями ВВ с разнонаправленными механизмами действия на сосудистую стенку лежит в основе дисфункции эндотелия у больных с ЦП, что является одним из основных патогенетических моментов в прогрессировании проявлений портальной гипертензии и ее осложнений у данных больных.

**Выводы.** У больных с ЦП наблюдается увеличение уровней ЭТ-1 и P<sub>g</sub>F<sub>2a</sub> (ВВ с CoS действием). Компенсаторное увеличение показателей простаглицлина (ВВ с CoP эффектом) не является достаточным и не приводит к нормализации изменений в эндотелии сосудов у больных с ЦП.

#### 287. Оценка антипролиферативной активности методом МТТ

Смирнова А.В., Трубицына И.Е., Ткаченко Е.В., Варванина Г.Г., Дроздов В.Н., Барышников А.Ю., Соколова З.А., Бузова О.С.

ЦНИИ гастроэнтерологии, РОНЦ им. Н.Н. Блохина РАМН  
НИИ ЭДГО, Москва, Россия

Метод МТТ основан на расщеплении ферментом живых клеток реактива МТТ – 3-[4,5-диметилтиазол-2-ил]-2,5-дифенилтетразолия бромид – с образованием конечного продукта – кристаллов формазана. После растворения при длине волны λ=540-570 нм

проводят сравнение оптических плотностей контрольного и исследуемого образца. Известно, что диклофенак (Д) дозозависимо подавляет рост некоторых опухолевых линий, что можно использовать для профилактики рака толстой кишки.

**Цель работы:** оценить антипролиферативный эффект диклофенака на клетках аденокарцином толстой кишки человека.

**Материалы и методы.** Клеточные опухолевые линии человека между 20-32 пассажами HT-29, HCT-116, HCT-15, SW-620 (ATCC №№ НТВ-38, CCL-247, CCL-225 и CCL-227) были предоставлены НИИ ЭДГО РОНЦ им. Н.Н. Блохина РАМН, работы проводили по рекомендациям ATCC. За основу взяли метод МТТ, описанный Mossmann T. В суспензию 3000 клеток/лунке вносили по 10 мкл Д в концентрациях 10<sup>-2</sup>, 10<sup>-4</sup> и 10<sup>-6</sup> М. Оптическую плотность определяли при длине волны λ0 540 нм; затем оценивали процент выживших клеток. Для статистической обработки данных использовали программу Statistica 6.0, непараметрический критерий Вилкоксона; p<0,05.

**Результаты.** Микроскопически: выраженное цитотоксическое действие нативного препарата Д в первые сутки, что связано с особенностями растворителей. Для линии SW-620, HCT-116 и HT-29 показана тенденция к слабому антипролиферативному эффекту при концентрации 10<sup>-2</sup>, 10<sup>-4</sup> М, а для линий SW-620 и HCT-116 – при 10<sup>-6</sup> М. Тенденция к активации клеточного роста выявлена при концентрации Д 10<sup>-6</sup> М для линий HT-29, HCT-15.

**Выводы.** Под действием Д метаболическая активность клеток может как усиливаться (HT-29 и HCT-15), так и ослабляться (SW-620, HCT-116). Работа требует продолжения.

#### 288. Особенности метаболических нарушений при эрозивно-язвенных поражениях гастродуоденальной зоны

Смирнова Л.Е., Ковтунова Н.П., Виноградов В.Ф., Смирнов А.В., Вороненко О.В.

Тверская ГМА, Россия, e-mail: smirnovvw2011@mail.ru

**Цель исследования:** изучить частоту встречаемости и особенности проявления метаболических нарушений у больных с эрозивно-язвенными поражениями гастродуоденальной зоны (ЭЯПГДЗ).

**Материал и методы.** Обследованы 560 больных ЭЯПГДЗ (мужчин 293, женщин 267, возраст (55,0±1,4) года). Наличие метаболического синдрома (МС) и его компонентов оценивали по критериям NCEP-АТР III.

**Результаты.** Наиболее частыми компонентами МС при ЭЯПГДЗ были: повышенное артериальное давление – у 420 (75%), абдоминальное ожирение – у 161 (29%). Атерогенная дислипидемия в виде повышения уровня триглицеридов и снижения холестерина липидов высокой плотности соответственно выявлялась в 54 (10%) и в 69 (12%) случаях. Нарушенная гликемия натощак или ранее диагностированный сахарный диабет отмечались у 50 (9%) пациентов. Собственно МС был диагностирован у 67 (12%) обследованных. Он значительно чаще выявлялся при наличии у больных артериальной гипертензией (14%), чем при ее отсутствии (5%; χ<sup>2</sup>=8,60; p<0,01), а также с увеличением степени гипертензии от I (12%) к III (23%; χ<sup>2</sup>=4,81; p<0,05). Формирование МС приводило к большей частоте неблагоприятного течения ЭЯПГДЗ: частые рецидивы заболевания, большие размеры язвенного дефекта, множественные эрозии, торпидность к терапии, деструктивные осложнения в анамнезе.

**Выводы.** У большинства больных ЭЯПГДЗ выявляются отдельные компоненты МС. Развитие МС не только повышает кардиоваскулярный риск у больных ЭЯПГДЗ, но и способствует неблагоприятному течению гастроэнтерологической патологии.

### 289. Функционирование систем трансдукции сигнала в динамике развития патологии органов желудочно-кишечного тракта

Сокур О.В.

Киевский национальный университет им. Тараса Шевченко, УНЦ «Институт биологии», Украина, e-mail: dolesya@mail.ru

**Цель:** исследовать состояние систем сигнальной трансдукции в клетках слизистой оболочки желудка и кишечника в динамике развития стресс-индуцированной язвы желудка и колит-ассоциированного канцерогенеза.

**Материалы и методы.** Экспериментальную язву желудка у крыс вызывали методом иммобилизационного стресса. Развитие колит-ассоциированного канцерогенеза толстой кишки индуцировали путем замены питьевой воды на 1,5% раствор декстран сульфат натрия соли (ДСН) в течение 7 суток с дальнейшим еженедельным подкожным введением специфического проканцерогена 1,2-диметилгидразина (ДМГ) (20 мг/кг) 2,5 месяца. Структурно-функциональное состояние мембран париетальных клеток желудка и эпителиоцитов толстой кишки, активность NO-синтазы, циклонуклеотид- и  $Ca^{2+}$ -зависимых протеинкиназ, тирозиновой протеинкиназы и уровень  $Ca^{2+}$  исследовали общепринятыми методами.

**Результаты.** На начальных этапах формирования изучаемых патологий острое воспаление сопровождается нарушением барьерных свойств плазматических мембран (снижается уровень фосфолипидов), накоплением токсических продуктов липопероксидации и угнетением функционирования системы антиоксидантной защиты, увеличением активности NO-синтазы. Однако, на модели колит-ассоциированного канцерогенеза в цитозольной и мембранной фракциях колоноцитов выявлено снижение активности тирозиновых,  $Ca^{2+}$ - и циклонуклеотид-зависимых протеинкиназ, тогда как при стресс-индуцированных поражениях слизистой оболочки желудка в париетальных клетках изучаемые показатели превышали контрольный уровень.

**Выводы.** Показано, что воспаление является пусковым фактором, нарушающим процессы передачи сигнала, что способствует стимуляции гиперпролиферации и малигнизации клеток слизистой оболочки органов желудочно-кишечного тракта.

### 290. Комплексное лечение нарушений микробиоценоза толстой кишки с кожными проявлениями у детей

Солоница Л.П.

ООО «Гастро», Сургут, Россия

**Цель исследования:** оценить эффективность комплексной терапии нарушений микробиоценоза кишечника с кожными проявлениями у детей.

**Материалы и методы.** 35 детей от 1,5 месяцев до 7 лет (18 девочек и 17 мальчиков) с различной степенью выраженности дисбактериоза и проявлениями атопического дерматита на коже лица, туловища, верхних и нижних конечностей обследованы полностью. В комплексе обследования микробиологический анализ кала на микрофлору и чувствительность к антибиотикам и фагам показал снижение количества облигатной микрофлоры, наличие золотистого стафилококка до  $10^4$ - $10^5$ , лактозонегативных эшерихий до  $10^8$ , клостридий – до  $10^7$ , клебсиелл – до  $10^7$ . Лечение дисбактериоза осуществлялось в соответствии с приказом МЗ № 231 от 09.06.2003 «Дисбактериоз кишечника» и включало лечение фагами (интестибактериофаг стафилококковый, клебсиеллезный). При высоком содержании эшерихий проводилось лечение бактериофагом с добавлением «Элемента DIG актив» (фирмы «Глорион», Новосибирск). Одновременно с проводимым медикаментозным и местным лечением всем детям назначали препарат «Формула баланса плюс» («Глорион», Новосибирск) в возрастной дозировке в течение 1-3 месяцев. Наблюдение продолжалось до 6 месяцев.

**Результаты.** В результате комплексного лечения стойкое выздоровление было достигнуто у 86% детей, исчезновение кожных проявлений и уменьшение нарушений микробиоценоза к концу 3-го месяца – у 21%. Длительное применение «Формулы баланса плюс» способствовало стойкой и длительной ремиссии.

### 291. Изменения гуморального иммунитета в организме животных при хроническом эндотоксикозе

Сорока Ю.В., Сорока И.А., Демкив И.Я., Лисничук Н.Е.  
Тернопольский ГМУ им. И.Я. Горбачевского, Украина,  
e-mail: iria\_ternopil@mail.ru

**Цель исследования:** выяснить особенности протекания процессов гуморального иммунитета в организме подопытных животных в условиях смоделированного хронического эндотоксикоза.

**Материал и методы исследования.** Испытовано 40 белых крыс. Хронический эндотоксикоз моделировали введением малых доз  $CCl_4$  и LPS *E.coli* 0111:B4 (Sigma) (Новачадов В.В., 2005). Концентрацию циркулирующих иммунных комплексов (ЦИК) в сыворотке крови определяли по методу Ю.А. Гриневича (1981). Концентрации иммуноглобулинов А, М, G в сыворотке крови определяли турбидиметрическим методом с использованием наборов реактивов Human (Германия).

**Результаты и их обсуждение.** Отмечено достоверное увеличение концентраций всех классов иммуноглобулинов (Ig A – на 69,1%, Ig M – на 45,7%, Ig G – на 107,8% соответственно), что указывает на резкое возрастание их экспрессии под влиянием LPS. В сыворотке крови животных с хроническим эндотоксикозом наблюдаются достоверное увеличение концентрации ЦИК (в 2,2 раза) по сравнению с аналогичным показателем у интактных крыс.

**Заключение.** Описанная динамика иммунологических показателей при хроническом эндотоксикозе свидетельствует о выраженной реакции гуморального звена иммунной системы на введение LPS за счет активизации первичного (Ig A и Ig M) и вторичного (Ig G, система комплемента и образование комплексов антиген-антитело) иммунных барьеров.

### 292. Структурно-функциональные нарушения как основа медико-социальной экспертизы при язвенной болезни желудка

Сошина А.А., Сергеева В.В.

СПБИУВЭК (каф. терапии, МСЭ и реабилитации),  
Санкт-Петербург, Россия, e-mail: Sawenya@mail.ru

**Целью данной работы** является анализ социальных и медицинских аспектов проблемы инвалидности при язвенной болезни желудка.

**Материал и методы.** В основу работы положено изучение современных клинко-диагностических параметров, необходимых для оценки структурных (наличие и стадия язвенного дефекта) и функциональных нарушений (характеристика анамнестических и производственных данных, течения заболевания, возможных осложнений, степени выраженности белково-энергетической недостаточности) за период 2009-2010 гг. Группу составил 31 больной язвенной болезнью желудка (64,5% мужчин, 35,5% женщин). Больные были освидетельствованы в БМСЭ СПб в возрасте от 29 до 75 лет (средний возраст (56,4±5,7) года). Анализ показал, что у 90% обследуемых присутствует желудочная и кишечная диспепсия, более 50% имели белково-энергетическую недостаточность. У более половины больных отмечалось тяжелое течение заболевания. У 60% мужчин и 54,5% женщин выявлены осложнения, среди которых преобладали кровотечения и стеноз выходного отдела желудка. Приверженность к рекомендуемым схемам терапии имели менее половины больных. Все сказанное способствовало формированию стойких нарушений функции пищеварительной системы, имеющих не только медицинское значение, но и неблагоприятные социально-экономические последствия. Ограничения жизнедеятельности были выявлены у 13 обследуемых, противопоказанные условия трудовой деятельности установлены в 11 случаях. Инвалидами признаны 8 (40%) мужчин – 3-я группа, 1 (5%) – 2-я группа инвалидности; 3 (27,3%) женщин – инвалиды 3-й группы и 1 (9,1%) – 2-й группы.

Таким образом, результаты предварительного исследования свидетельствуют о том, что больные язвенной болезнью желудка не всегда признаются инвалидами. Основанием к установлению группы инвалидности в настоящее время являются: наличие противопоказанных условий, видов труда и степень ограничения активности, участия и жизнедеятельности больного и инвалида в социуме.

### 293. Состояние слизистой оболочки верхних отделов пищеварительного тракта у детей с синдромом раздраженного кишечника

Сурикова О.А., Субботина О.А., Ратникова М.А., Горюнова Т.В., Половинко Е.Ю.  
ММА им. И.М. Сеченова, УДКБ, Москва, Россия

**Цель исследования:** оценить состояние верхнего отдела пищеварительного тракта (ВОПТ) у детей с синдромом раздраженного кишечника.

**Материал и метод.** Из 475 детей (от 3 до 17 лет) с подозрением на заболевание толстой кишки, синдром раздраженной толстой кишки (СРК) выявлен у 167 (35,1%). При левосторонней колоноскопии гипертонус толстой кишки отмечен в 135 случаях (80,8%), у 26 (15,5%) он сочетался с гипертонусом анального сфинктера; гипотонус кишки – у 26 (15,5%) больных; у 9 детей патологии не выявлено. По клиническим проявлениям больные разделены на 2 группы: 1) СРК с запорами – 138 (82,6%), 2) СРК с диареей – 29 (17,4%). Всем 167 детям проводилась ЭГДС. Гистологическое исследование биоптатов проведено у 111 (66,%) больных.

У детей 1-й группы выявлен поверхностный гастроэнтероколит (ГЭ) в 32 (19,2%) случаях, у 48 (28,7%) детей он сочетался с ГЭР, у 54 (32,3%) выявлен хронический ГЭ с выраженным рефлюкс-эзофагитом и ДГР, у 4 (2,4%) – язва луковицы дуоденума.

У 18 детей (10,8%) 2-й группы были острые поверхностные воспалительные изменения СО желудка и дуоденума, геморрагические и эрозивно-язвенные поражения у 9 (5,4%). ГЭР без воспалительных изменений СО выявлен у 2 (1,2%). Большинство из этих детей (14) отмечали погрешности в диете. Нам не удалось связать интенсивность воспалительных изменений СО ВОПТ с *H.pylori*.

**Заключение.** У детей с СРК-3 чаще встречаются хронические воспалительные изменения СО в сочетании с дискинетическими изменениями в виде рефлюксов, в то время как у детей с СРК-Д – острые, различной степени выраженности поражения СО ВОПТ.

### 294. Опыт применения ультразвуковой эластографии печени в амбулаторной педиатрической практике

Сурков А.Н., Намазова-Баранова Л.С., Гундобина О.С., Татьяна О.Ф.  
Научный центр здоровья детей РАМН, Москва, Россия

**Цель:** определение выраженности фиброза печени (ФП) по данным ультразвуковой эластографии печени (УЭП) у детей с хроническими диффузными болезнями печени (ХДБП) различной этиологии на амбулаторном этапе.

**Материалы и методы.** За период 2009-2011 гг. проведено амбулаторное обследование 124 детей с ХДБП в возрасте 2-17 лет (средний возраст (12,6±4,4) года). С хроническим гепатитом С (ХГС) было 33 ребенка, с хроническим гепатитом В (ХГВ) – 23, с хроническим гепатитом В+D (ХГВ+D) – 2, с болезнью Вильсона (БВ) – 11, с болезнью Гоше (БГ) – 11, с гликогеновой болезнью (ГБ) – 8, с первичным склерозирующим холангитом (ПСХ) – 5, с криптогенным гепатитом (КГ) – 9, с врожденным фиброзом печени (ВФП) – 4, с неалкогольной жировой болезнью печени (НАЖБП) – 18 детей. Всем детям выполнена УЭП на аппарате «Fibroscan» (EchoSens, Франция).

**Результаты.** При ХГС ФП отсутствовал (стадия F0) у 20 (60,6%) детей, минимальный ФП (F1) имели 4 (12,1%), умеренный (F2) – 5 (15,2%), выраженный (F3) – 3 (9,1%), цирроз (F4) – 1 (3%) ребенок. При ХГВ стадию F0 имели 6 (26,1%), F1 – 5 (21,7%), F2 – 6 (26,2%), F3 – 3 (13,0%), F4 – 3 (13,0%) детей. При ХГВ+D оба ребенка (100%) имели F4. При БВ F0 имели 4 (36,4%), F1 – 3 (27,2%), F4 – 4 (36,4%); при БГ F0 – 9 (81,8%), F2 – 2 (18,2%); при ГБ F0 – 5 (62,5%), F1 – 2 (25%), F3 – 1 (12,5%); при ПСХ F0 – 1 (20%), F1 – 1 (20%), F4 – 3 (60%); при КГ F0 – 2 (22,2%), F1 – 4 (44,3%), F2 – 2 (22,2%), F4 – 1 (11,2%). При НАЖБП показатели соответствовали таковым при F0 – у 8 (44,4%), F1 – у 4 (22,2%), F2 – у 3 (16,7%), F3 – у 2 (11,1%), F4 – у 1 (5,6%), а при ВФП F2 – у 1 (25,0%), при F4 – у 3 (75%) детей.

**Выводы.** У 56,5% детей с ХДБП по данным УЭП отмечается ФП различной степени выраженности, из них у 25,7% показатели соответствуют циррозу.

### 295. Биохимические показатели крови при целиакии и хроническом гастроэнтероколите у детей

Сурменёв Д.В., Баженов С.М., Дубенская Л.И., Ермачкова Е.Н.  
Смоленская ГМА, Россия

**Цель исследования:** сравнить ряд стандартных биохимических показателей сыворотки крови у детей при целиакии (Ц) и хроническом гастроэнтероколите (ХГД).

**Материал и методы.** Проведено обследование двух групп пациентов. Первую группу составили 38 человек (26 мальчиков и 12 девочек) в возрасте от 10 до 17 лет (средний возраст (14,1±1,9) года) с диагнозом Ц. Вторую группу составил 21 человек (11 мальчиков и 10 девочек) в возрасте от 10 до 17 лет (средний возраст (13,7±2,1) года) с диагнозом ХГД. Биохимические исследования стандартными общепринятыми методиками включали определение у пациентов обеих групп 5 показателей элементного состава сыворотки крови: кальция, фосфора, калия, натрия и железа.

**Результаты.** У пациентов с Ц уровень кальция в сыворотке крови составил в среднем (2,21±0,21) ммоль/л (норма – 2,10-2,55); фосфора – (1,40±0,36) ммоль/л (норма – (0,87-1,45) года); калия – (4,33±0,48) ммоль/л (норма – 3,4-4,7); натрия – (136,6±5,7) ммоль/л (норма – 136-145); сывороточного железа – (18,1±7,9) мкмоль/л (норма – 8,95-21,48). У пациентов с ХГД уровень кальция в сыворотке крови составил в среднем (2,27±0,18) ммоль/л; фосфора – (1,11±0,12) ммоль/л; калия – (4,36±0,67) ммоль/л; натрия – (139,6±4,7) ммоль/л; сывороточного железа – (19,1±5,3) мкмоль/л. Статистически значимых различий между биохимическими показателями у пациентов первой и второй групп выявлено не было.

**Заключение.** Исходя из полученных результатов, можно утверждать, что мальабсорбции данных элементов при Ц и ХГД у исследованных больных не обнаружено. Необходимо дальнейшее расширение спектра чувствительных биохимических показателей для изучения и диагностики различных проявлений мальабсорбции при Ц и ХГД.

### 296. Тепловидение в диагностике гастропатий

Сущенко М.А., Штурмин М.В.  
Тамбовский государственный университет  
им. Г.Р. Державина, Медицинский институт, Россия,  
e-mail: marinasus@yandex.ru

**Цель исследования:** оптимизация ранней диагностики гастропатий при диффузных заболеваниях поджелудочной железы на основании результатов тепловидения.

**Материалы и методы.** Обследованы 25 пациентов в возрасте от 40 до 60 лет с верифицированной гастропатией. Пациенты были разделены на 2 группы: в 1-ю группу вошли 13 пациентов с гастропатологией и панкреатитом, 2-ю группу составили 12 пациентов с гастропатиями без патологии поджелудочной железы. Проведены эзофагогастроэнтерокопия, исследование на инфракрасной камере NEC ThermoTracer TH7716. Группа сравнения – 10 пациентов в возрасте от 18 до 20 лет, практически не имеющих заболеваний органов ЖКТ.

**Результаты.** Выявленную изолированную гастралгию испытывали 56% больных 2-й группы, тогда как диспепсический синдром во 2 группе был выражен у 63% больных. При эндоскопическом исследовании в 1-й группе поверхностный гастрит был выявлен у 53,8% пациентов, эрозивно-язвенные дефекты – у 30,8%, очаговый атрофический гастрит – у 15,4%. Во 2-й группе поверхностный гастрит диагностирован у 58,3% больных, эрозивно-язвенные дефекты – у 25%, очаговый атрофический гастрит – у 16,7%. По данным термометрии у пациентов с патологией поджелудочной железы в проекции желудка отмечается максимально высокая температура 38,3°C у 87%, тогда как у пациентов второй группы в зоне расположения антрального отдела желудка температура не превышала 35,6°C у 68%.

**Выводы.** При гастропатиях на фоне патологии поджелудочной железы характерна клиническая картина разлитого болевого синдрома. По данным термометрии степень выраженности воспалительного процесса в желудке у пациентов с патологией поджелудочной железы превосходит степень выраженности у больных с изолированной гастропатией.

### 297. Использование анестезиологического пособия при эндоскопических исследованиях органов пищеварения в амбулаторных условиях

Сысоев К.В., Марданов Д.Н., Моргунов С.С., Сысоев С.В., Капустин Б.Б.

ООО «Медицинский центр "Аксион"», Ижевск, Ижевская ГМА, Россия, e-mail: medax@bk.ru

**Цель исследования:** оценить целесообразность проведения эндоскопических исследований с применением анестезиологического пособия в амбулаторных условиях.

**Материалы и методы.** За период с 2010 по 2011 гг. в Медицинском центре «Аксион» проведено 145 эндоскопических исследований с применением неингаляционной общей анестезии, из них фиброгастроудоденоскопия (ФГДС) – 87, фиброколоноскопия (ФКС) – 58. В качестве анестезии применялся S. Diprivan внутривенно от 20 до 40 мл. Анестезиологическое пособие проводилось под контролем бригады анестезиологов, с оценкой риска по МНОАР.

**Результаты.** Показания для проведения ФГДС сформировались следующим образом: в 27 случаях – неоднократные попытки проведения процедуры, связанные с анатомическими аномалиями и органической патологией; в 15 – эндоскопические полипэктомии; в 2 – удаление инородных тел желудка; в 43 случаях – страх выполнения процедуры. Средняя продолжительность ФГДС составила 15 мин. В 27 случаях при проведении ФКС анестезиологическое пособие применялось в связи с паническим страхом выполнения повторной или первичной процедуры; в 15 – при неудачных попытках выполнения тотальной колоноскопии и в 16 случаях – при выполнении полипэктомии в различных отделах толстой кишки. Средняя продолжительность процедуры составила 25 мин. После проведения неингаляционной общей анестезии в течение 30 мин пациенты находились под наблюдением медицинского персонала. В 100% случаев исследования проведены в полном объеме, осложнений не наблюдали. У всех пациентов после проведения процедуры отмечалось позитивное настроение, отсутствие страха эндоскопических исследований.

**Выводы.** Таким образом, проведение эндоскопических исследований желудочно-кишечного тракта с применением анестезиологического пособия S. Diprivan является безопасным методом, наиболее информативным и исключающим негативное отношение к данным процедурам.

### 298. Хирургическая тактика в лечении осложненного рака ободочной кишки

Сысоев С.В., Капустин Б.Б., Сысоев К.В., Марданов Д.Н. Ижевская ГМА, ООО «Медицинский центр «Аксион», Ижевск, Россия

**Цель работы:** улучшение результатов хирургического лечения осложненного рака толстой кишки.

**Материалы и методы.** Проанализированы результаты лечения 263 больных с осложненным раком толстой кишки в клинике госпитальной хирургии за 1992-2009 гг.

**Результаты.** С 1992 по 1997 гг. прооперированы 58 пациентов с послеоперационной летальностью 37,9%; при выполнении паллиативных операций (колостомия, паллиативная резекция) послеоперационная летальность составляла 71,4%.

Неудовлетворенность результатами лечения в группе паллиативно оперированных больных явилась поводом для изменения некоторых тактических вопросов в лечении осложненного рака толстой кишки.

С 1998 по 2009 гг. оперированы 205 пациентов с осложненным раком толстой кишки. Общая послеоперационная летальность составила 25,4% (52 умерших). С ОТКН оперирован 161 пациент, что

составило 86,6% от всех больных, летальность 22,9%. С раковой перфорацией оперированы 12,9%, летальность – 58,3%. Радикально и условно радикально оперированы 57,1% от общего состава, с послеоперационной летальностью 17,1%. Паллиативные операции выполнены у 42,9% с послеоперационной летальностью 36,4%. Несмотря на удовлетворительные результаты лечения, более подробный анализ свидетельствует, что при выполнении колостомии послеоперационная летальность 28,1%, а при расширении объема операции в сторону условного радикализма (паллиативная резекция) летальность составила 63,6%, после формирования обходных анастомозов летальных исходов не было.

**Выводы.** При IV стадии процесса следует принять во внимание рекомендации онкологов, что паллиативная резекция позволяет продлить жизнь на более длительный период, чем колостомия. Однако высокий уровень летальности 63,6% по результатам работы клиники при паллиативных резекциях свидетельствует о том, что выполнять ее следует в несколько этапов, за исключением тех ситуаций, когда речь идет о перфорации опухоли.

### 299. Билиарные поражения при болезни Крона в клинических примерах (от сладжа до желчнокаменной болезни и холестероза желчного пузыря)

Сытьков В.В., Мешалкина Н.Ю.

Первый МГМУ им. И.М. Сеченова, Москва, Россия

Изучение феномена билиарного сладжа (БС) привлекает к себе внимание из-за клинической значимости и распространенности этой патологии. Поражение печени и желчных путей может осложнять течение болезни Крона (БК). Считается, что ЖКБ у пациентов с БК встречается в 2 раза чаще, чем в общей популяции. Клиническая значимость БС объясняется тем, что он является возможным источником камнеобразования в желчном пузыре.

**Цель исследования:** показать на клинических примерах результат развития билиарных поражений у пациентов с болезнью Крона и возможность применения препаратов урсодооксиголевой кислоты (УДХК) в лечении этой патологии.

**Материалы и методы.** Проведен ретроспективный анализ результатов (1998-2011 гг.) наблюдения за 240 пациентами с БК, проводившегося в секторе консервативной колопроктологии НИЦ ПМГМУ им. И.М. Сеченова. Из 240 наблюдаемых больных изменения желчевыводящих путей были выявлены у 98 (40,8%). В спектре обнаруженных изменений, кроме первичного склерозирующего холангита (36,7%), обращали на себя внимание билиарный сладж, холестероз желчного пузыря и ЖКБ. На долю этой патологии пришлось 45,9% выявленных изменений. В работе использованы лабораторный, рентгенологический, эндоскопический, ультразвуковой методы.

**Результаты.** На клинических примерах подтверждено, что наличие длительного воспалительного процесса в кишечнике, резекция значительной части кишки отрицательно влияют на энтерогепатическую циркуляцию желчных кислот, что приводит к увеличению литогенности желчи и развитию сладжа, холестероза желчного пузыря или ЖКБ. Своевременная и адекватная терапия препаратами УДХК при раннем выявлении изменений в желчном пузыре у пациентов с БК ведет к устранению сладжа и образованию конкрементов.

## T

### 300. Концентрация селена, цинка и марганца в сыворотке крови больных хроническим гастритом, ассоциированным с *H. pylori*, до и после эрадикационной терапии

Тарасова Л.В., Степашина Т.Е.

Республиканская клиническая больница, Чебоксары, Россия, e-mail: tlarisagast18@mail.ru

**Цель исследования:** сравнить концентрацию селена, цинка и марганца (Se, Zn, Mn) в сыворотке крови у больных хроническим гастритом (ХГ) до эрадикационной терапии и после нее.

**Материал и методы.** у 102 больных ХГ, ассоциированным с *H. pylori*, проведено количественное определение в сыворотке крови микроэлементов (Se, Zn, Mn) методом масс-спектрометрии с индуктивно связанной плазмой (МС – ИСП) до и после проведения эрадикационной терапии.

Концентрация Se в сыворотке крови больных ХГ, ассоциированным с *H. pylori*, до лечения превышала популяционное значение:  $0,130 \pm 0,003$  против  $0,110 \pm 0,003$ ,  $p < 0,05$ , после проведения эрадикационной терапии она достоверно уменьшалась до  $0,12 \pm 0,03$ ,  $p < 0,05$ , но оставалась выше показателя группы контроля. Содержание Zn у больных в фазе активного хеликобактерного воспаления превышало уровень в контрольной группе:  $(1,120 \pm 0,014)$  мкг/г против  $(0,78 \pm 0,03)$  мкг/г,  $p < 0,001$ . После эрадикации *H. pylori* оно снижалось до  $(0,92 \pm 0,29)$  мкг/г, оставаясь при этом в диапазоне оптимальных значений обеспеченности. Концентрация Mn у больных с ХГ в активной фазе оказалась выше, чем в контрольной группе:  $0,00400 \pm 0,00005$  против  $0,0035 \pm 0,0002$ ,  $p < 0,05$ , после лечения она снижается до  $0,003 \pm 0,001$ .

**Выводы.** Таким образом, в фазе активного воспалительного процесса при ХГ, ассоциированном с *H. pylori*, происходит повышение уровня Se, Zn и Mn в сыворотке крови, что косвенно отражает повышенную потребность организма в кофакторах антиоксидантной системы.

### 301. Связь эндоскопических характеристик язвенной болезни двенадцатиперстной кишки с содержанием селена и цинка в сыворотке крови

Тарасова Л.В., Степашина Т.Е.

Республиканская клиническая больница, Чебоксары, Россия, e-mail: tlarisagast18@mail.ru

**Цель исследования:** оценить связь эндоскопических характеристик язвенной болезни двенадцатиперстной кишки (ЯБДК) с содержанием селена (Se) и цинка (Zn) в сыворотке крови.

**Материал и методы.** У 90 больных ЯБДК проведено количественное определение в сыворотке крови микроэлементов Se и Zn методом масс-спектрометрии с индуктивно связанной плазмой (МС – ИСП).

Выявлена прямая умеренная корреляционная зависимость между концентрацией в сыворотке крови Se и количеством язвенных дефектов в луковице ДПК ( $r=0,33$ ), диаметром язвенного дефекта ( $r=0,30$ ), а также его глубиной ( $r=0,45$ ). При включении в анализ только больных с высоким уровнем Se (более  $0,28$  мкг/г) наблюдалась высокая прямая корреляция содержания этого микроэлемента с количеством язвенных дефектов в луковице ДПК ( $r=0,77$ ), глубиной дефекта ( $r=0,77$ ) и наличием осложнений ( $r=0,69$ ), что указывает на связь концентрации Se с активностью и остротой течения ЯБДК. Обратная высокая корреляционная связь обнаружена между максимальным содержанием Se в сыворотке крови и наличием рубцовой деформации луковицы ДПК ( $r=-0,77$ ).

Концентрация Zn в сыворотке крови находилась в умеренной прямой корреляционной связи с количеством язвенных дефектов ( $r=0,31$ ), их диаметром ( $r=0,43$ ) и глубиной ( $r=0,37$ ). При анализе только максимальных значений Zn (более  $1,5$  мкг/г) выраженность связи с количеством ( $r=0,65$ ) и глубиной дефектов ( $r=0,55$ ) возрастала. Кроме того, была выявлена сильная прямая корреляционная связь между концентрацией Zn и степенью инфицированности *H. pylori* ( $r=0,64$ ) и обратная – эндоскопическим признаком ремиссии ЯБДК (наличием рубца в ДПК) ( $r=-0,77$ ).

### 302. Особенности окостенения головки тазобедренной кости у детей первых месяцев жизни

Терентьева Н.Г., Терентьева Е.В., Черчинцев В.Д., Тюрина Т.Ю.

МГТУ им. Г.И. Носова (каф. ПЭ и БЖД), Магнитогорск, Россия

**Цель исследования:** изучить на основе ультразвукового скрининга время появления ядра окостенения головки тазобедренной кости в норме, а также факторы, влияющие на этот процесс у детей, в том числе нарушения со стороны желудочно-кишечного тракта.

**Материалы и методы исследования.** Представлены наблюдения, проведенные при скрининговом обследовании новорожденных детей города Магнитогорска. Во время ультразвукового сканирования тазобедренного сустава были взяты для исследования 170 детей, не имевших каких либо отклонений со стороны этого сустава. Все дети были на грудном вскармливании, матери этих детей в течение первого месяца не принимали дополнительно поливитаминных препаратов. Группа была поделена на две подгруппы. Первая (118 детей, 71 (60%) мальчик, 47 (40%) девочек) – это дети, не имевшие изменений, нарушений со стороны желудочно-кишечного тракта. Во вторую подгруппу исследования были внесены дети с нарушениями со стороны желудочно-кишечного тракта. Таких детей было 52, из них мальчиков было 29 (55,8%), девочек 23 (44,2%). Нарушения со стороны желудочно-кишечного тракта у детей этой подгруппы проявлялись учащенным разжиженным стулом (48 детей – 92%), с примесью зелени (23 ребенка – 44%), повышенным газообразованием практически у всех детей в той или иной степени, частым срыгиванием – после каждого кормления (16 детей – 30,7%).

**Результаты исследования.** При ультразвуковом исследовании тазобедренного сустава в 1 месяц в первой подгруппе у 12 детей (10%; 7 (58,3%) девочек, 5 (41,7%) мальчиков) было выявлено ядро окостенения, средний диаметр которого составил 1,1 мм. Во второй подгруппе только у 1 ребенка – девочки (1,8%) было выявлено ядро окостенения, размер которого составил 0,7 мм. На основе полученных данных мы можем предположить, что нарушения со стороны желудочно-кишечного тракта являются одним из факторов, замедляющих процесс окостенения головки тазобедренной кости, так как они затрудняют всасывание необходимых для этого компонентов.

### 303. Патология гастродуоденальной зоны у детей с дисфункцией билиарного тракта

Терехова Н.А.

Научно-клинический центр охраны здоровья шахтеров, Ленинск-Кузнецкий, Россия, e-mail: logunanat@mail.ru

**Цель исследования:** изучить характер и частоту патологии гастродуоденальной зоны у детей с дисфункцией билиарного тракта.

**Материал и методы.** Были обследованы 40 детей, 26 девочек (65%) и 14 мальчиков (35%) в возрасте 6-14 лет, с заболеваниями верхних отделов пищеварительного тракта (ВОПТ) с дисфункцией билиарного тракта (ДБТ) – основная группа. Группу сравнения составили 20 детей того же возраста с заболеваниями ВОПТ без ДБТ, из них 10 мальчиков и 10 девочек. Пациентам проводилась эзофагогастродуоденоскопия с помощью фиброскопа GIF-XPE «Olympus» с последующей морфологической оценкой биоптатов слизистой оболочки желудка.

**Результаты.** По данным эндоскопии в обеих группах у большинства пациентов был выявлен поверхностный гастрит: в основной группе у 75% (n=40) детей, в группе сравнения у 70% (n=20). Катаральный проксимальный дуоденит регистрировался в 33% случаях против 30% в группе сравнения. Другие макроскопические изменения – гиперплазия, эрозии и субатрофия в гастродуоденальной слизистой оболочке регистрировались у 10% детей в обеих группах. Моторно-эвакуаторные нарушения гастродуоденальной зоны отмечались в 45% случаев у детей с ДБТ. Гастроэзофагеальный рефлюкс регистрировался в 12% случаев в основной группе против 8% в группе сравнения. Дуоденогастральный рефлюкс диагностирован у 18 детей в основной группе (45%, n=40), в группе сравнения у 2 пациентов (10%, n=20) и сопутствовал гиперкинетическому типу ДБТ у всех детей основной группы ( $\chi^2=4,20$ ;  $p=0,0405$ ).

**Выводы.** У большинства детей в возрасте 6-14 лет выявляется поверхностный гастрит. У детей с ДБТ в ВОПТ достоверно чаще встречаются моторно-эвакуаторные нарушения в виде дуоденогастрального рефлюкса.

### 304. Роль синдрома кишечной недостаточности в патогенезе желчного перитонита, осложненного абдоминальным сепсисом

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

**Цель исследования:** оценить состояние защитно-барьерной функции тонкой кишки у животных с 24-часовым желчным перитонитом, осложненным абдоминальным сепсисом.

**Материал и методы.** В содержимом тонкой кишки у животных с 24-часовым желчным перитонитом наблюдалось нарастание концентрации IgG до (225,0±4,2) мг/100 мл против (56,0±1,1) мг/100 мл у интактных животных ( $p<0,001$ ), IgA – до (67,6±1,5) мг/100 мл против (30,0±1,1) мг/100 мл ( $p<0,001$ ), IgM – до (3,9±0,1) мг/100 мл против (0,40±0,07) мг/100 мл ( $p<0,001$ ), SIgA – до (26,9±2,0) мг/100 мл против (17,5±1,2) мг/100 мл ( $p<0,001$ ) соответственно. Полученные результаты свидетельствуют о резком повышении процессов секвестрации в просвете тонкой кишки плазменных белков, которые нарушают состояние защитно-барьерной функции ее слизистой оболочки и увеличивают опасность транслокации патогенной флоры в брюшную полость и общий кровоток.

При бактериологическом исследовании содержимого тонкой кишки у животных с 24-часовым желчным перитонитом наиболее часто определялись *Escherichia coli* – (70,5±4,6)%, *Klebsiella spp.* – (43,4±5,0)%, *Staphylococcus spp.* (45,4±3,9)%, *Enterobacter spp.* – (38,8±3,5)%. Одновременно высокое содержание бактерий в тонкой кишке было отмечено для *Escherichia coli* – (7,75±0,65) IgKOE/мл, *Enterococcus spp.* – (6,45±0,62) IgKOE/мл, *Enterobacter spp.* – (5,10±0,32) IgKOE/мл.

**Заключение.** Сочетание нарушенного местного иммунитета слизистой оболочки тонкой кишки с избыточной бактериальной колонизацией ее просвета в условиях пареза и гипоксического повреждения кишечной стенки является главным фактором повышения проницаемости энтерального барьера для симбионтной микрофлоры и ее массивной транслокации во внутренние среды организма с развитием синдрома системной воспалительной реакции по типу абдоминального сепсиса желчного происхождения.

### 305. Возможности терапии пищевыми волокнами больных хроническими заболеваниями печени с латентной печеночной энцефалопатией

Тетерина Л.А., Чихачева Е.А., Селиверстов П.В.,  
Ситкин С.И., Радченко В.Г.  
СЗГМУ им. И.И. Мечникова, Санкт-Петербург, Россия

**Цель исследования:** оценить взаимосвязь изменения кишечного микробиоценоза с развитием латентной печеночной энцефалопатии (ЛПЭ) у больных хроническими заболеваниями печени (ХЗП); изучить эффективность применения пищевого волокна псиллиум (препарат «Мукофальк») у больных ХЗП на течение ЛПЭ.

**Материалы и методы.** Обследованы 45 пациентов с ХЗП с ЛПЭ (мужчин 21, женщин 24, возраст от 20 до 55 лет). В 1-ю группу вошли 25 человек, во 2-ю – 20. Диагностика проводилась в соответствии с принятыми стандартами. Пациенты обеих групп принимали урсосфальк по 2 капсулы на ночь. Больные в 1-й группе дополнительно получали мукофальк по 1 пакетик 3 раза в день в течение месяца, пациенты 2-й группы – лактулозу 30 мл 1 раз в сутки утром в течение месяца. Оценка эффективности терапии ЛПЭ проводилась через месяц на основании клинических, биохимических, бактериологических показателей, психометрического тестирования (тест связи чисел и тест линии).

**Результаты.** У всех пациентов с ХЗП с ЛПЭ (100%) был диагностирован дисбиоз кишечника: у 17 (38%) – I степень, у 18 (40%) – II степень, у 10 (22%) – III степень за счет снижения количества бифидобактерий, лактобактерий, *E.coli* с нормальной ферментативной активностью и роста уровня грибов рода *Candida*, гемолитических *E.coli*, золотистого стафилококка ( $p<0,05$ ). Коэффициент корреляции степени дисбиоза толстой кишки и стадии ПЭ составил  $r=0,46$  ( $p<0,01$ ). По окончании терапии отмечено улучшение

общего состояния пациентов, уменьшение проявлений астенического и диспепсического синдромов у 17 (68,0%) больных 1-й группы и 14 (70,0%) – 2-й группы. При повторном бактериологическом исследовании кала в двух группах больных было отмечено улучшение показателей количественного и качественного состава микрофлоры кишечника (различия достоверны,  $p<0,05$ ). Нормализация когнитивной функции и тонкой моторики в 1-й группе составила 80%. Восстановление психомоторных параметров по ТСЧ и ТЛ диагностировалось у 17 (68,0%) больных 1-й группы и 14 (70,0%) – 2-й. Выявлена корреляционная связь между развитием дисбиоза толстой кишки и временем выполнения ТСЧ и ТЛ: между повышенным числом гемолитических *E.coli* и ТСЧ и ТЛ –  $r=0,33$  ( $p<0,05$ ) и  $r=0,31$  ( $p<0,05$ ), ростом грибов рода *Candida* –  $r=0,37$  ( $p<0,05$ ) и  $r=0,34$  ( $p<0,05$ ), золотистого стафилококка –  $r=0,24$  ( $p<0,05$ ) и  $r=0,23$ , ( $p<0,05$ ) и снижением уровня лактобактерий –  $r=-0,30$  ( $p<0,05$ ) и  $r=-0,33$  ( $p<0,05$ ).

**Выводы.** Формирование дисбиоза толстой кишки является триггерным фактором развития латентной печеночной энцефалопатии. Применение пищевого волокна псиллиум (препарат «Мукофальк»), оказывая положительное влияние на качественный и количественный состав микрофлоры кишечника, способствует разрешению латентной печеночной энцефалопатии, причем эти данные сопоставимы с результатом лечения лактулозой.

### 306. Содержание глутатиона и активность глутатионтрансферазы слизистой оболочки желудка при экспериментальном гастроинтестинальном канцерогенезе

Тимошенко М., Кравченко О., Гайда Л., Остапченко Л.  
Киевский национальный университет им. Тараса Шевченко, Украина

Свободные радикалы рассматриваются как один из факторов злокачественной трансформации клеток. Это определяет особый интерес к изучению защитных систем, устраняющих как причины, так и следствия окислительного повреждения клеточных структур. Реализация такой защиты осуществляется антиоксидантной системой, частью которой является система глутатиона. Восстановленный глутатион (GSH) используется глутатионтрансферазами (ГТ) при детоксикации эндо- и экзогенных электрофильных веществ. Показателем антиоксидантного состояния клеток является внутриклеточное содержание GSH.

**Цель работы:** определение внутриклеточного содержания GSH и активности ГТ слизистой оболочки желудка при экспериментальном гастроинтестинальном канцерогенезе.

**Материалы и методы.** В течение 10 недель крысам инициировали гастроинтестинальный канцерогенез, заменяя питьевую воду 0,001% раствором канцерогена (MNNG) и кормом с 5% содержанием NaCl. По окончании 10-й недели животных переводили на стандартный рацион вивария. Выделение клеток слизистой оболочки желудка, определение содержания GSH и активности ГТ проводили на 4-й, 6-й, 8-й, 10-й, 12-й, 18-й и 24-й неделе экспериментальной модели.

**Результаты.** Показано возрастание содержания GSH (на 135,85%) и активности ГТ (на 26,94%) по окончании 4-й и 6-й недель эксперимента соответственно, что объясняется интенсификацией метаболической инактивации канцерогена. Через 18 и 24 недели наблюдалось уменьшение содержания GSH на 55% и 52% и увеличение активности ГТ на 44% и 47% по сравнению с контролем, что, вероятно, есть результат повышенного метаболизма GSH через опосредованное глутатионтрансферазой вовлечение его в детоксикацию цитотоксических соединений эндогенного происхождения.

**Выводы.** Выявленные изменения активности ГТ и концентрации GSH, участвующих в формировании резистентности организма к химическому воздействию, могут приводить к изменениям свойств клеток слизистой оболочки желудка и вносить вклад в этиологию и прогрессию канцерогенеза.

**307. Протективное действие пробиотических штаммов лактобактерий и природного гомологичного ИФН-γ при экспериментальной стафилококковой инфекции**  
Тимошок Н.А., Чейпеш А.В., Шинкаренко Л.Н., Лазаренко Л.М., Подгорский В.С., Спивак М.Я.  
Институт микробиологии и вирусологии  
им. Д.К. Заболотного НАН Украины, Киев,  
Timoshok@serv.imv.kiev.ua

**Цель:** исследовать сочетанное воздействие пробиотических штаммов лактобактерий с природным гомологичным ИФН-γ на персистенцию стафилококков у экспериментальных животных.

**Материалы и методы.** Инфекцию генерировали у мышей СВА внутрибрюшинным введением *Staphylococcus aureus* 8325 LD50 ( $5 \cdot 10^8$  КОЕ/мышь). Инфицированным мышам ежедневно перорально вводили культуры *L.delbrueckii subsp. bulgaricus* LB86 ВКПМ-В-5788 или *L.rhamnosus* LB3 IMB В-7038 ( $1 \cdot 10^6$  кл./мышь) в течение 4 дней. Этим же животным однократно вводили мышинный ИФН-γ в дозе  $1 \cdot 10^3$  ед./мышь. Группами сравнения были животные, которые отдельно получали ИФН-γ ( $1 \cdot 10^3$  ед./мышь) сразу после инфицирования, и животные, которым отдельно ежедневно вводили в течение 4 суток опытные лактобактерии ( $1 \cdot 10^6$  кл./мышь). Контрольно инфицированные животные получали 0,15 М NaCl.

Изучение действия препаратов на элиминацию стафилококков из организма мышей показало, что сочетанное использования ИФН-γ и лактобактерий к 6-м суткам сопровождалось очищением почек (наиболее инфицированный орган животных) от возбудителя. Введение только ИФН-γ или лактобактерий позволяло сократить сроки персистенции инфекционных агентов в очаге воспаления и уменьшить количество персистирующих бактерий в организме с полной элиминацией стафилококков на 9-е сутки опыта. У контрольно инфицированных животных персистенция стафилококков наблюдалась в течение 15 суток.

Таким образом, комплексное использование ИФН-γ и лактобактерий проявляет значительное протективное действие при стафилококковой инфекции, однако механизмы их синергичных эффектов требуют дополнительных исследований.

**308. Стриктуры пищевода на фоне цитомегаловирусной инфекции у ВИЧ-инфицированных больных**  
Титов А.Г., Аллахвердян А.С., Шестаковская Е.Е., Евсюков О.А., Вахонин А.Ю.  
Инфекционная клиническая больница № 2, Москва, Россия,  
e-mail: AGTitov@mail.ru

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

**Материалы и методы:** результаты лечения 3 больных (2 мужчин и 1 женщины) со стриктурами пищевода, возникшими на фоне цитомегаловирусной инфекции с ВИЧ-инфекцией за период с 2010 по 2011 гг. У всех больных ВИЧ инфекция, ст. 4В (СПИД), манифестная ЦМВИ. У всех больных имелось протяженное рубцовое поражение пищевода. Диагноз цитомегаловирусной инфекции был подтвержден в МГЦ СПИД и при предыдущих госпитализациях в ИКБ № 2 Москвы.

Всем больным выполнялось курсовое бужирование полыми рентгеноконтрастными 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 РРІ-терапии. Диагноз «ЦМВ поражение пищевода» подтвержден при исследовании биоптата, взятого из стриктуры пищевода.

**Результаты.** У всех троих больных был отличный результат бужирования. Только у одного пациента через 6 мес возник рестеноз, что потребовало повторного бужирования пищевода.

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

**309. Гормональная составляющая патогенеза хронических заболеваний печени**

Ткаченко Е.В., Варванина Г.Г.  
ЦНИИ гастроэнтерологии, Москва, Россия

**Цель:** показать роль нарушений гормональной системы в возникновении и течении хронических заболеваний печени.

**Материал и методы:** больные хроническими заболеваниями печени вирусной и алкогольной этиологии (хронический гепатит и цирроз печени) – 110 больных. Уровни гормонов определяли иммуноферментным методом с использованием тест-систем.

**Результаты.** Показано, что хронические заболевания печени сопровождаются изменением содержания и соотношения ПГ двух серий (Е2 и F2a) в плазме крови и ткани печени в зависимости от этиологии заболевания и стадии развития хронического процесса. В основе наблюдаемой гипопроостагландинемии лежат нарушения липидного обмена (недостаточность предшественников ПГ, снижение активности ферментов липидного обмена). Этиологические факторы хронического гепатита и цирроза печени (вирусы и алкоголь) оказывают разное воздействие на систему ПГ. Вирусы гепатита С и В вызывают иммуно-воспалительные реакции, выраженность которых определяется ПГ. Алкоголь оказывает системное повреждающее действие на все органы и ткани, угнетая синтез ПГ.

**Выводы.** Недостаточность ПГЕ в ткани печени и в плазме крови может служить одним из важных патогенетических механизмов избыточного накопления липидов в печени при стеатозе. Изменения биохимических показателей крови, отражающих функции печени у больных с хроническими заболеваниями этого органа, находятся в прямой зависимости от нарушений в системе ПГ и от этиологии заболевания.

**310. Применение водородного дыхательного теста в диагностике хронических заболеваний органов пищеварения**

Ткаченко Е.И., Орешко Л.С., Шабанова А.А., Балагаева М.С., Крылова Ю.С., Ратманова Н.В.  
СЗГМУ им. И.И. Мечникова, Санкт-Петербург, Россия,  
mariyabalagaeva@yandex.ru

**Цель исследования:** установить распространенность синдрома избыточного бактериального роста и лактазной недостаточности среди здоровых лиц и больных с хроническими заболеваниями органов пищеварения (целиакия, СРК, болезнь Крона, хронический гастродуоденит).

**Материал и методы.** На базе СЗГМУ им. И.И. Мечникова проведено обследование 28 здоровых добровольцев в возрасте от 19 до 25 лет и 46 пациентов в возрасте от 18 до 50 лет с различными заболеваниями органов пищеварения (25% больных хроническим гастродуоденитом, 30% – целиакией, 15% – болезнью Крона, 30% – СРК). Всем пациентам был выполнен водородный дыхательный тест с нагрузкой лактозой в дозе 25 г на приборе «Анализатор выдыхаемого водорода» ЛАКТОФАН2. Пробы воздуха собирали натошак, через 30, 60, 90 и 120 минут после приема лактозы.

**Результаты исследования.** Среди 28 обследованных здоровых у 10 (36%) выявлена лактазная недостаточность при отсутствии в анамнезе указаний на непереносимость лактозы. Среди 14 больных целиакией, соблюдающих аглютеновую диету, положительными результаты водородного теста были у 4 (28 %) пациентов. У 5 больных целиакией (35%) выявлены высокие уровни водорода натошак. Среди 14 больных СРК уровень водорода натошак превышал референтные значения у 1 пациента (7%). У 4 обследованных больных хроническим гастродуоденитом с повышенной секреторной функцией данных, свидетельствующих о наличии СИБР и лактазной недостаточности, получено не было.

**Выводы.** У больных целиакией, соблюдающих аглютеновую диету, частота встречаемости лактазной недостаточности такая же, как и у здоровых обследованных. Применение водородного дыхательного теста можно рекомендовать для диагностики ферментативной недостаточности, синдрома избыточного бактериального роста, оптимизации лечения пациентов с хроническими заболеваниями органов пищеварения.

**311. Сурфактантный белок D (SP-D) в сыворотке крови у детей с муковисцидозом в динамике наблюдения**  
Толкачева Н.И., Маянская И.В., Ашкинази В.И.,  
Успенская И.Д., Гоганова А.Ю.  
Нижегородский НИИ детской гастроэнтерологии, Россия

Протеин SP-D относится к коллагеновому подсемейству гликопротеинов и кальций-зависимых лектинов (коллектинов), продуцируется эпителиальными клетками в периферических дыхательных путях, а также в желудочно-кишечном и мочеполовом трактах, является антибактериальным и противовирусным фактором.

**Цель работы:** исследование уровня сурфактанта SP-D в сыворотке крови у детей с муковисцидозом в динамике наблюдения.

**Пациенты и методы.** Обследованы 56 детей в возрасте от 1 года до 18 лет с муковисцидозом смешанной формы. 44 пациента из числа обследованных наблюдались в течение 3-5 лет. Контрольную группу составили 10 практически здоровых детей 5-15 лет. Содержание сурфактанта SP-D определяли в сыворотке крови методом ИФА с помощью коммерческих тест-систем (Bio Vendor, Germany).

**Результаты.** У всех первично обследованных детей с муковисцидозом уровень сурфактантного белка был достоверно выше по сравнению с контрольной группой (соответственно  $185,3 \pm 12,6$  нг/мл и  $41,5 \pm 2,4$  нг/мл,  $p < 0,001$ ) и не зависел от возраста пациентов. Показатели SP-D у больных находились в диапазоне от 60 до 570 нг/мл, при этом у 46 пациентов (82,1%) уровень SP-D в сыворотке превышал 100 нг/мл. Одновременно у большинства пациентов (85,0%) выявлен высокий уровень одного из ключевых провоспалительных цитокинов – ИЛ-1 $\beta$ .

В процессе лечения у детей отмечалось значимое снижение концентрации SP-D ( $p = 0,02$ ). Однако при повторных госпитализациях в течение 3-5 лет у детей с муковисцидозом наблюдалось сохранение высоких показателей сывороточного SP-D и ИЛ-1 $\beta$ , что свидетельствовало об активности инфекционно-воспалительного процесса и требовало продолжения ранее проводимой терапии.

**312. Профилактика и лечение гепатобилиарных нарушений у детей с контаминацией биосред токсикантами антропогенного происхождения**  
Толмачева О.Г., Голованова Е.С., Аминова А.И.,  
Яковлева А.С.

Пермская ГМА им. акад. Е.А. Вагнера, Федеральный научный центр медико-профилактических технологий управления рисками здоровью населения, Россия

**Цель работы:** выявить особенности гепатобилиарных нарушений у детей с контаминацией биосред токсикантами антропогенного происхождения и проанализировать эффективность их профилактики и лечения.

**Материалы и методы.** Обследованы 303 ребенка с функциональными гепатобилиарными нарушениями: основной группы – 204 ребенка, проживающих в условиях неблагоприятного воздействия среды обитания, и группы сравнения – 99 детей, проживающих в условиях относительно благополучной санитарно-гигиенической ситуации и не имевших повышенного уровня содержания токсикантов в биосредах организма.

**Результаты.** В крови детей основной группы выявлялись ароматические углеводороды и фенол в концентрациях, превышающих референтные уровни ( $p < 0,001$ ), а также повышенный в 1,5 раза уровень формальдегида и в 2 раза – уровень ацетона крови по сравнению с аналогичными показателями группы контроля ( $p < 0,02$ ). У детей основной группы достоверно чаще диагностировались анемия, симптомы дискинезий билиарной системы, повышение билирубина сыворотки крови ( $p < 0,03$ ), а при ультразвуковом обследовании и дуоденальном зондировании – дисхолия и гипертонус сфинктеров Одди, Люткенса, Мирицци ( $p < 0,034$ ). Для профилактики и лечения гепатобилиарных нарушений у детей с контаминацией биосред токсикантами использовались расширенный питьевой режим, дозированная физическая нагрузка, гепатопротекторы (эслидин по 1 таблетке 2 раза в день, с 1-го по 14-й день), нефропротекторы (канефрон-Н по 10 капель 2 раза в день, с 10-го по 21-й день), а также холеретик (фламин по 1 таблетке 2

раза в день, с 1-го по 10-й день) с целью усиления процессов экскреции с желчью ксенобиотиков и их метаболитов. Через 3 недели при сравнительной оценке показателей комплекса лечебно-профилактических мероприятий у детей, проживающих в условиях неблагоприятного воздействия химических факторов среды обитания, наблюдалось полное выведение выявленных токсичных веществ у 27% обследуемых и сокращение спектра контаминантной нагрузки – у 44%, а также диагностировалось снижение выраженности клинических проявлений гепатобилиарных нарушений у 41% обследованных детей.

**313. Нелкольная жировая болезнь печени: принципы диетотерапии**

Топильская Н.В., Каганов Б.С.  
НИИ питания РАМН, Москва, Россия,  
e-mail: topilnat@mail.ru

**Цель:** оценить эффективность персонализированной диеты с контролируемым содержанием белка, жиров и углеводов у пациентов с НАЖБП.

**Материалы и методы.** В исследование включены 398 пациентов (мужчин 183, женщин 215, средний возраст  $44,9 \pm 11,8$  года) с НАЖБП и ожирением. Всем пациентам после проведения антропометрических измерений, определения количества жировой массы и индекса инсулинорезистентности НОМА (ИИР НОМА) назначалась персонализированная диета. Группу контроля составили 60 пациентов с НАЖБП, которым не назначалась диетотерапия.

**Результаты.** Через 12 месяцев лечения у 73% отмечалось снижение массы тела на 10% и более, у 21% – на 5-10% и у 6% – менее 5% от исходной величины, причем снижение веса в основной группе проходило преимущественно за счет редукции жировой массы. В контроле вес оставался стабильным у 72%, у 4% – снизился на 3-6% от исходной величины, а у 24% отмечалась прибавка массы тела на 2-7%. Таким образом, вес пациентов основной группы достоверно отличался через 12 месяцев терапии по сравнению с контролем и составил  $97,3 \pm 6,1$  кг и  $124,4 \pm 7,8$  кг соответственно ( $p < 0,05$ ). ИМТ и индекс ОТ/ОБ достоверно отличались от контрольной группы через 12 месяцев терапии ( $p = 0,004$  и  $p = 0,0032$  соответственно). ИИР НОМА после лечения в основной группе составил 3,01 и достоверно отличался при сравнении с исходными показателями ( $p = 0,005$ ). У 79% пациентов удалось достичь целевых значений ИИР НОМА. В контрольной группе, наоборот, отмечалось незначимое повышение показателя ИИР НОМА. При сравнении основной и контрольной групп получены достоверные отличия показателей ИИР НОМА ( $p = 0,0002$ ) через 12 месяцев диетотерапии.

**Выводы.** Применение персонализированной диеты у пациентов с НАЖБП приводит к значительной редукции массы тела за счет жирового компонента, снижению ИМТ, индекса ОТ/ОБ, а также выраженности инсулинорезистентности.

**314. Неалкогольный стеатогепатит: распространенность при ожирении**

Топильская Н.В., Каганов Б.С.  
НИИ питания, Москва, Россия, e-mail: topilnat@mail.ru

**Цель исследования:** изучить распространенность неалкогольного стеатогепатита у больных с ожирением.

**Материалы и методы.** В исследование включены 29 пациентов (11 мужчин и 18 женщин в возрасте от 26 до 54 лет) с ИМТ более 30 кг/м<sup>2</sup>. Всем пациентам проводились лабораторные исследования (АЛТ, АСТ, билирубин общ., билирубин пр., ЩФ, ГГТ, триглицериды, ХС общ., ХС ЛПВП, ХС ЛПНП, ХС ЛПОНП, мочевина, трансферрин, белок общ., альбумин), оценка состава тела методом биоимпедансного анализа, оценка фактического питания, УЗИ органов брюшной полости. В зависимости от уровня АЛТ, АСТ пациенты подразделялись на группы: 1-я группа – пациенты без повышения уровня трансаминаз, 2-я группа – пациенты с повышением трансаминаз до 2 норм, 3-я группа – пациенты с повышением трансаминаз более 2 норм. Пациентам 2-й и 3-й групп прово-

дилось определение плотности печени методом непрямо́й ультразвуковой эластографии, исключение злоупотребления алкоголем по данным опросников AUDIT, CAGE; пациентам группы 3 проводилась диагностическая пункционная биопсия печени. В группу 1 включено 9 пациентов, в группу 2 – 12 пациентов, в группу 3 – 8 пациентов.

**Результаты.** У пациентов с ожирением в 100% случаев выявлен жировой гепатоз по данным УЗИ печени, медиана эластичности печени в среднем составила  $(8,30 \pm 1,05)$  кПа, что соответствует умеренно выраженному фиброзу печени (F2 по METAVIR). По результатам проведения морфологического исследования 5 образцов биоптатов печени выраженность фиброза варьирует в пределах F0-F1 по METAVIR, ИГА по Knodell: I-0, II-3, III-1, IV-1, по Brunt: стеатоз 0-33%; баллонная дистрофия, воспаление, фиброз – слабовыраженные.

**Вывод.** По результатам проведенных исследований следует предположить высокую распространенность неалкогольной жировой болезни печени у пациентов с ожирением, при этом неалкогольный стеатогепатит встречается в 27,5% случаев НАЖБП.

### 315. Состояние щитовидной железы у больных желчнокаменной болезнью

Трифонов Э.В., Сайфутдинов Р.Г., Сайфутдинова Т.В.  
Казанская ГМА (каф. терапии), МСЧ ОАО «Татнефть» и г. Альметьевска, Россия

**Цель исследования:** оценить состояние гормонального статуса щитовидной железы у больных желчнокаменной болезнью (ЖКБ).

**Материалы и методы.** УЗИ щитовидной железы выполнено 354 женщинам и 186 мужчинам. Средний возраст женщин составил  $(46,1 \pm 0,3)$  года, мужчин –  $(46,9 \pm 0,9)$  года. Определяли уровень трийодтиронина ( $T_3$ ), тироксина ( $T_4$ ), тиреотропного гормона (ТТГ) и антител к тиреопероксидазе (АТ к ТПО).

**Результаты.** При УЗИ правой доли щитовидной железы зарегистрированы следующие параметры: длина  $(43,2 \pm 0,6)$  мм (у женщин –  $(43,6 \pm 0,8)$  мм, у мужчин –  $(42,7 \pm 0,9)$  мм,  $p > 0,05$ ), толщина  $(19,1 \pm 0,4)$  мм (у женщин –  $(18,6 \pm 0,5)$  мм, у мужчин –  $(19,8 \pm 0,6)$  мм,  $p > 0,05$ ), ширина  $(17,1 \pm 0,4)$  мм (у женщин –  $(16,6 \pm 0,5)$  мм, у мужчин –  $(17,9 \pm 0,7)$  мм,  $p > 0,05$ ). Для левой доли: длина  $(42,2 \pm 0,8)$  мм (у женщин –  $(41,9 \pm 1,2)$  мм, у мужчин –  $(42,7 \pm 1,2)$  мм,  $p > 0,05$ ), толщина  $(18,1 \pm 0,6)$  мм (у женщин –  $(16,7 \pm 0,7)$  мм, у мужчин –  $(20,1 \pm 0,9)$  мм,  $p < 0,05$ ), ширина  $(16,5 \pm 0,8)$  мм (у женщин –  $(15,6 \pm 0,6)$  мм, у мужчин –  $(17,8 \pm 1,7)$  мм,  $p > 0,05$ ). Размеры перешейки составили  $(4,1 \pm 0,2)$  мм (у женщин –  $(3,9 \pm 0,2)$  мм, у мужчин –  $(4,3 \pm 0,4)$  мм,  $p > 0,05$ ). Уровень  $T_3$  составил  $(1,6 \pm 0,1)$  нмоль/л (у женщин –  $(1,5 \pm 0,1)$  нмоль/л, у мужчин –  $(1,6 \pm 0,1)$  нмоль/л,  $p > 0,05$ ),  $T_4$  –  $(94,3 \pm 2,3)$  нмоль/л (у женщин –  $(95,5 \pm 2,6)$  нмоль/л, у мужчин –  $(92,6 \pm 5,0)$  нмоль/л,  $p > 0,05$ ), ТТГ –  $(3,0 \pm 0,7)$  мкМЕ/мл (у женщин –  $(3,8 \pm 1,0)$  мкМЕ/мл, у мужчин –  $(1,5 \pm 0,2)$  мкМЕ/мл,  $p < 0,05$ ), АТ к ТПО  $(36,9 \pm 15,7)$  Е/мл (у женщин –  $(48,7 \pm 20,7)$  Е/мл, у мужчин –  $(3,3 \pm 0,9)$  Е/мл,  $p < 0,05$ ).

**Выводы.** У женщин с ЖКБ отмечена дисфункция щитовидной железы: снижение ТТГ и повышение АТ к ТПО, что, возможно, является одной из причин большего распространения у них холелитиаза, чем у мужчин.

### 316. Воспроизведение острого и хронического панкреатита у крыс

Трубицына И.Е., Винокурова Л.В., Чикунова Б.З., Агафонов М.В., Губина А.В.  
ЦНИИ гастроэнтерологии, Москва, Россия

Панкреатит – полиэтиологическое заболевание, которое развивается по своим внутренним законам, подчиняясь общим и местным сигналам медиаторов, принимающих участие в динамике развития и поддержания воспаления ткани поджелудочной железы (ПЖ). Механизм возникновения деструктивных процессов в ПЖ не ясен до сих пор.

**Цель работы:** установить повреждающие факторы, способствующие возникновению острого панкреатита и переходу его в хронический.

**Материал и методы.** Опыты проведены на белых крысах, весом 190-210 г, средний вес 200 г. Повреждение ткани поджелудочной железы вызывали уксусной кислотой в объеме 0,025 мл, наносимой на поверхность поджелудочной железы. Повреждение ткани поджелудочной железы запускает механизмы внутриклеточной активации трипсиногена, который активирует липазу, амилазу, способствуя «расплавлению» окружающей ткани. Одновременно повышается содержание серотонина в ткани ПЖ, что нарушает архитектонику микроциркуляторного русла ткани. Статистическая обработка проводилась с помощью пакета программы «Биостатистика».

**Результаты и обсуждение.** Серотонин: 1-я группа (контроль) – ПЖ  $(0,80 \pm 0,07)$  мкг/г ткани; 2-я группа (острый панкреатит) – ПЖ  $(1,64 \pm 0,23)$  мкг/г ткани ( $p < 0,05$ ); 3-я группа (хронический панкреатит) – ПЖ  $(0,95 \pm 0,09)$  мкг/г ткани ( $p > 0,05$ ). Данное повышение обусловлено воспалительной реакцией, в которой непосредственное участие принимает серотонин. Через 10 суток уровень серотонина в ПЖ снижался, но не достигал контрольного значения ( $p > 0,05$ ). В ткани ПЖ сохраняются выраженные деструктивные процессы.

**Заключение.** Предложенная модель острого и хронического панкреатита может быть использована для изучения патогенетических механизмов развития и поддержания воспалительной реакции в ткани ПЖ и проведения доклинических испытаний лекарственных препаратов.

### 317. Топографические морфофункциональные особенности слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки

Трубицына И.Е., Чикунова Б.З., Лагутина Л.Д.  
ЦНИИ гастроэнтерологии, Москва, Россия

**Введение.** Воспроизведение экспериментальной язвы желудка и двенадцатиперстной кишки позволяет установить топографические морфофункциональные особенности слизистой оболочки.

**Цель исследования:** изучение топографических особенностей слизистой оболочки гастродуоденальной зоны.

**Материал и методы.** Использовали 30 белых крыс. Крысы были разделены на 3 группы. 1-я – контрольная (интактные животные); 2-я – экспериментальная язва желудка (срок 5 и 15 суток); 3-я – экспериментальная язва двенадцатиперстной кишки (срок 5 и 15 суток).

**Результаты и обсуждение.** Контроль: протеолитические ферменты – тело желудка, протеолитические ферменты, активные при  $pH=2,0$ ; антральный отдел – протеолитические ферменты, активные при  $pH=4,0-4,5$ ; дуоденум – протеолитические ферменты, активные при  $pH=5,0-5,5$ . Серотонин – повышение в сторону антрального отдела, снижение в дуоденум и повышение в зоне впадения общего желчного протока. Ацетилхолин – снижение к антральному отделу, повышение в дуоденум и снижение в области впадения желчного протока. Язвенное поражение желудка и дуоденума – в зоне поражения вне зависимости от расположения повышение содержания серотонина, в отдалении от язвы (околоязвенная зона 1,5 см) преобладает содержание ацетилхолина.

**Заключение.** Заживление язвенного дефекта зависит от месторасположения язвенного дефекта и соотношения биологически активных веществ в ткани слизистой оболочки края язвенного дефекта.

### 318. Особенности пациентов с неспецифическим язвенным колитом при наличии ретроградного илеита

Тутина О.А., Потехин П.П., Толкачева Н.И., Федулова Э.Н., Федорова О.В.  
Нижегородский НИИ детской гастроэнтерологии, Россия

**Цель исследования:** изучить клинические, иммунологические и гистологические особенности пациентов с неспецифическим язвенным колитом (НЯК) с наличием ретроградного илеита.

**Материал и методы:** 53 пациента с НЯК в возрасте 6-18 лет. **Результаты и их обсуждение.** Наличие ретроградного илеита было диагностировано у 11 (20,7%) детей. У 17 (32,1%) пациентов с НЯК выявлялась лимфоидная гиперплазия терминального отдела

подвздошной кишки. Больные НЯК, имеющие ретроградный илеит, составили особую группу пациентов. В анамнезе обращало на себя внимание позднее начало лечения или длительно отсутствием адекватной терапии. У всех больных имело место тотальное поражение толстой кишки, и у 9 из 11 пациентов – непрерывно-рецидивирующее течение заболевания. В иммунном статусе выявлены более выраженные изменения, обусловленные вовлечением в воспалительный процесс этого богатого лимфоидной тканью органа, а также максимальной площадью поражения слизистой оболочки кишечника. В системной циркуляции регистрировалась значительная Т-лимфопения ( $p=0,03$ ) с нарушением соотношения желперных и супрессорных субпопуляций Т-лимфоцитов, активация гуморального иммунитета с высокими показателями IgG ( $p=0,08$ ) и IgA ( $p=0,009$ ), а также нейтрофильного фагоцитоза. Гистологически в терминальном отделе подвздошной кишки у них выявлялись изменения, демонстрирующие нарушения регенерации слизистой оболочки тонкой кишки с наличием участков со столбчатой поверхностью ворсин вне лимфоидной ткани, с одновременным обнаружением в этих участках крипт, не содержащих клеток Панета. Такой характер изменений может быть расценен как дополнительный критерий длительно текущего иммунного воспаления и свидетельствовать в пользу тяжелого течения НЯК.

## У

### 319. Изучение моторно-эвакуаторной функции желудка и прямой кишки у пациентов с функциональной диспепсией и синдромом раздраженного кишечника

Удовиченко Т.Г., Токарева А.В., Пасечников В.Д.  
Ставропольская ГМА, Россия

**Цель работы:** оценить моторику желудка и прямой кишки у пациентов с функциональной диспепсией (ФД) и синдромом раздраженного кишечника (СРК).

**Материалы и методы.** В исследовании участвовали 52 пациента, средний возраст которых составил ( $33,8 \pm 2,7$ ) года. Большинство из этих пациентов – женщины (92,3%). Критерии включения в группу исследуемых пациентов с ФД и СРК соответствовали Римским критериям III. Контрольную группу составили 15 здоровых добровольцев. Исследование параметров моторики прямой кишки и анального канала проводилось методом аноректальной манометрии (АРМ). Оценивались следующие показатели: базальное давление в прямой кишке (БДР), порог ректальной чувствительности (ПРЧ), коэффициент растяжимости прямой кишки в ответ на наполнение баллона (КР). Также всем пациентам проводилось исследование моторики желудка с помощью метода электрогастрографии (ЭГГ) в течение 2 сеансов: до и после баллонного растяжения прямой кишки. Моторика желудка оценивалась следующими показателями: процентное соотношение медленных волн желудка (бради-, нормо-, тахигастрия), доминирующая частота циклов в минуту (ДЧ).

**Результаты.** Показатели АРМ выявили, что у пациентов с СРК и ФД высокое БДР, низкий ПРЧ, снижение КР. У всех пациентов при проведении ЭГГ до баллонного растяжения преобладали показатели брадигастрии и низкий показатель коэффициента ДЧ, во время второго сеанса при баллонном растяжении прямой кишки достоверно выявлено уменьшение показателей брадигастрии, увеличение нормогастрии и появление эпизодов тахигастрии.

**Вывод.** При исследовании мы выявили, что при СРК нарушение моторики кишечника приводит к дизритмии желудка, что проявляется симптомами ФД.

### 320. Применение препарата «Альфа нормикс» в терапии печеночной энцефалопатии у больных с циррозом печени

Удовиченко Т.Г., Токарева А.В., Пасечников В.Д.  
Ставропольская ГМА, Россия

**Цель исследования:** оценить клиническую эффективность препарата «Альфа нормикс» при терапии печеночной энцефалопатии (ПЭ) у больных с циррозом печени.

**Материал и методы.** Проведено комплексное обследование 32 пациентов с циррозом печени. Средний возраст больных составил ( $42,3 \pm 3,2$ ) года. Всем пациентам проводилась оценка тяжести ПЭ по West Haven. Дополнительно использовали тесты связи чисел и исследование почерка больных, а также проводили водородный дыхательный тест на синдром избыточного бактериального роста (СИБР) в тонкой кишке. В комплексную терапию данных пациентов мы включили препарат «Альфа нормикс» в дозе 200 мг 2 раза в день в течение 7 дней.

**Результаты.** Соответственно критериям ПЭ по West Haven у 6 (18,8%) пациентов имелись проявления I (легкой) стадии, у 20 (62,5%) пациентов – II (средней) стадии, у 8 (25%) пациентов – III (тяжелой) стадии. Результаты теста связи чисел коррелировали со стадиями тяжести ПЭ. У всех 100% пациентов выявлен СИБР. В динамике комплексной терапии препаратом «Альфа нормикс» побочных эффектов не отмечалось. При динамическом исследовании клинических симптомов ПЭ и при изучении почерка и результатов теста связи чисел мы выявили значительную положительную динамику у 100% пациентов. Степень бактериальной обсемененности тонкой кишки также значительно уменьшилась. Это позволило перевести 5 пациентов с I стадии ПЭ на минимальную, 17 пациентов со II стадии удалось перевести на I стадию ПЭ. Все 8 пациентов с III стадией ПЭ были переведены во II стадию.

**Заключение.** Применение препарата «Альфа нормикс» способствует снижению кишечной бактериальной нагрузки. Это в свою очередь благотворно сказывается на симптомах ПЭ. Препарат хорошо переносится пациентами, и мы можем рекомендовать его к использованию в комплексной терапии ПЭ у больных с циррозом печени.

### 321. Лечение рубцовых стриктур пищевода после его химического ожога

Урсол Г.Н., Коваль В.В., Бондарчук С.П., Давыдкин В.А.  
МЦ ЧП «Больница Святого Луки», Кировоградская  
областная больница, Кировоград, Украина

Рубцовые стриктуры пищевода – наиболее частое и тяжелое осложнение химических ожогов пищевода, требующие длительного лечения. При их лечении используется комплекс мероприятий, направленных на уменьшение степени рубцовых изменений и улучшение проходимости пищевода.

Мы предложили в качестве одной из составных частей комплекса эндоэзофагеальный электрофорез и введение в мышцу пищевода в области рубца препарата «Бетаметазон».

**Цель исследования:** изучить эффективность эндоэзофагеального электрофореза и введения бетаметазона в область рубца в комплексе лечения рубцовых стриктур пищевода после химических ожогов.

**Методы.** Мы использовали с целью профилактики и лечения рубцовых стенозов пищевода в комплексе с другими методами методику эндоэзофагеального электрофореза протеолитическими ферментами. Метод разработан нами в 1990 году. Эндоскопически определяется рубцовое сужение пищевода и через инъекционную иглу через эндоскоп в область рубца в мышцу пищевода вводится 5 мг бетаметазона в несколько точек по ходу рубца. Затем проводится бужирование пищевода. Специальный зонд-электрод вводится в просвет пищевода после бужирования, затем подключается к аппарату электрофореза к минусовому электроду, два пластинчатых плюсовых электрода располагаются: один впереди в области грудины и второй сзади вдоль позвоночника, таким образом, чтобы проекция рубцовой стриктуры совпадала по уровню с пространством между электродами. Сила

тока составляет 5-6 мА. Продолжительность процедуры 20 минут ежедневно, на курс лечения 15-20 процедур. Повторение 5-6 курсов с интервалом в 1 месяц.

**Результаты.** В период с 1990 по 2011 гг. было пролечено по данной методике 28 больных в разных периодах формирования рубцовых структур. Лучшие результаты были получены тогда, когда методики применялись в ранние сроки после поражения, также результат лечения зависел от глубины поражения. Данная методика способствует подавлению образования соединительной ткани путем истончения коллагеновых волокон и увеличению эластических волокон, что приводит к формированию более рыхлого и эластичного рубца пищевода (доказано гистологически).

**Заключение.** Метод лечения инъекциями бетаметазона и эндозофагеальным электрофорезом с помощью специального зонда-электрода рубцовых структур пищевода после его химического ожога может быть использован как один из видов комплексного консервативного лечения.

### 322. Регулярность ритма кишечника и склонность к приему лекарств

Успенская Ю.К.<sup>1</sup>, Митрейкин В.Ф.<sup>2</sup>, Шемеровский К.А.<sup>2</sup>  
<sup>1</sup>СПбГМУ им. акад. И.П.Павлова, <sup>2</sup>НИИ экспериментальной медицины СЗО РАМН, Санкт-Петербург, Россия, e-mail: constshem@yandex.ru

**Цель исследования:** изучить зависимость склонности к приему лекарств от регулярности циркадианного ритма эвакуаторной функции кишечника.

**Материалы и методы.** Обследованы 110 студентов-медиков третьего курса лечебного факультета СПбГМУ им. акад. И.П. Павлова. В зависимости от регулярности ритма стула выделено две группы лиц. Первая группа: 45 человек (23 женщины и 22 мужчины) с регулярным ритмом кишечника (ежедневный стул – 7 раз в неделю). Вторая группа: 65 человек (53 женщины и 12 мужчин) с нерегулярным ритмом стула – от 1-2 до 5-6 раз в неделю. Использовались методика анкетирования по качеству жизни и метод хроноэнтерографии (определение частоты и акрофазы циркадианного ритма энтеральной активности).

**Результаты.** Среди лиц с регулярным стулом было в 1,4 раза больше тех, кто совсем не употреблял лекарства, по сравнению с лицами с нерегулярным стулом (16% против 11%).

Мужчин с регулярным ритмом стула оказалось в 1,8 раза больше, чем с нерегулярным (20% против 11%). Женщин с нерегулярным стулом оказалось в 2,3 раза больше, чем с регулярным (48% против 21%). Риск нерегулярности стула у женщин был в 4,2 раза выше, чем у мужчин.

Жалобы на ухудшение зрения отметили 57% лиц с нерегулярным стулом и 53% лиц с регулярным стулом. Жалобы на отклонения в активности центральной нервной системы у лиц с нерегулярным ритмом стула встречались в 1,3 раза чаще (54% против 42%). Жалобы на нарушения деятельности пищеварительной системы у лиц с нерегулярным стулом встречались в 1,5 раза чаще (51% против 33%).

Прием слабительных средств среди лиц с нерегулярным стулом отмечался в 4 раза чаще (8% против 2%). Жаропонижающие средства лица с нерегулярным стулом употребляли почти в 2 раза чаще (40% против 21%). Обезболивающие средства лица с нерегулярным стулом принимали в 1,4 раза чаще (57% против 40%). Употребление витаминов наблюдалось в 1,3 раза чаще у лиц с нерегулярным стулом (62% против 49%).

**Выводы.** 1. Регулярный ритм эвакуаторной функции кишечника (7 дней в неделю со стулом) ассоциирован с более высоким уровнем качества жизни (меньше жалоб и меньше лекарств). 2. Склонность к приему лекарств (особенно слабительных, жаропонижающих и обезболивающих) у лиц с нерегулярным стулом почти в 2 раза выше, чем у лиц с регулярным циркадианном ритмом эвакуаторной функции кишечника. 3. Больше половины молодых обследованных медиков (59%) страдают от нерегулярности ритма эвакуаторной функции кишечника и вынуждены употреблять обезболивающие и витаминные лекарственные средства.

### 323. Инфицирование слизистой оболочки желудка *Helicobacter pylori*, качество жизни, тип отношения к болезни у больных дуоденальными язвами в сочетании с ишемической болезнью сердца

Ушакова Л.Ю.  
 Белорусская МАПО, Минск, Беларусь

**Введение.** В связи со сложной экологической и социально-экономической обстановкой в Республике Беларусь возросло число психосоматических заболеваний, прежде всего дуоденальных язв (ДЯ) и ишемической болезни сердца (ИБС). *Helicobacter pylori* (Hр), колонизируя слизистую оболочку желудка, вызывает развитие гастрита, язвенной болезни. Роль Hр при сердечно-сосудистой патологии служит предметом дискуссий.

**Цель исследования:** изучение типов отношения к болезни (ТОБ) и качества жизни (КЖ) больных ДЯ в сочетании с ИБС в зависимости от инфицирования слизистой оболочки желудка Hр.

**Материал и методы:** 48 больных ДЯ и ИБС. ТОБ оценивали с помощью «Методики для психологической диагностики типов отношения к болезни», КЖ – теста, разработанного в Кардиологическом научном центре РАМН.

**Результаты.** У 50% больных ДЯ и ИБС заболевание было ассоциировано с Hр. Индекс КЖ зависел не от факта инфицированности слизистой оболочки желудка Hр, а от частоты обострений ДЯ. Эрадикация Hр давала лучшие результаты прироста КЖ, чем терапия антисекреторными и антацидными препаратами. Параметры КЖ ухудшаются с увеличением длительности ДЯ. При длительности сочетанного течения заболеваний более 5 лет чаще формируются смешанные ТОБ, особенно при сочетании с колонизацией Hр; до 5 лет – чистые ТОБ, особенно при отсутствии колонизации.

**Выводы.** Высокая распространенность ДЯ и ИБС, стертая клиника, высокий процент инвазии Hр говорят о необходимости введения в стандарт обследования кардиологических больных эндоскопического исследования желудка, двенадцатиперстной кишки с определением Hр. Изучение психологического статуса поможет в коррекции алгоритма лечения – эрадикация Hр в сочетании с психофармакотерапией.

### 324. Оптимизация диагностики и лечения больных дуоденальными язвами в сочетании с ишемической болезнью сердца с учетом личностных особенностей и инфицирования слизистой оболочки желудка *Helicobacter pylori*

Ушакова Л. Ю.  
 Белорусская МАПО, Минск, Беларусь

**Введение.** *Helicobacter pylori* (Hр), колонизируя слизистую оболочку желудка, вызывает развитие хронического гастрита, язвенной болезни. Обсуждается роль Hр в развитии ишемической болезни сердца (ИБС). Больных с дуоденальными язвами (ДЯ) и ИБС относят к категории «трудных», они сложны в диагностическом и лечебном плане.

**Цель исследования:** изучение личностных особенностей больных ИБС в сочетании ДЯ в зависимости от инфицирования слизистой оболочки желудка Hр.

**Материал и методы:** 48 больных ДЯ и ИБС. Проведены тредмил-тест, холтеровское мониторирование, эзофагогастроуденоскопия. Личностные особенности изучали с помощью Миннесотского теста многостороннего исследования личности.

**Результаты.** Личностный профиль больных ДЯ и ИБС характеризуется превышением уровня 70 Т-баллов по 1 и 2 шкалам, что свидетельствует о снижении настроения, затруднении в социальных контактах в сочетании с тревогой за состояние здоровья. Выявлено достоверное повышение уровня Т-баллов у больных со стенокардией ФКП и ДЯ по 3 и 0 (10) шкалам, по шкале «F» с увеличением длительности сочетанного течения заболеваний более 5 лет. У 50% больных отсутствовала инвазия слизистой оболочки желудка Hр. Четкой корреляции между личностными особенностями и инфицированием Hр не установлено. Кроме традиционных лекарственных препаратов эффективны были сеансы гипербарической оксигенации, психотерапия, отмечалась ремиссия ДЯ в оптимальные сроки.

**Выводы.** С нарастанием ФК стенокардии, увеличением длительности сочетанного течения заболеваний происходит нарастание патологических личностных изменений. Большое место в комплексе лечебных мероприятий больных ДЯ и ИБС должно отводиться психотерапии и психофармакотерапии.

## Ф

### 325. Влияние озонотерапии на динамику антиоксидантных ферментов у больных сальмонеллезом

Фазылов В.Х., Галеева Н.В., Таиров И.Н.  
Казанский ГМУ, Россия

**Цель исследования:** дать патогенетическое обоснование применения озонотерапии как метода метаболической коррекции у больных сальмонеллезом.

**Материалы и методы.** Под наблюдением находились 20 больных гастроинтестинальной формой, гастроэнтеритического варианта сальмонеллеза среднетяжелого течения. Основная группа больных ( $n=10$ ) получала озонотерапию на фоне общепринятого лечения, группа сравнения ( $n=10$ ) – плацебо-терапию (0,9% физиологический раствор хлорида натрия), также на фоне общепринятой терапии. Курс озонотерапии составил 5 процедур.

Активность фермента пероксидазы при поступлении в стационар была достоверно ( $p<0,001$ ) ниже, чем у здоровых лиц: в основной группе пациентов на 73% – ( $25,0\pm 3,9$ ) интер. ед., в группе сравнения – на 64% – ( $33,4\pm 5,6$ ) интер. ед. Затем наблюдался достоверный ( $p<0,001$ ) рост ее активности в обеих исследуемых группах: в основной на 33% – ( $124,9\pm 8,5$ ) интер. ед., в группе сравнения – на 9% – ( $102,6\pm 7,3$ ) интер. ед., при этом в основной группе этот рост был достоверно выше ( $p<0,05$ ). Активность каталазы изменялась несколько иначе. Ее уровень, как и у пероксидазы, был достоверно ( $p<0,001$ ) снижен в обеих исследуемых группах в острой фазе заболевания (1-2 день болезни) – в основной группе на 31% – ( $717,9\pm 22,8$ ) $\times 10^3$  мккат/л, в группе сравнения на 32% – ( $708,5\pm 23,5$ ) $\times 10^3$  мккат/л, что можно рассматривать как срыв адаптационных механизмов. На 5 день болезни (конец курса инфузионной терапии) ее активность также сохранялась низкой с тенденцией к снижению. Однако ее уровень был в основной группе достоверно ( $p<0,05$ ) выше на 8% ( $616,2\pm 25,3$ ) $\times 10^3$  мккат/л относительно группы сравнения – ( $565,3\pm 3,4$ ) $\times 10^3$  мккат/л.

Таким образом, курсовое применение озонотерапии способствует поддержанию активности антиоксидантных ферментов.

### 326. Динамика цитокинового профиля у коинфицированных ХГС/ВИЧ пациентов при проведении комбинированной противовирусной терапии ХГС

Фазылов В.Х., Манапова Э.Р., Бешимов А.Т., Гольц М.Л.  
Казанский ГМУ, РЦПБ СПИД и ИЗ РТ, Россия

**Цель исследования:** изучение динамики продукции цитокинов в сыворотке крови больных ВИЧ/ХГС при проведении комбинированной противовирусной терапии (ПВТ) пегИФН $\alpha 2a$  и рибавирином.

**Материалы и методы.** В исследование были включены 40 коинфицированных HCV/ВИЧ пациентов в среднем возрасте ( $30,0\pm 0,8$ ) года, ранее не получавших антиретровирусную и анти-HCV терапию; длительность инфицирования: HCV – ( $7,2\pm 0,3$ ) года, ВИЧ – ( $6,7\pm 0,4$ ) года. У коинфицированных пациентов определялись: высокая вирусная нагрузка – у 68%, генотип 1 – у 48%, уровень АлАТ до 3N – у 44%, 3-5N – у 30%, более 5N – у 26%; показатель CD4+ составлял ( $0,58\pm 0,05$ )/мкл. Показатели цитокинового статуса определялись до лечения, на сроках 4, 24, 48 нед лечения и через 4 и 24 нед после окончания лечения.

**Результаты исследования.** При проведении ПВТ отмечалось достоверное снижение абс. ч. CD3+, CD4+, CD8+ лимфоцитов. У пациентов на фоне лечения отмечалось статистически значимое

снижение уровня ИЛ-1 $\beta$  ( $p<0,01$ ) и повышение уровня ИФН $\gamma$  ( $p<0,01$ ). У коинфицированных пациентов отмечалось снижение уровня абсолютных показателей CD4+, CD8+ клеток при повышении относительного числа CD4+. В цитокиновом статусе выявлено значимое снижение ИЛ-2 ( $p<0,01$ ) до начала лечения; повышение уровня ИЛ-2 ( $p<0,01$ ) на фоне терапии. После 2 лет наблюдения лишь у 2 пациентов наблюдался рецидив ВГС.

Таким образом, ПВТ ХГС сопровождается повышением уровня противовоспалительного цитокина ИФН $\gamma$  и снижением уровня провоспалительного ИЛ-1 $\beta$ ; ПВТ ВИЧ-инфицированных сопровождается достоверным иммуномодулирующим действием в отношении активных субпопуляций Т-лимфоцитов (CD4+, CD8+) и способствует снижению уровня РНК-ВИЧ и РНК-HCV.

### 327. Динамика цитокинового профиля у коинфицированных ХГС/ВИЧ-пациентов при проведении комбинированной противовирусной терапии ХГС

Фазылов В.Х., Манапова Э.Р., Бешимов А.Т., Гольц М.Л.  
Казанский ГМУ, РЦПБ СПИД и ИЗ РТ, Россия

**Цель исследования:** изучение динамики продукции цитокинов в сыворотке крови больных ВИЧ/ХГС при проведении комбинированной противовирусной терапии (ПВТ) пегИФН $\alpha 2a$  и рибавирином.

**Материалы и методы.** В исследование были включены 40 коинфицированных HCV/ВИЧ пациентов в среднем возрасте ( $30,0\pm 0,8$ ) года, ранее не получавших антиретровирусную и анти-HCV терапию. Длительность инфицирования обследованных: HCV – ( $7,2\pm 0,3$ ) года, ВИЧ – ( $6,7\pm 0,4$ ) года. У коинфицированных пациентов определялись: высокая вирусная нагрузка у 68% пациентов, генотип 1 – у 48%, уровень АлАТ до 3N – у 44%, 3-5N – у 30%, более 5N – у 26%; показатель CD4+ составлял ( $0,58\pm 0,05$ )/мкл. Показатели цитокинового статуса определялись до лечения, на сроках 4, 24, 48 нед лечения и через 4 и 24 нед после окончания лечения.

**Результаты исследования.** При проведении ПВТ отмечалось достоверное снижение абс. ч. CD3+, CD4+, CD8+ лимфоцитов. У пациентов на фоне лечения отмечалось статистически значимое снижение уровня ИЛ-1 $\beta$  ( $p<0,01$ ) и повышение уровня ИФН $\gamma$  ( $p<0,01$ ). У коинфицированных пациентов отмечалось снижение уровня абсолютных показателей CD4+, CD8+ клеток при повышении относительного числа CD4+. В цитокиновом статусе выявлено значимое снижение ИЛ-2 ( $p<0,01$ ) до начала лечения; повышение уровня ИЛ-2 ( $p<0,01$ ) на фоне терапии. После 2 лет наблюдения лишь у 2 пациентов наблюдался рецидив ВГС.

Таким образом, ПВТ ХГС сопровождается повышением уровня противовоспалительного цитокина ИФН $\gamma$  и снижением уровня провоспалительного ИЛ-1 $\beta$ ; у ВИЧ-инфицированных сопровождается достоверным иммуномодулирующим действием в отношении активных субпопуляций Т-лимфоцитов (CD4+, CD8+) и способствует снижению уровня РНК-ВИЧ и РНК-HCV.

### 328. Антимикробная активность селимакцида in vivo

Фазылов В.Х., Муртазина Г.Х., Ткачева С.В.  
Казанский ГМУ, Россия

**Цель:** изучить бактерицидность диэтиламмониевой соли аминоксалициловой кислоты (селимакцида).

**Материалы и методы.** Бактерицидность изучали при заражении *S. enteritidis* 18 кроликов, разделенных на 6 равных групп. Санитизирующее действие селимакцида оценивали по срокам и степени проявления признаков заболевания и выздоровлению/гибели опытных и контрольных животных после заражения.

**Результаты исследования.** У кроликов, которым селимакцид вводили через 10 минут после заражения, температурную реакцию, незначительное снижение позыва к корму, воде и подвижности регистрировали на 2-е сутки. Расстройства функции ЖКТ не было. Нормализацию состояния животных наблюдали на 4-5 сутки опыта. У животных 2, 3, 5 и 6 групп температурная реакция отмечалась через 12-18 часов после заражения. Клинические признаки – снижение позыва к корму, адинамию, угнетение регист-

рировали через 1-1,5 суток, а расстройство функции ЖКТ – через 2 суток после заражения. В первый же день появления признаков инфекции животным 2 и 5 групп начали вводить селимаквид в дозе 1/10 ЛД<sub>50</sub> два раза в сутки. На 3-4 сутки после начала введения признаки расстройства ЖКТ прекратились, температурная реакция, снижение позыва к корму и подвижности сохранялись. Через 5-7 суток после начала лечения их общее состояние нормализовалось. У контрольных кроликов, которым препарат не вводили, клинические признаки заболевания прогрессировали, и все они пали на 4-8 сутки опыта. Бактериологическими исследованиями паренхиматозных органов и содержимого тонкой кишки павших животных выделили исходные культуры *S. enteritidis*. При бактериологическом исследовании вышеуказанных объектов выживших кроликов, декапитированных через 10 суток после последнего введения селимаквида, ни из одного объекта сальмонеллы не выделены.

**Вывод.** Селимаквид обладает санирующей активностью при экспериментальном сальмонеллезе и предотвращает формирование бактерионосительства.

### 329. Выявление маркеров *H. pylori* у больных хронической НСВ-инфекцией

Фазылов В.Х., Фазульязнова А.И., Исаева Г.Ш.  
Казанский ГМУ, Россия, e-mail: al-faz@mail.ru

Актуальность исследования определяется проблемой изучения вопроса о микст-инфекциях, ассоциированных с *H. pylori*, отсутствием быстрых, чувствительных и простых диагностических методов, необходимых для скрининга, длительного мониторинга и многократных неинвазивных исследований.

**Цель:** выявить частоту инфицирования *H. pylori* у больных хронической НСВ-инфекцией с последующим проведением сравнительной оценки эффективности инвазивного и неинвазивного методов диагностики helicobактериоза.

**Материал и методы.** Обследованы 25 больных (мужчин 64%, женщин 36%) хронической НСВ-инфекцией в возрасте от 19 до 64 лет. Преобладали пациенты в возрасте от 21 года до 40 лет (56%). Всем больным была выполнена эзофагогастродуоденоскопия с биопсией слизистой оболочки желудка (антральный отдел) и двенадцатиперстной кишки (ДПК). Диагностика *H. pylori* проводилась уреазным тестом (Хелпил-тест, ООО «АМА», Россия), дыхательным Хелик-тестом (с применением Хелик-тубок, ООО «АМА», Россия).

**Результаты.** При эндоскопическом исследовании у всех больных выявлялся гастробулит (в 32% – эрозивного характера), в 36% случаев – хронический рефлюксэзофагит. Варикозное расширение вен пищевода (ВРВП) I, II, III степеней было установлено у 40% больных. Положительная детекция *H. pylori* уреазным тестом в биопсийных образцах как желудка, так и ДПК, наблюдалась в 100% случаев. Чувствительность Хелик-теста с помощью Хелик-тубок составила 72%.

Таким образом, у пациентов с хронической НСВ-инфекцией выявляется целый комплекс сопутствующих поражений пищевода (эзофагит, ВРВП), желудка и ДПК (гастродуоденит), ассоциированных с *H. pylori*. Наиболее высокие результаты чувствительности показал уреазный Хелпил-тест.

### 330. Роль генетических особенностей макроорганизма в развитии хронической *Helicobacter pylori*-ассоциированной патологии гастродуоденальной области у детей

Файзуллина Р.А., Ахметов И.И., Абдуллина Е.В.  
Казанский ГМУ, Россия, e-mail: r868@mail.ru

**Цель исследования:** оценить влияние полиморфизма –511 Т/С гена интерлейкин-1β (*IL1B*) на течение хронической патологии гастродуоденальной области, ассоциированной с *H. pylori*, у детей.

**Материалы и методы.** Обследованы 96 детей от 7 до 17 лет с хронической *H. pylori*-ассоциированной гастродуоденальной патологией. У 81 ребенка выявлен хронический гастродуоденит (ХГД), у 15 – язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки (ЯБ

ДПК). Верификацию *H. pylori* проводили с помощью цитологического метода и ПЦР в биоптате антрального отдела желудка. Полиморфизм –511 Т/С гена *IL1B* определяли методом ПЦР.

**Результаты.** Проведенный анализ показал, что нормальный генотип С/С встречался у пациентов чаще (37,9%), чем гомозиготный мутантный генотип Т/Т (9,5%), а гетерозиготный мутантный генотип Т/С выявлен чаще (62,5%), чем генотип Т/Т. В частоте встречаемости генотипов между больными ХГД и ЯБ ДПК различий выявлено не было ( $p > 0,05$ ). При ХГД (87,7%) и ЯБ ДПК (93,3%) с большей частотой встречались носители С-аллеля. Мутантный Т-аллель был выявлен более чем у половины пациентов обеих групп (64,2% и 80% соответственно). Корреляционный анализ показал взаимосвязь между выраженностью кишечной метаплазии слизистой оболочки желудка и полиморфизмом –511 Т/С гена *IL1B* ( $r_s = +0,3$ ,  $p < 0,05$ ).

**Заключение.** Среди детей с ХГД и ЯБ ДПК часто встречались носители мутантного Т-аллеля. Обнаружение Т-аллеля в полиморфизме –511 гена *IL1B* у детей может расцениваться как фактор риска развития кишечной метаплазии. Поэтому для предотвращения атрофических изменений желудка у детей необходимо проведение своевременных лечебно-диагностических мероприятий с эрадикацией *H. pylori* и дальнейшим диспансерным наблюдением.

### 331. Особенности повреждения легочной ткани при экспериментальной странгуляционной тонкокишечной непроходимости у различных видов животных

Фастова И.А., Паршин А.С., Фастова Е.А.  
Волгоградский ГМУ, Россия

**Цель исследования:** выявить морфологические особенности повреждения легочной ткани при ишемии-реперфузии тонкой кишки у собак и крыс.

**Материалы и методы.** В экспериментах, выполненных под нембуталовым наркозом на 15 беспородных собаках и 26 белых крысах линии Wistar, воспроизводили острую странгуляционную тонкокишечную непроходимость (ОСТКН) путем нижнесрединной лапаротомии и наложения резинового жгута на брыжейку петли подвздошной кишки. Через 180 мин ишемии животным производилась релапаротомия с восстановлением кровотока путем снятия окклюзионного жгута с петли кишки. После выведения животных из эксперимента парафиновые срезы легких изготавливали и окрашивали по стандартной методике.

**Результаты.** Собаки значительно тяжелее переносили течение ОСТКН и редко выживали более 12-24 часов. Крысы переносили последствия ишемии-реперфузии значительно легче, с меньшим количеством летальных исходов, и поэтому длительность исследований была в течение нескольких суток. Повреждение легких у собак развивалось значительно быстрее, чем у крыс, и характеризовалось началом развития острого респираторного дистресс-синдрома уже через 6 часов реперфузии с формированием характерной морфологической картины: спадение и перерастяжение альвеол, их отек, повышение проницаемости (в просвете альвеол – эритроциты), появление гиалиновых мембран, интерстициального отека и множественных подплевральных кровоизлияний.

**Заключение.** Описанные морфологические изменения приводят к уменьшению жизненной емкости легких, к снижению альвеолярного напряжения кислорода, нарушению газообмена и способствуют ухудшению состояния организма. Полученные результаты нужно учитывать при выборе вида животного и длительности проводимого исследования при моделировании ОСТКН.

**332. Оптимизация сорбционной терапии у детей с ВЗК**Федорова О.В., Федулова Э.Н., Тутина О.А.  
Нижегородский НИИ детской гастроэнтерологии, РоссияЦель исследования: оптимизировать сорбционную терапию ВЗК у детей.

Селективный отечественный энтеросорбент «Энтеросгель®» (рег. № 003719/02) обладает выраженными селективными (не уменьшает всасывания витаминов, микроэлементов и кальция) сорбционными и детоксикационными свойствами. У детей с ВЗК он имеет целый ряд неоспоримых преимуществ. Имея органическую природу и высокую биосовместимость с тканями кишечника (органофилен), препарат быстро выводится из ЖКТ вместе с токсическими веществами и не проникает (гидрофобен) во внутреннюю среду организма через кишечный барьер. Он не повреждает слизистые оболочки ЖКТ (безопасен) и может применяться длительно (в течение нескольких месяцев), не вызывая атонии кишечника. Взаимодействуя со слизистой желудка, образует гидрогель, обеспечивая обволакивающий эффект, предохраняя клеточную поверхность от агрессивных воздействий и осуществляя адсорбцию продуктов язвенной деструкции. Препарат уменьшает избыточную микробную контаминацию тонкой кишки, не адгезируя и не угнетая сапрофитную микрофлору. Цитопротективные свойства препарата обусловлены восстановлением кишечного барьера, что сопровождается увеличением секретлируемых клетками слизистой оболочки кишечника sIgA, восстановлением структуры микроциркуляторного русла и позитивной морфологической динамики.

Таким образом, выраженная клиническая эффективность с отчетливым цитопротективным эффектом и удобная фармацевтическая форма (паста, гель) позволяет рекомендовать препарат «Энтеросгель®» для широкого применения у детей с ВЗК с целью эфферентной сорбционной терапии.

**333. Воспалительные заболевания кишечника у детей: особенности клиники, диагностики и лечения**Федорова О.В., Федулова Э.Н., Тутина О.А.,  
Медянцева Г.В.

Нижегородский НИИ детской гастроэнтерологии, Россия

Современное течение ВЗК у детей характеризуется возникновением болезни в более раннем возрасте, увеличением протяженности и активности поражения кишечника, более высокой частотой появления активных и стойких внекишечных проявлений.

За последние годы структура ВЗК претерпела существенные изменения в виде увеличения доли больных с БК почти в 3 раза (по данным ННИИДГ). Так, на 2011 г. на базе Центра ВЗК в НИИДГ наблюдались 85 больных: 25 НЯК и 20 БК из Нижегородской области (45 детей – 53%) и 27 НЯК и 13 БК из других регионов России (40 детей – 47%), из них 52 ребенка с НЯК (61,17%) и 33 с БК (38,82%). Для сравнения в 1988-1994 гг. с БК в институте наблюдались 14%, а с НЯК – 86% детей с ВЗК.

Комплексное обследование детей в институте проводится с использованием в том числе капсульной видеоэндоскопической системы GIVEN IMAGING с применением тонкокишечной видеокапсулы Model PCSB-2-10-L (Израиль). На сегодняшний день в институте проведено 72 исследования.

Учитывая современные представления о механизмах развития ВЗК с участием цитокинов в патогенезе этих заболеваний, нами для лечения рефрактерных форм и преодоления стероидорезистентности применялся инфликсимаб. Показаниями для лечения инфликсимабом служили среднетяжелые и тяжелые формы БК и НЯК с высокой активностью воспалительного процесса, неэффективность гормональной и цитостатической терапии или невозможность ее проведения, наличие осложнений (свищи). Препарат вводится внутривенно капельно медленно по схеме 0–2–6-й неделе и потом с интервалом 8 недель в разовой дозе 5 мг/кг массы тела. В течение 2011 г. на антицитокиновой терапии находились 15 детей с ВЗК (7 м+8 д) от 9 до 17 лет. Количество инфузий от 3 до 15 у каждого ребенка.

**334. Особенности диагностики и лечения ВЗК у детей**Федорова О.В., Федулова Э.Н., Тутина О.А.,  
Медянцева Г.В.

Нижегородский НИИ детской гастроэнтерологии, Россия

ВЗК у детей остаются одной из наиболее серьезных проблем в современной гастроэнтерологии, в частности, из-за наличия тяжелых, инвалидизирующих форм, резистентных к проводимой терапии. Нормальное физическое развитие наблюдалось лишь у 9% детей с ВЗК. Структура ВЗК за последние годы претерпела существенные изменения в виде увеличения доли больных с БК почти в 3 раза. Развитие заболевания сопровождается формированием комплекса патофизиологических реакций на всех уровнях регуляции, а именно: организменно-органотканевых, нейрогуморальных и адаптационно-микроциркуляторных, смешанных гипоксическо-метаболических изменений тканевого и клеточного уровней, системных аутоиммунных реакций; дисбиотических сдвигов. Важная патогенетическая роль отводится эндогенной интоксикации, выраженность которой обусловлена характером поражения и тяжестью процесса. С целью коррекции интоксикации применяли энтеросорбент «Энтеросгель», который обладает выраженными селективным, сорбционным и детоксикационными свойствами, снижает токсическую нагрузку на системы естественной детоксикации и риск развития инфекционных и аутоиммунных осложнений.

Для лечения рефрактерных форм и преодоления стероидорезистентности/зависимости применялся препарат «Инфликсимаб». Клиническая ремиссия была достигнута у 20 из 22 детей (91%). Длительность стабильного периода составила от 1,5 до 12 мес. Гормоны были отменены у 14 пациентов (93,3%). Прооперирован только 1 больной с НЯК (отменены гормоны) и 1 пациент с БК (по поводу свищей). В 3 случаях отмечена кратковременная реакция (13,6%) на инфузию, купировавшаяся временной ее остановкой. Важной проблемой остается прекращение данной терапии у больных при переходе их во взрослую сеть, что приводит к ухудшению течения заболевания.

**335. Употребление слабоалкогольных и энергетических напитков «молодыми» и «старыми» крысами**Федотова Т.Ф., Трубицына И.Е., Винокурова Л.В.,  
Михалев И.В., Агафонов М.А., Лагутина Л.Д.  
ЦНИИ гастроэнтерологии, Москва, Россия

Употребление алкогольных напитков экспериментальными животными меняет их поведение, вызывает агрессию и постепенное привыкание к алкогольным напиткам.

Целью наших исследований было изучение поведения и токсических повреждений печени, поджелудочной железы, сердца, почек крыс при употреблении слабоалкогольных (САН) и энергетических напитков (ЭН).

Материалы и методы. Использованы белые крысы массой 100-120 г – молодняк и 350-400 г – половозрелые. Опытные группы: I. «Молодые»; II. «Старые». Животные контрольной группы имели свободный доступ к воде и пище, напитков не получали. Животные опытных групп (по 4 крысы в каждой группе) также имели свободный доступ к воде и пище, и им были добавлены поилки с ЭН «Red Bull» и САН «Черным Русским». Аутопсия животных проводилась через 14 и 45 дней.

Результаты и обсуждение. Группы ЭН. «Молодые»: через 60 минут крысы стали пить ЭН, через 4-5 часов весь объем предложенного ЭН был выпит – 350 мл. Все животные предпочитали ЭН воде. Одновременно они съедали корма на 50% меньше. Воду не пили. «Старые»: крысы осторожно отнеслись к предложенному напитку, пить начали через 3-4 часа, весь объем предложенного питья был выпит через 16 часов, воду пили, но на 40-50% меньше, употребление корма снизилось на 30%. Группы САН. «Молодые» и «старые» крысы привыкли к САН одинаково и быстро, через 60 минут. Поведение животных в первые 60-90 минут – возбуждение, затем сонливость, выраженный опьяняющий эффект, особенно в группе «молодых». Употребление воды снизилось на 10%, пищи – на 35-40%. В группе «молодых» после приема САН у животных появляется чувство тревоги и агрессии.

В группе «старых» крыс присутствует опьяняющий эффект, они более спокойные и вялые, добавления САН они не требуют. Крысы отпихивают друг друга от поилки, но драк нет. Через 7-10 дней поведение животных оставалось без изменений – они предпочитали САН, потребление корма снижено, но меньше, чем в группе «молодых». Спят 70-80% дневного времени суток, опьяняющий эффект.

**Выводы.** Таким образом, молодые крысы быстро привыкают к САН, повышается толерантность к употреблению алкогольных напитков. У крыс появляется привычка, опьяняющий эффект наступает быстрее, чем в начале употребления САН. Появляются заболевания (воспаление легких), характерные для более взрослых животных. «Старые» крысы спокойнее; повреждения, нарушение кровотока, кровоизлияния более значительные, чем в группе «молодых».

### 336. Гемодинамический ответ на дофамин и прогнозирование развития рефрактерного асцита у больных циррозом печени

Федуленкова Л.В., Дроздов В.Н., Лазебник Л.Б., Петраков А.В.  
ЦНИИ гастроэнтерологии, Москва, Россия

В прогнозе терапии асцита у больных циррозом (ЦП) и развития осложнений (резистентный асцит) важную роль играет возникновение гипердинамического типа кровообращения и внутриклубочковой гипертензии (ВКГ). Степень ВКГ может быть исследована с помощью дофамина, который в малых дозах (2-3 мкг/кг/мин) улучшает почечный кровоток и повышает почечную фильтрацию. В настоящее время нет исследований по использованию дофамина в качестве диагностической пробы при контроле асцита и его осложнений.

**Цель:** оценить влияние дофамина на системную гемодинамику, почечную функцию и прогнозирование течения асцита у больных ЦП.

**Материалы и методы.** В исследование включен 51 больной ЦП с нормальным уровнем сывороточного креатинина (средний возраст  $54 \pm 3$  года, мужчин 90,3%, женщин 9,7%). Всем больным проведены исследования: суточный объем мочи (СОМ), экскреция натрия с мочой (ЭН), скорость клубочковой фильтрации (СКФ), 24-часовое мониторирование АД до и после введения дофамина в дозе 2-3 мкг/кг/мин в течение 4 часов. Увеличение СКФ менее 5% – достоверный показатель выраженной ВКГ и развития рефрактерного асцита (увеличение СКФ более 10-15% – показатель нормы, СКФ менее 6-9% – начальный признак ВКГ).

**Результаты.** У 25 больных (48,5%) на фоне введения дофамина выявлено достоверное увеличение СОМ ( $p=0,03$ ), ЭН ( $p=0,04$ ), СКФ (более 10%,  $p=0,035$ ), среднего АД ( $p=0,01$ ). Данная группа имела низкий риск развития рефрактерного асцита ( $p=0,001$ ). У 20 больных (30,9%) (9 больных – класс В по Чайлду – Пью, 8 – класс С по Чайлду – Пью) выявлено достоверное увеличение СОМ и среднего АД, но незначительное повышение СКФ (менее 6-9%,  $p=0,05$ ). У 6 больных (11,6%) (2 больных – класс В по Чайлду – Пью, 4 больных – класс С по Чайлду-Пью) зафиксировано: СКФ < 5%, отсутствие достоверного увеличения СОМ и ЭН, что означает высокий риск развития рефрактерного асцита в данной группе.

**Вывод.** Гемодинамический ответ на дофамин является показателем, прогнозирующим течение асцита и риска развития осложнений (рефрактерный асцит, гепаторенальный синдром).

### 337. Роль психологических тестовых методик в выборе способа эндохирургических антирефлюксных вмешательств у больных гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью

Финогенов В.В.  
Клиника «Частный доктор», Москва, Россия,  
e-mail: finogenov.vlad@mail.ru

**Цель исследования:** обоснование выбора способа эндохирургических антирефлюксных оперативных вмешательств у больных гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью (ГЭРБ) на основе данных тестовых методик изучения психологического профиля

личности, выявленного с помощью опросников формально-динамических свойств индивидуальности по В.М. Русалову и характерологических особенностей по О.Н. Маноловой и изучения социально-психологических особенностей формирования и развития психосоматических заболеваний ЖКТ с исследованием превалирующих психологических защит по Е.С. Романовой и Л.Р. Гребенникову.

С 1993 по 2011 гг. лапароскопически прооперированы 508 больных с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью и грыжами пищевого отверстия диафрагмы. Для коррекции функции эзофагогастрального перехода выполнялись различные варианты видеоэндохирургических антирефлюксных операций.

283 больным, приглашенным на катанез, были проведены указанные психологические тесты. Удовлетворенность результатами лечения пациентов, перенесших операцию 5 и более лет назад, составила 83%. Наибольший процент (9,1%) неудовлетворенных результатами лечения через 5 лет составляет группа пациентов, перенесших фундопликацию по Nissen и Nissen-Rosetti и имеющих в психологическом статусе наличие психологических защит инфантильного контекста, тип нервной деятельности лабильный и неуравновешенный, что усугубляется характерологическими особенностями застревающего характера с выраженной ригидностью аффекта.

**Выводы.** Выбор метода лапароскопической фундопликации требует индивидуального подхода, который предполагает не только учет анатомических и физиологических особенностей пациента и его заболевания, но также его психологических особенностей, отражающихся на выраженности степени нарушений моторной и секреторной функции комплекса органов «пищевод – желудок – двенадцатиперстная кишка».

### 338. Эндоскопически негативная ГЭРБ в аспекте психологических особенностей больных

Фирсова Л.Д.  
ЦНИИ гастроэнтерологии, Москва, Россия

**Цель исследования:** изучение психологических особенностей больных эндоскопически негативной ГЭРБ.

**Материал и методы:** 30 больных с ГЭРБ в эндоскопически негативной стадии (12 мужчин, 18 женщин, средний возраст  $45,6 \pm 17,1$  года) и 30 больных ГЭРБ в стадии эзофагита (16 мужчин, 14 женщин, средний возраст  $46,5 \pm 16,3$  года); психодиагностические методики: СМОЛ, опросник LSI Плутчика, ЦТО Люшера.

**Результаты.** С использованием статистики Фишера выявлены статистически достоверные различия по следующим субшкалам СМОЛ: ипохондрия ( $p=0,02$ ), ригидность установок ( $p=0,05$ ), эмоциональная лабильность ( $p=0,02$ ), оптимизм ( $p=0,02$ ), что в сопоставлении с клиническими наблюдениями позволяет отметить следующие черты, в большей степени характерные для больных эндоскопически негативной ГЭРБ: склонность к фиксации на своих телесных ощущениях, ригидность установок в трактовке происходящего, выражающаяся в наличии теорий относительно происхождения и «правильных» способов лечения беспокоящих симптомов; эмоциональная лабильность с оттенком демонстративности и стремлением привлечь к себе внимание окружающих, настоятельно требовать сопереживания со стороны других, подчеркивать склонность к депрессивным состояниям. Изучение спектра психологических защит свидетельствует о недостаточном использовании защит высокого уровня (компенсация, интеллектуализация, реактивное образование). Анализом частоты встречаемости слов-стимулов в зонах эмоционального принятия-отвержения по методике ЦТО показано, что у 23% больных эндоскопически негативной ГЭРБ слово «болезнь» оказалось эмоционально принимаемым ( $p=0,01$  в сравнении с группой больных ГЭРБ в стадии эзофагита).

**Заключение.** Полученные данные свидетельствуют о существовании особенностей психологического восприятия болезни у больных эндоскопически негативной ГЭРБ, которые необходимо учитывать при проведении индивидуальной психотерапии.

**339. Свободнорадикальные процессы в ткани перифокальной зоны опухоли толстой кишки**

Франциянц Е.М., Геворкян Ю.А., Комарова Е.Ф.,  
Никипелова Е.А., Аверкин М.А.  
РНИОИ, Ростов-на-Дону, Россия

**Цель исследования:** выявить особенности активности показателя свободнорадикальной системы перифокальной зоны опухоли толстой кишки.

**Материалы и методы.** Изучалась активность СОД, СПА, каталазы, содержание МДА и витаминов А, Е в 46 образцах ткани перифокальной зоны опухоли (ПЗ), самой опухоли, а также по линии резекции (интактная ткань).

**Результаты.** В ПЗ уровень содержания продуктов ПОЛ – МДА был снижен относительно интактной ткани в 2,3 раза, а ткани опухоли – более чем в 2,4 раза. Общая активность СОД была снижена в 3,7, Cu-Zn-зависимой СОД – в 1,8, Mn-зависимого изофермента СОД – в 4,1 раза по сравнению с интактной тканью, при этом активность СОД была выше, чем в ткани неоплазмы в 2,1, 1,7 и 2,2 раза соответственно. Активность каталазы в ПЗ толстой кишки была на 37,3% выше показателей в интактной ткани и на 20% ниже, чем в ткани опухоли. СПА в ПЗ была повышена в 9,3 раза относительно контроля и на 18,7% ниже, чем в ткани опухоли. Коэффициенты СОД/каталаза и СОД/СПА были ниже, чем в интактной ткани, в 5,1 раза и 33,9 раза соответственно, однако превосходили показатели в ткани опухоли в среднем в 2,6 раза. Уровень содержания витамина Е в ПЗ был на 23% ниже, чем в интактной ткани, а витамина А не отличался от контроля. Относительно показателей в ткани опухоли уровень витаминов был повышен на 33,3% и 38,8% соответственно.

Таким образом, в ПЗ толстой кишки отмечено практически такое же нарушение соотношения в системе ПОЛ – антиоксиданты, как и в ткани самой злокачественной опухоли. Все исследованные показатели в перифокальной зоне опухоли занимали промежуточное положение между значениями в интактной ткани и опухоли толстой кишки.

**340. Половые гормоны в опухолевой ткани различных морфологических форм рака желудка**

Франциянц Е.М., Геворкян Ю.А., Комарова Е.Ф.,  
Сальникова М.М.  
РНИОИ, Ростов-на-Дону, Россия

**Цель исследования:** изучение участия стероидов в развитии различных гистологических форм рака желудка.

**Материал и методы.** В опухолевой ткани 48 пациентов (возраст от 52 до 69 лет), которым было выполнено оперативное вмешательство в радикальном объеме, определяли уровень прогестерона (Р<sub>4</sub>), тестостерона (Т), эстрадиола (Э<sub>2</sub>).

**Результаты.** Содержание Р<sub>4</sub> у мужчин в ткани аденокарциномы (АК) и при сочетании аденокарциномы с перстневидноклеточным раком (АК+П) желудка было повышено в среднем в 5,5 раза, в ткани перстневидноклеточного рака (П) – в 3,5 раза; у женщин – при АК+П было повышено как относительно интактной ткани, так и ткани АК соответственно в 9 и 2,2 раза. Активность Э<sub>2</sub> в ткани различных гистотипов рака желудка была повышена как у мужчин, так и у женщин: в ткани АК – в 2,6 раза, при АК+П – в 2,5 раза. Ткань П рака мужчин характеризовалась повышением активности в 3,8 раза, у женщин – только в 1,6 раза. Уровень Т был повышен в ткани аденокарциномы желудка у мужчин и женщин соответственно в 6,7 и 10,2 раза, при АК+П в среднем в 8,5 раза, у женщин с П – в 5,5 раза, у мужчин – более чем в 40 раз.

**Заключение.** Ткань перстневидноклеточного рака имеет метаболические особенности: у женщин имеет место выраженная локальная гиперэстрогения на фоне неизменной активности прогестерона, у мужчин – локальная гиперандрогения на фоне повышенного прогестерона. Обнаруженные изменения метаболизма стероидов на уровне опухолевой ткани свидетельствует об их участии в развитии неоплазмы желудка.

**341. Состояние свободнорадикальных процессов в ткани опухолей желудка различных гистотипов**

Франциянц Е.М., Геворкян Ю.А., Комарова Е.Ф.,  
Сальникова М.М.  
РНИОИ, Ростов-на-Дону, Россия,  
e-mail: super.gormon@ya.ru

**Цель исследования:** изучение показателей активности свободнорадикальных процессов в ткани различных гистотипов рака желудка.

**Материал и методы.** В образцах ткани опухолей желудка и по линии резекции (интактная ткань) 48 пациентов в возрасте от 52 до 69 лет определяли активность СОД, каталазы, МДА.

**Результаты.** Уровень МДА в опухолевой ткани вне зависимости от гистотипа был снижен по сравнению с интактной тканью в среднем в 2,3 раза. Активность СОД в ткани умеренно дифференцированной аденокарциномы была снижена на 34,3%, активность каталазы не отличалась от интактной, величина коэффициента СОД/каталаза – ниже на 31%. В ткани низкодифференцированной аденокарциномы активность СОД и каталазы была снижена в 2,2 раза и 2,9 раза соответственно, коэффициент СОД/каталаза превосходил показатель в интактной ткани на 28,6%. В ткани перстневидноклеточного рака активность СОД была снижена в 3 раза относительно интактной, каталазы – повышена на 61,2%, коэффициент СОД/каталаза при перстневидноклеточном раке был ниже в 4,4 раза. Все исследуемые показатели в ткани при сочетании перстневидноклеточного рака и аденокарциномы вне зависимости от степени ее дифференцировки достоверно не отличались от значений в ткани перстневидноклеточного рака.

**Заключение.** В ткани злокачественных опухолей желудка различного гистологического строения свободнорадикальные процессы репрессированы. Имеются принципиальные различия в метаболизме тканей аденокарцином и перстневидноклеточного рака, а также опухоли смешанной гистологической структуры.

**342. К вопросу о патогенезе острого послеоперационного панкреатита у онкологических больных**

Франциянц Е.М., Маслов А.А., Козлова Л.С., Малинин С.А.  
РНИОИ, Ростов-на-Дону, Россия,  
e-mail: super.gormon@ya.ru

**Цель исследования:** изучение баланса компонентов кининовой системы (КС) и ингибиторов (И) плазмы крови в периоды до операции (д/о) и после операции (п/о) при гастрэктомии и спленэктомии (ГиС) для уточнения патогенеза развития осложнения – острого послеоперационного панкреатита (ОПП).

**Материалы и методы.** У 40 больных (Т1-3NхM0), подвергавшихся ГиС с последующим традиционным внутривенным введением гордокса, п/о период протекал по-разному: у 33 – без осложнений (1-я группа – 1Г), у 7 – на 2-4-е сутки развился ОПП (2-я группа – 2Г), т.е. в 17,5% случаев. Баланс прекалликреина с калликреином (ПК/К) у больных 1Г д/о был на 33,3% выше, чем у больных 2Г, в 1-е сутки – одинаковый. Баланс К с карбоксипептидазой N (К/КОПН) и К с α-2-макроглобулином (К/α-2М) д/о был на 30,2% и на 51% ниже у больных 1Г. В 1-е сутки п/о коэффициенты К/КОПН и К/α-2М были на 23,7% и на 38,5% выше в 1Г, чем во 2Г. Баланс К с α-1-протеиназным ингибитором (К/α-1ПИ) д/о был одинаков в 1Г и 2Г, а в 1-е сутки п/о – в 1Г на 84,9% выше, чем во 2Г. Различия между группами достоверны (p<0,01) по всем перечисленным показателям и их балансу. Это свидетельствует о том, что нарушения в КС, И у ряда пациентов выражены в высокой степени еще д/о, что могло явиться предпосылкой развития ОПП. При ГиС и интраоперационном травмировании паренхимы поджелудочной железы происходило усиление ее ферментативной активности, снижение эффективности ингибиторного контроля, однако большое значение имела и предрасположенность больного к развитию ОПП.

**Вывод.** Источником КС, ингибиторов и нарушение баланса внутри КС и К с ингибиторами в плазме крови 2Г до ГиС играло решающую роль в патогенезе ОПП.

**343. Прогнозирование развития острого послеоперационного панкреатита при раке желудка**  
Франциянц Е.М., Маслов А.А., Козлова Л.С., Малинин С.А.  
РНИОИ, Ростов-на-Дону, Россия,  
e-mail: super.gormon@ya.ru

**Цель исследования:** предоперационное выявление предрасположенности онкологического больного к развитию острого послеоперационного панкреатита в раннем послеоперационном (п/о) периоде при операциях на желудке с показаниями к спленэктомии.

**Материалы и методы.** Обследованы 22 больных с диагнозом «рак желудка» (Т1-3NхM0), подвергавшихся операции по удалению злокачественной опухоли желудка с показаниями к удалению селезенки. До операции в крови определяли активность калликреина (К) и содержание его предшественника прекалликреина (ПК), рассчитывали коэффициент соотношения прекалликреин/калликреин (ПК/К). Установлено, что у 6 больных в цитратной плазме крови, взятой за сутки до операции, активность калликреина составляла (87,27±4,16) мед./мл, а содержание ПК – (101,8±4,9) мед./мл. Коэффициенты соотношения ПК/К у этих больных составляли 1,17±0,06, что в 6,3 раза ниже нормы. Это сопровождалось развитием осложнения – острого послеоперационного панкреатита (ОПП) на 2-8-е сутки после операции «гастрэктомия + спленэктомия». У 32 практически здоровых доноров активность К составляла (47,8±3,4) мед./мл, содержание ПК – (352,0±14,4) мед./мл, коэффициент ПК/К – 7,36±0,41. У 16 больных с неосложненным п/о периодом активность К перед операцией составляла (162,0±8,5) мед./мл, содержание ПК – (231,3±11,4) мед./мл. Коэффициент ПК/К составил 1,7±0,1, что на 46,2% выше, чем у пациентов с ОПП.

**Вывод.** При значениях коэффициента ПК/К до операции от 1,02 до 1,2 прогнозируется развитие ОПП, при значениях более 1,2 прогнозируется отсутствие предрасположенности к развитию ОПП. Информативность метода составляет 88,4%.

**344. Оценка предоперационной экстракорпоральной фармакотерапии при раке желудка для профилактики острого послеоперационного панкреатита**

Франциянц Е.М., Маслов А.А., Козлова Л.С.,  
Ушакова Н.Д., Малинин С.А.  
РНИОИ, Ростов-на-Дону, Россия,  
e-mail: super.gormon@ya.ru

**Цель исследования:** оценка эффективности профилактического лечения острого послеоперационного панкреатита (ОПП) при операциях по поводу рака желудка с показаниями к спленэктомии.

**Материалы и методы.** В плазме крови 44 больных с диагнозом «рак желудка» (Т1-3NхM0), подвергавшихся операции «гастрэктомия с показаниями к спленэктомии» в 1-е сутки после операции (п/о) определяли активность трипсиноподобных протеиназ (АТП) и  $\alpha$ -1-протеиназного ингибитора ( $\alpha$ -1ПИ). В день операции проводили предоперационную экстракорпоральную фармакотерапию гордоксом на аутоплазме, обогащенной лейкоцитами (ЭФГАОЛ). У 32 здоровых доноров АТП плазмы крови составляла (351,4±17,6) мЭЕ/мл,  $\alpha$ -1ПИ – (27,81±0,97) ИЕ/мл, АТП/ $\alpha$ -1ПИ – 12,7±0,6. В первые сутки п/о установлено, что у 37 больных АТП составляла (552,0±24,7) мЭЕ/мл,  $\alpha$ -1ПИ – (44,46±2,1) ИЕ/мл. Отношение АТП/ $\alpha$ -1ПИ составляло 12,5±0,6, что является нормой. У этих пациентов п/о период протекал благополучно, признаков ОПП не наблюдалось. У 7 больных АТП составляла (708,0±30,6) мЭЕ/мл,  $\alpha$ -1ПИ – (32,9±1,7) ИЕ/мл, коэффициент АТП/ $\alpha$ -1ПИ составлял 21,5±1,1. У указанных 7 больных на 2-4-й день после операции появились признаки ОПП, что требовало дополнительных процедур ЭФГАОЛ.

**Вывод.** Изменения АТП/ $\alpha$ -1ПИ до 20 единиц в течение 1-х суток после ЭФГАОЛ и оперативного лечения является положительным признаком, свидетельствующим об эффективности ЭФГАОЛ. Величина АТП/ $\alpha$ -1ПИ, равная 20 единицам и более, является неблагоприятным прогностическим признаком и указывает на необходимость дополнительных процедур ЭФГАОЛ для профилактики ОПП.

**345. Комплексный метод лечения ахалазии кардии**  
Фролов А.В., Прищепо М.И., Кригер П.А., Гукасян Э.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 в качестве причины дисфагии занимает третье место (5-8%) после рака пищевода и рубцовых постожоговых стриктур.

Отсутствие понимания этиологии и патогенеза патологического процесса ведет к появлению разнообразных взглядов на способы лечения данной патологии. Так, многие хирурги основным методом лечения считают выполнение оперативного вмешательства в объеме внеслизистой кардиомиотомии с различными модификациями формирования клапанного антирефлюксного механизма. Особенно широкое распространение данная тактика приобрела после внедрения в практику лапароскопии в качестве рутинного оперативного вмешательства.

В клинике торакальной хирургии МОНИКИ проведено лечение 288 пациентам с АК, всего – 426 случаев лечения. При этом оперативное вмешательство было выполнено в 150 случаях (52,1%); у 127 (44,1%) больных в качестве первичного метода лечения, у 33 (11,5%) – после проведенного ранее комплексного лечения (из них в 9 случаях – после проведения курса медикаментозной терапии без инструментального расширения кардии).

Таким образом, в лечении 138 (47,9%) пациентов проведение комплексного метода (инструментальное расширение и медикаментозная терапия) оказалось достаточным для ликвидации дисфагии, то есть достижения положительного эффекта.

При оценке непосредственных результатов комплексного лечения данной группы в 62% случаев по совокупности клинической картины и рентгенологических данных результаты оценены как хорошие, у 27% – удовлетворительные. В 11% случаев результат признан неудовлетворительным.

Неудовлетворительный результат явился показанием для хирургического лечения и определялся развитием рецидива АК в сроки от 1 до 3 месяцев.

Таким образом, комплексный метод лечения АК при правильной постановке показаний, а также адекватном объеме лечения дает положительный результат у 89% пациентов, обеспечивает хорошее и удовлетворительное качество жизни и позволяет избежать выполнения оперативного вмешательства.

## X

**346. Изменения биохимического состава желчи при хроническом вирусном гепатите В и С**  
Хайбуллина В.К., Фазылов В.Х., Ткачева С.В.  
Казанский ГМУ, Россия

**Цель исследования:** изучить биохимический состав желчи при хроническом вирусном гепатите (ХВГ) в зависимости от активности воспалительного процесса и вирусной нагрузки.

**Материал и методы.** Проведено определение концентрации холестерина, билирубина и холевой кислоты в желчи, полученной методом фракционного дуоденального зондирования у 97 больных ХВГ В (21), С (66) и В+С (10). Средний возраст больных составлял (28,9±1,1) года, мужчин было 80, женщин – 17. Вирусную нагрузку в крови оценивали полуколичественным методом с помощью ПЦР, активность воспалительного процесса – по степени повышения активности АЛТ в крови.

**Результаты.** Изменения биохимического состава желчи (порции В и С) были обнаружены у всех больных. Были обнаружены снижение концентрации билирубина, холестерина и холевой кислоты (соответственно (2,6±0,4) ммоль/л, (0,9±0,2) ммоль/л и (1,9±0,9) ммоль/л в порции В; (0,6±0,1) ммоль/л, (0,5±0,1) ммоль/л и (1,0±0,5) ммоль/л в порции С). Степень снижения концентрации билирубина и холестерина коррелировала с активностью воспалительного процесса ( $r = -0,27 - 0,30$  и  $-0,28 - 0,22$ ,  $p < 0,05$ ). При ХВГ С схожая корреляция прослеживалась относительно степени вирусной нагрузки ( $r = -0,29 - 0,39$  и  $-0,25 - 0,28$ ,  $p < 0,05$ ). Кроме того, при ХВГ С (но не при ХВГ В) обнаружена отрицательная корреляция

концентрации холевой кислоты со степенью вирусной нагрузки ( $r = -0,62$  и  $-0,67$ ,  $p < 0,05$ ).

**Выводы.** Дисхолия, отражающая нарушение секреторной функции гепатоцитов (билиарную недостаточность), развивается у всех больных ХВГ, ее выраженность зависит от активности воспалительного процесса в печени, а при ХВГ С – и от степени вирусной нагрузки.

#### 347. К вопросу профилактики дисбиоза в лечении язвенной болезни

Хамрабаева Ф.И.

Ташкентский институт усовершенствования врачей,  
Узбекистан

**Цель исследования:** изучить эффективность эрадикационной терапии в комплексе с пробиотиком (энтерожермина) в качестве профилактики дисбиоза.

**Материал и методы.** В исследовании участвовали 102 больных с язвенной болезнью, ассоциированной с *Helicobacter pylori*. Всем пациентам проводилось эндоскопическое исследование с прицельной биопсией по общепринятой методике и исследование кала на дисбактериоз. Больные были разделены на 2 группы: 1-я группа получала трехкомпонентную терапию (рабемак 40 мг/сут, кларитромицин 1000 мг/сут и амоксициллин по 2000 мг/сут) в комплексе с пробиотическим препаратом (энтерожермина) 3 фл./сут в течение 14 дней; 2-я группа – группа сравнения получала трехкомпонентную терапию (рабемак 40 мг/сут, кларитромицин 1000 мг/сут и амоксициллин по 2000 мг/сут) в течение 14 дней. После завершения эрадикационной терапии больные продолжали прием рабемака 20 мг/сут до полного рубцевания язвенного дефекта.

**Результаты исследования.** В группе пациентов, не использовавших пробиотики, значимых изменений состава микрофлоры кишечника не наблюдалось, однако выявлялось незначительное угнетение микробного роста всех представителей кишечной микрофлоры. У больных другой группы после курса эрадикационной терапии в комплексе с пробиотиком обнаружено достоверное ( $p < 0,05$ ) увеличение количества бифидобактерий и лактобактерий. Также было выявлено достаточно выраженное уменьшение количества бактерий, относящихся к патогенной и условно патогенной микрофлоре. В совокупности эти изменения в конечном итоге приводили к уменьшению степени дисбиоза кишечника в этой группе больных.

**Выводы.** Полученные данные свидетельствуют, что на фоне традиционной эрадикационной терапии целесообразно назначение пробиотических препаратов в целях профилактики дисбиотических нарушений в толстой кишке.

#### 348. Объективные и субъективные подходы в лечении больных ГЭРБ с синдромом вегетативной дистонии

Хамрабаева Ф.И., Алявия Ф.А., Юлдашева Л.И.

Ташкентский институт усовершенствования врачей,  
Узбекистан

**Целью работы** явилось исследование внутренней картины болезни и качества жизни у больных с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью (ГЭРБ) с синдромом вегетативной дистонии (СВД).

**Материалы и методы.** Были обследованы 22 больных ГЭРБ с СВД. У всех больных исследовали психологические особенности и качество жизни по шкале Пирса – Харриса. С помощью опросного и проективного методов у больных были исследованы эмоционально-волевая сфера, самооценка и уровень притязаний. Всем больным в динамике проведено эндоскопическое исследование пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки, внутрижелудочная рН-метрия. Определялся исходный вегетативный тонус, вегетативная реактивность и обеспечение функций.

**Результаты.** У исследуемых больных был выявлен высокий уровень как ситуативной, так и личностной тревожности (85,71%), достаточно высокий уровень непродуктивной нервно-психической напряженности, заключающейся в неумеренно завышенном расходовании нервно-психических ресурсов при низ-

ком коэффициенте полезного действия (60%). Изучение особенностей самооценки и уровня притязаний показало, что эти показатели адекватны (54,28%). В ходе исследования мы получили среднее значение качества жизни больных по Шкале Пирса – Харриса (которая содержит в себе критерии ВОЗ). Значения критериев оценки качества жизни (поведение, трудовой статус, внешность, тревожность, популярность, счастье, здоровье, психосоциальный статус) у хронически больных лиц, находящихся в стационаре, в целом близки к средним, что может говорить о формально удовлетворительном состоянии этих лиц.

**Выводы.** Таким образом, сопоставление объективных (качество жизни) и субъективных (внутренняя картина болезни) подходов в лечении больных ГЭРБ с СВД и их коррекция позволяют повысить эффективность терапии и удлинить период ремиссии.

#### 349. Изменение газового состава крови у больных язвенной болезнью

Хамрабаева Ф.И., Ибрагимов А.Ю., Атабаева С.М.

Ташкентский институт усовершенствования врачей,  
Республиканская клиническая больница № 1, Узбекистан

**Цель исследования:** изучение газового состава крови у больных язвенной болезнью (ЯБ) желудка и двенадцатиперстной кишки.

**Материал и методы.** Под нашим наблюдением находились 86 больных с ЯБ желудка и двенадцатиперстной кишки. Всем больным проводилась фиброгастродуоденоскопия и исследования показателей кислотно-щелочного состояния крови и ПОЛ.

**Результаты.** Исследование газового состава крови у больных ЯБ показало, что обострение заболевания сопровождается снижением  $p(O_2)$  до  $(50,5 \pm 1,2)$  мм. рт. ст. и  $p(CO_2)$  до  $(46,1 \pm 0,6)$  мм. рт. ст., увеличением SB до  $(25,9 \pm 0,2)$  ммоль/л и снижением уровня сатурации крови кислородом до  $(80,6 \pm 2,1)\%$  против  $(96,6 \pm 0,2)\%$  в группе сравнения. Увеличение  $p(CO_2)$  и рост уровня  $HCO_3^-$  в плазме крови способствует избытку ионов  $H^+$ , усиливает отщепление от белков ионов  $K^+$  и приводит к частичному перемещению их во внеклеточное пространство в обмен на ион  $Na^+$ .

**Выводы.** Таким образом, у больных ЯБ состояние метаболического ацидоза сочетается с гипокалиемией и тканевой гипоксией за счет низкой сатурации крови кислородом, что является одной из причин накопления продуктов перекисного окисления липидов (в большей степени малонового диальдегида и в меньшей степени ацилгидроперекисей), свидетельствующих о его глубине и степени выраженности процесса.

#### 350. Значение гемостаза в патогенезе язвенной болезни

Хамрабаева Ф.И., Султанова Д.А.

Ташкентский институт усовершенствования врачей,  
Узбекистан

**Цель исследования:** изучить характер изменений в некоторых показателях гемостаза у больных язвенной болезнью (ЯБ) желудка и двенадцатиперстной кишки.

**Материал и методы исследования.** Под нашим наблюдением находились более 64 больных с ЯБ желудка и двенадцатиперстной кишки. В план обследования кроме целенаправленного сбора анамнеза и клинико-лабораторных исследований входили также фиброгастроскопия, рентгеноскопия желудка, исследование базальной и стимулированной желудочной секреции и некоторых показателей системы гемостаза.

**Результаты исследования.** Выявлено, что у больных ЯБ отмечено появление гиперфибриногенемии, уменьшение показателей активированного парциального тромбoplastинового времени (АПТВ) и активированного времени рекальцификации (АВР) по сравнению с данными группы сравнения ( $p < 0,05$ ).

Истощение антикоагулянтного потенциала крови у больных с ЯБ в стадии обострения выражалось в уменьшение содержания антитромбина-III в плазме крови. Уровень концентрации продуктов деградации фибрина и фибриногена у больных ЯБ достоверно не повышался, что свидетельствует о недостаточном увеличении интенсивности внутрисосудистого свертывания крови. Между тем, при этом возникает тромбофилическое состояние и высокий риск развития синдрома ДВС крови.

**Выводы.** Таким образом, при обострении ЯБ происходит активация прокоагулянтного, тромбоцитарного звеньев системы гемостаза. Об этом свидетельствует умеренная гиперфибриногенемия, укорочение АПТВ и уменьшение содержания анти-тромбина-III, что следует учитывать в патогенетическом лечении больных ЯБ.

### 351. Новые аспекты антисекреторной терапии в лечении хронического панкреатита

Хамрабаева Ф.И., Султанова Д.А.  
Ташкентский институт усовершенствования врачей,  
Узбекистан

**Цель исследования:** изучение клинической эффективности рабепразола (рабемак) в комплексной терапии обострения хронического панкреатита.

**Материал и методы.** Всем больным проведена эзофагогастро-дуоденоскопия, ультразвуковое исследование, исследование панкреатических ферментов. Динамику болевого абдоминального синдрома оценивали по методике субъективной оценки выраженности болевого синдрома (по десятибалльной шкале). Больных разделили на 3 группы по выраженности болевого абдоминального синдрома; 20 больных получали омепразол 40 мг/сут., 22 – пантопризол 80 мг/сут., 25 – рабепразол (рабемак) 40 мг/сут.

**Результаты.** На фоне назначенной терапии во всех группах отмечалась тенденция к уменьшению выраженности болевого абдоминального синдрома, значительное снижение интенсивности болевого абдоминального синдрома отмечено во второй и третьей группе больных – до (7,2±0,9) балла и (6,4±0,7) балла соответственно. Содержание панкреатической амилазы крови до начала лечения было достоверно повышенным во всех группах – (144,8±10,2), (152,1±9,8) и (149,7±7,2) ед./л соответственно по сравнению с контрольными значениями, составляющими (41,2±10,2) ед./л,  $p < 0,05$ . После проведенного лечения в обеих группах отмечена тенденция к снижению этого показателя по сравнению с исходными значениями ( $p < 0,05$ ) и сближение их с контрольными величинами – (53,9±7,3), (48,8±7,5) и (42,8±11,3) ед./л соответственно.

**Выводы.** Таким образом, пантап (пантопризол) и рабепразол оказывают более выраженный антисекреторный эффект по сравнению с омепразолом. Выявленная зависимость между степенью подавления желудочного кислотообразования и выраженностью болевого абдоминального синдрома, уровнем редукции биохимических показателей поджелудочной железы позволяет рекомендовать включение пантапа и рабепразола в схему комплексной терапии хронического панкреатита.

### 352. Применение ферментного препарата «Тризим микрокапс» в лечении хронического панкреатита в зависимости от показателя фекальной эластазы

Хамрабаева Ф.И., Юлдашева Г.Р.  
Ташкентский институт усовершенствования врачей,  
Узбекистан

**Цель исследования:** изучение клинической эффективности ферментного препарата «Тризим микрокапс» в лечении хронического панкреатита в зависимости от показателя фекальной эластазы.

**Материал и методы.** Были исследованы 59 больных с хроническим панкреатитом. Для верификации диагноза всем больным выполнено трансабдоминальное ультразвуковое исследование и определение эластазы в кале. Динамику болевого абдоминального синдрома оценивали по методике субъективной оценки выраженности болевого синдрома (по десятибалльной шкале). Исследованные 1-й группы (33 больных) принимали классические таблетки панкреатина в кислотоустойчивой оболочке во время еды, 2-я группа (37 больных) принимала препарат «Тризим микрокапс» 10.000 по 1-2 таблетки во время еды.

**Результаты.** Исследование показателей содержания эластазы в кале до лечения показало тенденцию к их снижению в обеих группах пациентов: в первой группе соответствующий показатель составил (162,5±15,2) мкг/г, а в группе сравнения – (201,6±12,8) мкг/г ( $p > 0,05$ ). После проведенного лечения показа-

тели эластазы в кале составили (215,8±19,1) мкг/г в первой группе и (248,2±11,7) мкг/г во второй группе больных. Проведенные исследования также показали, что в первой группе больных на фоне приема препаратов панкреатина абдоминальная боль уменьшилась, но незначительно, что подтверждается показателями выраженности болей, которые до лечения составили (9,7±0,2) балла, а после лечения (9,5±0,7) балла. Во второй же группе наблюдалось достоверное снижение этого показателя после лечения – (6,3±0,9) балла против (9,7±0,7) балла.

**Выводы.** Таким образом, проведенными исследованиями доказано, что более эффективным ферментным препаратом в лечении больных хроническим панкреатитом является препарат «Тризим микрокапс», который по сравнению с классическими препаратами панкреатина оказывает более выраженный клинический эффект, что подтверждается лабораторными показателями проявлений недостаточности экзокринной функции поджелудочной железы.

### 353. К лечению сочетанной патологии ГЭРБ и хронического панкреатита

Хамрабаева Ф.И., Юлдашева Г.Р.  
Ташкентский институт усовершенствования врачей,  
Узбекистан

**Целью исследования** явилось изучение влияния рабепразола (рабемака DSR) на клиническое течение хронического панкреатита, сочетающегося с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью (ГЭРБ).

**Материал и методы.** В исследовании участвовали 32 больных с ГЭРБ. Всем исследуемым больным в динамике проведено эндоскопическое исследование пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки (ДПК), внутрижелудочная рН-метрия. Схема лечения включала рабепразол (рабемак DSR) по 20 мг 2 раза в сутки. Продолжительность лечения 14 дней.

**Результаты исследования.** Рабемак DSR блокирует  $H^+/K^+$ -АТФазу секреторной мембраны париетальных клеток слизистой оболочки желудка, прекращая выход ионов водорода в полость желудка, блокируя заключительную стадию секреции соляной кислоты, тем самым снижая уровень базальной и стимулированной секреции. Кроме того, он обладает высокой липофильностью, легко проникает в париетальные клетки слизистой оболочки желудка, где накапливается при кислом значении pH. Это действие препарата приводит к снижению уровня базальной и стимулированной секреции независимо от природы раздражителя. Рабемак быстро адсорбируется из желудочно-кишечного тракта, устраняет боли и изжогу в эпигастриальной области и за грудиной. Одно из существенных достоинств этого препарата – его доступность, выражающаяся в относительно небольшой стоимости.

**Вывод.** Учитывая особенности течения хронического панкреатита и ГЭРБ, в результате проведенных исследований можно рекомендовать рабепразол (рабемак DSR) в качестве базисной антисекреторной терапии при сочетании вышеназванных патологий.

### 354. Повышение качества жизни больных хроническим холециститом

Хамрабаева Ф.И., Юлдашева Л.И., Кадилова С.М.  
Ташкентский институт усовершенствования врачей,  
Узбекистан

**Цель исследования:** оценить влияние эффективности применения препарата «Цинарикс» на качество жизни больных хроническим бескаменным холециститом (ХБХ).

**Материалы и методы.** В исследовании приняли участие 20 пациентов. Качество жизни больных оценивалось с помощью опросника SF-36. Цинарикс назначался дополнительно к стандартной терапии по 2 таблетки 3 раза в день.

**Результаты.** У 25% пациентов в начале лечения был обнаружен повышенный уровень ГГТП. На фоне лечения данный показатель нормализовался. Степень его снижения достигала 3 раз и более – с (68,0±8,8) Е/л до (20,5±2,7) Е/л), также наступило снижение уровня неконъюгированного билирубина в сыворотке крови с (28,8±4,0) мкм/л до (15,5±3,9) мкм/л. При анализе данных, полу-

ченных с помощью опросника SF-36, установлено, что после лечения произошел рост показателей по всем шкалам в 1,2-1,4 раза. Особенно важно улучшение результатов по шкале физического функционирования с (49,6±29,3) до (65,4±21,9), что отражает восстановление возможности человека выполнять физическую нагрузку в течение дня. Улучшилась субъективная оценка общего состояния здоровья – с (36,8±14,7) до (44,6±16,7), что обусловлено быстрым устранением симптомов заболевания. Показатели по шкале ролевых ограничений, связанные с эмоциональным состоянием, возросли с (33,3±29,3) до (45,2±29,3), что не отмечалось при применении других желчегонных средств.

**Выводы.** Таким образом, использование цинарикса в качестве желчегонного препарата в схеме лечения ХБХ является высокоэффективным и патогенетически обоснованным.

### 355. Сравнительный анализ валидности «Хелик-теста» при диагностике инфекции *Helicobacter pylori*

Харченко Н.В., Джанелидзе Д.Т.

Национальная медицинская академия последипломного образования имени П.Л. Шупика, Киев, Украина

**Цель:** определить валидность дыхательного теста «Хелик-тест» ООО «АМА», Санкт-Петербург.

**Материалы и методы.** Обследованы 25 пациентов (женщин 21, мужчин 4, возраст 19-35 лет, средний возраст 27,64 года) с патологией верхней части желудочно-кишечного тракта. Определение инфекции *Helicobacter pylori* (Hр) было выполнено у всех пациентов двумя способами: анализом кала на ПЦР к Hр и при помощи дыхательного нагрузочного неинвазивного «Хелик-теста», который основан на оценке уреазной активности бактерии *in vivo* в выдыхаемом воздухе. Определение уровня аммиака в ротовой полости пациента выполняли до и после приема мочевины, растворенной в стакане воды комнатной температуры. Прирост ( $\Delta I$ ) уровня аммиака в ротовой полости пациента после нагрузки мочевиной определялся в мм, как разница между нагрузочной ( $I_2$ ) и базальной ( $I_1$ ) длиной слоя индикаторной композиции в индикаторной трубке, изменившей цвет на темно-синий. Если  $\Delta I$  составлял менее 3 мм, результат теста оценивали как отрицательный (Hр<sup>-</sup>), а если 3 мм и более – как положительный (Hр<sup>+</sup>). Анализ кала на ПЦР к Hр выполнялся согласно инструкции в медицинской лаборатории «Дила».

**Результаты.** При выполнении «Хелик-теста» у Hр<sup>-</sup> больных в среднем  $I_1=(2,42\pm 0,21)$  мм,  $I_2=(3,11\pm 0,31)$  мм, прирост концентрации  $\Delta I=(0,68\pm 0,12)$  мм. У Hр<sup>+</sup>  $I_1=(6,67\pm 0,96)$  мм,  $I_2=(11,50\pm 1,07)$  мм, прирост концентрации  $\Delta I=(4,83\pm 0,85)$  мм, что выше в сравнении с Hр<sup>-</sup> больными. Расхождение с результатами анализа кала на ПЦР к Hр наблюдалось у 3 пациентов (12%). Чувствительность теста составила 87,4%, а специфичность – 90,5%.

**Заключение.** 1. Дыхательный метод «Хелик-тест» для определения инфекции Hр является валидным методом диагностики. 2. Достоинствами процедуры являются скорость и простота выполнения, тест безболезненный, неинвазивный и доступен для широкого круга больных. 3. «Хелик-тест» является эффективным как для первичной диагностики Hр, так и после прохождения курса антихеликобактерной терапии.

### 356. Активность основных ферментов плазматических мембран париетальных клеток слизистой оболочки желудка крыс при действии агонистов и антагонистов H<sub>2</sub> и H<sub>3</sub> рецепторов при экспериментальной язве желудка

Харченко О.И., Богун Л.И., Чайка В.А., Гадилия А.П., Остапченко Л.И.

Киевский национальный университет им. Тараса Шевченко, Украина, e-mail: 77olgaz@gmail.com

**Цель:** выяснить влияние агонистов и антагонистов H<sub>3</sub> гистаминовых рецепторов на активность основных мембраносвязанных ферментов при экспериментальной язве.

**Материалы и методы.** Объектом исследований были париетальные клетки слизистой оболочки желудка крыс, выделенные ме-

тодом ферментативного отщепления клеток слизистой с последующим ультрацентрифугированием на сахарозо-фикольном градиенте. Моделью для проведения работы была стрессовая язва. R- $\alpha$ -метилгистамин и тиопирамид (агонист и антагонист H<sub>3</sub> рецептора) вводились внутривенно в дозах 0,5 мг/кг и 1,0 мг/кг соответственно на 2-й день формирования экспериментальной язвы. Гистамин и ранитидин вводился *in vitro* в дозах 100 мкМ и 10 мкМ соответственно. Активность ферментов определяли спектрофотометрически по количеству неорганического фосфата, который образуется в результате их работы.

**Результаты.** Установлено, что гистаминовые H<sub>2</sub>- и H<sub>3</sub>-рецепторы по-разному задействованы в регуляции активности основных мембраносвязанных ферментов при стрессовом влиянии. Активация H<sub>2</sub>-гистаминовых рецепторов приводит к увеличению активностей Na<sup>+</sup>/K<sup>+</sup>-АТФазы, Ca<sup>2+</sup>/Mg<sup>2+</sup>-АТФазы и 5'-нуклеотидазы, а активация H<sub>3</sub>-гистаминовых рецепторов, наоборот, к их снижению в условиях развития экспериментальной язвы желудка.

**Выводы.** Полученные результаты позволяют сделать вывод о противоположном влиянии лигандов – регуляторов функциональной активности H<sub>2</sub> и H<sub>3</sub> рецепторов на мембраны париетальных клеток при стрессовой модели язвы желудка. Это может быть связано с нарушением структуры мембраны на фоне развития язвы, на что указывают показанные нами ранее соответствующие изменения в фосфолипидном составе мембран.

### 357. Оценка эффективности и переносимости сухой белковой композитной смеси у пациентов после гастрэктомии или резекции желудка по поводу онкологических заболеваний

Хомичук А.Л., Шаховская А.К.

НИИ питания РАМН, Москва, Россия,

e-mail: xomi4uk@mail.ru

**Цель исследования:** изучение эффективности использования специализированного продукта заданного химического состава с включением его в блюда стандартного рациона в диетотерапии пациентов после гастрэктомии или резекции желудка по поводу онкологических заболеваний желудка.

**Пациенты и методы.** В исследование включены 20 больных после субтотальной резекции желудка или гастрэктомии по поводу онкологических заболеваний. Больные были разделены на 2 группы: основную (8 женщин и 2 мужчин в возрасте от 38 до 74 лет) и контрольную (8 женщин и 2 мужчин в возрасте от 47 до 75 лет). Все больные основной группы получали высокобелковую диету с дополнительным включением 32 г сухой белковой композитной смеси, которая дважды в день по 16 г добавлялась в каши, гарниры или овощные блюда, а из диеты исключалось равноценное количество белка. Больные контрольной группы получали стандартную высокобелковую диету. В схему обследования включалось определение уровня общего белка, альбумина, железа, АЛТ, АСТ, ИЛ-2 до и после лечения.

**Результаты.** Оба варианта диет пациенты переносили хорошо, блюда с добавлением смеси не вызывали усиления диспепсических явлений или аллергических реакций. За период лечения 7 больных из основной группы прибавили в весе от 500 г до 2 кг. После курса лечения отмечена стабилизация и незначительное повышение уровня общего белка, и одновременное повышение содержания ИЛ-2 в сыворотке крови большинства больных основной группы с (2,9±1,1) пг/мл до (4,0±0,8) пг/мл.

**Выводы.** Включение сухой белковой композитной смеси в диетотерапию больных после гастрэктомии или резекции желудка по поводу онкологических заболеваний способствует повышению уровня иммунной защиты и противоопухолевой резистентности.

**358. Лечебное голодание и метаболическая терапия**

Хорошилов И.Е.  
Северо-западный ГМУ им. И.И. Мечникова,  
Санкт-Петербург, Россия, e-mail: ighor1@yandex.ru

**Цель исследования:** оценить эффективность лечебного голодания и метаболической терапии при лечении хронических заболеваний, сочетающихся с ожирением и метаболическим синдромом.

Временное ограничение приема пищи при острых заболеваниях применялось в медицине со времен Гипократа. Исследования ученых позволили разработать методику применения голодания с лечебной целью в клинической медицине. В нашей стране метод разгрузочно-диетической терапии (РДТ) был внедрен в 60-е гг. XX века профессором Ю.С. Николаевым. Традиционная методика РДТ предусматривает временное добровольное ограничение приема пищи без ограничения жидкости в сочетании с очищающими процедурами (клизмы, душ, массаж и т.д.).

В последнее время в медицине используются препараты направленного метаболического действия. Одним из них является препарат «Элькар», содержащий карнитин, представляющий собой витаминоподобное вещество. Карнитин увеличивает скорость окисления жирных кислот в митохондриях клеток и способствует удалению конечных продуктов метаболизма (кетоновых тел). В процессе лечебного голодания происходит активное окисление жиров с образованием большого количества кетоновых тел, приводящих к кетоацидозу. Назначение карнитина во время полного лечебного голодания способствует более быстрому и полному окислению жиров, уменьшению кетоацидоза.

Таким образом, метаболическая терапия в процессе лечебного голодания существенно повышает его эффективность и может быть рекомендована при проведении разгрузочно-диетической терапии.

**359. Нутриционная и метаболическая терапия в лечении ожирения и кахексии**

Хорошилов И.Е.  
Северо-западный ГМУ им. И.И. Мечникова,  
Санкт-Петербург, Россия, e-mail: ighor1@yandex.ru

**Цель исследования:** оценить эффективность нутриционной и метаболической терапии при лечении ожирения и кахексии.

Нарушения питания (ожирение, недостаточность питания) часто встречаются в клинической практике. Причинами их развития могут быть как несбалансированное питание, так и различные метаболические нарушения. В патогенезе развития ожирения играет немаловажную роль выработка адипокинов жировой тканью. Крайняя форма развития истощения – кахексия – также сопровождается выработкой цитокинов и наличием системного воспаления.

Для лечения ожирения и кахексии используется диетотерапия с включением специального энтерального питания. В последние годы нутриционная терапия дополняется метаболической терапией, существенно повышающей ее эффективность. В качестве таких препаратов используются L-карнитин, коэнзим Q<sub>10</sub>, омега-3 жирные кислоты. Карнитин увеличивает скорость окисления жиров в митохондриях клеток, уменьшает выраженность кето- и лактат-ацидоза. Назначение препаратов карнитина (элькар) пациентам с ожирением на фоне редуцированных диет и специализированных смесей (глюцерна) способствует снижению избыточной жировой ткани. Применение препаратов карнитина (элькара) вместе с энтеральным питанием (клинутрен, эншур и др.) у больных с кахексией способствует уменьшению выраженности катаболизма и увеличению тощей (мышечной) массы тела.

**Вывод.** Нутриционная и метаболическая терапия являются высокоэффективными методами лечения ожирения и кахексии.

**360. Морфологическое исследование жирового перерождения печени у пожилых и старых больных с атеросклеротическим поражением коронарных артерий, аорты**

Хорошина Л.П., Турьева Л.В., Радченко В.Г.  
Северо-Западный ГМУ им. И.И. Мечникова,  
Санкт-Петербург, Россия

**Цель исследования:** изучить морфологические особенности жирового перерождения печени (ЖПП) у пожилых и старых больных с атеросклеротическим поражением аорты и коронарных артерий (АПКАА).

**Материал и методы:** изучено 143 истории болезни и 143 протокола аутопсии больных пожилого и старческого возраста, умерших на отделениях Санкт-Петербургского госпиталя для ветеранов войн (ГВВ). У всех умерших брали фрагменты печеночной ткани, необходимые для морфологического исследования выраженности жирового перерождения печени. Средний возраст умерших был (82,3±1,3) года, средний возраст женщин (n=72) – (84,4±1,8) года, средний возраст мужчин – (80,2±1,9) года. Основную группу больных составили 36 пациентов с АПКАА и ЖПП: 14 мужчин, 22 женщины, соотношение женщины/мужчины = 1,6:1. Средний возраст больных основной группы был (80,6±3,4) года, средний возраст мужчин – (77,9±6,4) года, средний возраст женщин – (82,4±4,0) года. В группу сравнения вошли 107 пациентов, из них мужчин было 57 человек, женщин – 50, соотношение женщины/мужчины = 1:1,1. Средний возраст умерших в группе сравнения был (82,8±1,5) года, средний возраст женщин – (85,3±2,0) года, мужчин – (80,6±2,0) года. Для определения гистологической активности процесса и наличия фиброза использовалась классификация METAVIR (1996). Аутопсийный материал фиксировался в 10% растворе нейтрального формалина, забуференном по Лили, промывался, обрабатывался в спирт-хлороформовой проводке, заливался в парафин. Срезы толщиной 2-4 мкм на серийных гистологических препаратах окрашивались гематоксилин-эозином (обзорная окраска) и пикрофуксином по Ван-Гизону сотрудниками патологоанатомического отделения ГВВ (заведующая Т.А. Кочергина). Обзорная микроскопия производилась с помощью оптического микроскопа при увеличении в 250 и 500 раз. Качественные и количественные атеросклеротические изменения коронарных артерий и аорты определяли визуально по методике, предложенной Г.Г. Автандиловым (1963).

Статистический анализ результатов проводили с помощью программных средств и пакета Statistica 6.0 for Windows. В случае нормального распределения достоверность различий между группами оценивали с использованием критерия Стьюдента (Т), метода статистических пар с определением процента ошибки и достоверности отличий относительных величин. При сравнении частот в двух или нескольких группах использовали  $\chi^2$  – критерий Пирсона. Корреляционный анализ, однофакторный дисперсионный анализ проводили для выявления статистических связей между признаками. Измерение корреляционной зависимости осуществляли с использованием коэффициента ранговой корреляции по Пирсону и Спирмену. Различия и корреляции считали достоверными при  $p < 0,05$ .

**Результаты исследования:** наличие жирового перерождения печени у больных с АПКАА было выявлено в (25,9±7,3)% случаев. Больные основной группы статистически достоверно чаще умирали по причине сердечно-сосудистых заболеваний – (91,7±4,8)% против (73,8±4,9)% в группе сравнения. Сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ) как причина смерти статистически достоверно (Т=2,05) чаще выявлялись среди мужчин основной группы – (92,9±7,4)% против (71,9±7,0)% у мужчин группы сравнения. Старые пациенты основной группы (в возрасте 75 лет и старше) достоверно (Т=2,20) чаще умирали по причине ССЗ, чем в группе сравнения – (89,7±6,1)% и (71,3±5,7)% соответственно. Среди умерших основной группы жировая инфильтрация печени различной степени выраженности наблюдалась в 58,3% случаев – до 5%; в 30,6% – до 6-32%; в 11,1% случаев – до 33-66%.

Проведенное исследование у больных с АПКАА и ЖПП выявило достоверно (Т>3,24) частое преобладание минимальной вы-

раженности воспалительного процесса в ткани печени – (77,8±8,0)% против (60,7±6,1)% в группе сравнения. В основной группе больных отмечалась тенденция ( $T=1,70$ ) к большей частоте минимальной степени гистологической активности, чем в группе сравнения – (77,8±8,0)% и (60,7±6,1)% соответственно. Минимальная степень воспалительной активности достоверно ( $T=2,39$ ) чаще выявлялась у больных с ЖПП до 5% – (85,7±8,5)%, чем у больных без ЖПП – (60,7±6,1)%. При использовании метода статистических пар ( $n=72$ ) среди умерших с АПКАА и ЖПП и больных с АПКАА, но без ЖПП было выявлено, что у больных основной группы достоверно ( $T=3,01$ ) чаще отмечалась минимальная гистологическая активность в ткани печени – (77,8±8,0)% и (60,7±6,1)% в группе сравнения соответственно. Наличие воспалительной активности у больных без ЖПП может иметь место в связи с возрастными изменениями в ткани печени, сопровождающимися нарушением функций митохондрий и прогрессированием оксидативного стресса [Cutler R.G. et al., 1995]. В основной группе больных ( $T<2$ ) чаще преобладал портальный фиброз без септ – (41,7±13,2)% и фиброз с единичными септами – (52,8±11,8)%. В группе сравнения достоверно чаще ( $T=3,03$ ) выявлялся портальный фиброз без септ, чем множественные порто-центральные септы – (45,8±7,1)% и (9,3±9,7)% соответственно.

Осложненные формы атеросклероза коронарных сосудов выявлялись в (98,6±1,0)% случаев, аорты – в (99,3±0,7)% случаев. Была выявлена прямая сильная корреляционная связь ( $r=0,72$ ) между частотой осложненных форм атеросклероза коронарных сосудов и аорты. Вне зависимости от пола, возраста больных и групп наблюдения не было выявлено статистически значимых различий по площади атеросклеротического поражения коронарных артерий и аорты. В количественной характеристике атеросклероза, отмечено, что у (59,9±5,3)% больных старших возрастных групп с АПКАА преобладала площадь атеросклеротического поражения коронарных артерий от (25 до 50)% и у (63,3±5,1)% – площадь поражения атеросклерозом аорты составила свыше 50%.

Вне зависимости от пола, возраста и наличия ЖПП выявлена средней силы прямая корреляционная связь ( $r=0,65$ ) между площадью атеросклеротического поражения коронарных сосудов и площадью поражения аорты.

**Выводы.** Полученные нами данные свидетельствуют о том, что у пожилых и старых больных с атеросклерозом аорты, коронарных артерий в (25,9±7,3)% случаев отмечалось жировое перерождение печени, которое чаще возникало у мужчин, чем у женщин – (91,3±4,2)% против (75,4±5,2)% соответственно. Вне зависимости от возраста мужчины с атеросклерозом аорты, коронарных артерий и жировым перерождением печени чаще умирали по причине сердечно-сосудистых заболеваний – (92,9±7,4)%, чем мужчины в группе сравнения – (71,9±7,0)%. Жировое перерождение печени наблюдалось одинаково часто как у пожилых, так и у старых больных вне зависимости от наличия осложненных форм атеросклеротического поражения коронарных артерий, аорты или развития нестенозирующего, диффузного, дилатационного атеросклероза.

## Ч

### 361. Способ хирургического лечения больных с травмами печени

Чарышкин А.Л., Гафиулов М.Р., Демин В.П.  
Институт медицины, экологии и физической культуры  
Ульяновского государственного университета (каф.  
факультетской хирургии), Россия

**Цель исследования.** Улучшение результатов хирургического лечения больных с травмами печени.

**Материалы и методы.** Исследованы 94 пострадавших с сочетанными травмами живота в период 2006–2011 гг. Средний возраст пострадавших составил (39,2±4,5) года. Все пострадавшие были разделены на две группы методом рандомизации. В первую группу вошли 74 пациента с травмами живота, у которых при повреждениях печени выполнены ушивание ран традиционными

П-образными швами, атипичная резекция печени. Вторую группу составили 20 пациентов с травмами живота, у которых при повреждениях печени ушивание выполнено предложенным способом (заявка № 2011114631).

**Результаты исследования.** Сравнительный анализ продолжительности ушивания ран печени до полного гемостаза показал следующее. В первой группе полного гемостаза удалось достичь через (16,2±3,3) мин, во второй – через (11,3±4,1) мин, что в среднем на 5 минут раньше. Наибольшее количество осложнений развилось у больных первой группы: надпеченочные абсцессы у 8 (10,8%) больных, желчные свищи – у 4 (5,4%), нагноение послеоперационной раны – у 15 (20,3%). Во второй группе осложнений со стороны брюшной полости не было, нагноение послеоперационной раны развилось у 3 (15%) больных. Летальных исходов не было.

**Выводы.** Разработанный способ ушивания ран печени обеспечивает возможность ушивания ран разной длины и глубины, что предупреждает прорезывание швов, обеспечивает гемостаз и надежное сопоставление раневых поверхностей, сокращает время операции и улучшает процессы заживления в области шва.

### 362. Результаты хирургического лечения больных с травматическими повреждениями селезенки

Чарышкин А.Л., Демин В.П., Гафиулов М.Р.  
Институт медицины, экологии и физической культуры  
Ульяновского государственного университета (каф.  
факультетской хирургии), Россия

**Цель исследования:** улучшение результатов хирургического лечения травматических повреждений селезенки.

**Материалы и методы.** Исследованы 62 пациента с закрытой травмой живота и разрывом селезенки в период 2004–2011 гг. Все пострадавшие были разделены на две группы методом рандомизации. В первую группу вошли 40 пациентов с закрытой травмой живота и разрывом селезенки, у которых выполнена спленэктомия без аутотрансплантации ткани селезенки. Вторую группу составили 22 пациента с закрытой травмой живота и разрывом селезенки, у которых выполнена спленэктомия, ауто-трансплантация ткани селезенки предложенным способом (заявка на изобретение РФ № 2011139547).

**Результаты исследования.** Наибольшая группа послеоперационных осложнений была воспалительного характера со стороны послеоперационной раны – у 7 (17,5%) пациентов в первой группе, у 2 (9,1%) – во второй. Острый панкреатит возник у 4 (10%) пациентов в первой группе, во второй – у 1 (4,5%). Плевриты, пневмония выявлены у 5 (12,5%) пациентов в первой группе, у 2 (9,1%) во второй группе, пролечены консервативно. Исследование иммунокомпетентных клеток через 6 месяцев после операции показало, что в первой группе пациентов развивается дефицит Т-клеток ( $CD3^+$ ), а во второй группе содержание основных иммунорегуляторных фракций не отличается от нормальных значений. Летальных исходов в исследуемых группах больных не было.

**Выводы.** Аутотрансплантация ткани селезенки при вынужденной спленэктомии у больных с закрытой травмой живота позволяет снизить частоту ранних послеоперационных осложнений, приводит к достоверной коррекции иммунной системы организма.

### 363. Результаты лечения больных с острым парапроктитом

Чарышкин А.Л., Солдатов А.А., Деметьев И.Н.  
Институт медицины, экологии и физической культуры  
Ульяновского государственного университета (каф.  
факультетской хирургии), Россия

**Цель исследования:** оценка результатов хирургического лечения острого парапроктита.

**Материалы и методы.** В период 2006–2011 гг. под нашим наблюдением находились 633 пациента с острым парапроктитом. В их числе у 589 (93,1%) отмечена аэробная этиология поражения околопрямокишечной клетчатки, у 44 (6,9%) – анаэробная. Сахарный диабет I типа диагностирован у 12% больных. Выполняя-

ли вскрытие параректального абсцесса с учетом степени его сложности, отношения к волокнам сфинктера и ликвидацию его внутреннего отверстия в прямой кишке. Дополнительными разрезами вскрывали затеки, дренировали, через внутреннее отверстие проводили лигатуру и затягивали. При анаэробном парапроктите вмешательство осуществляли через широкий разрез. Удаляли все нежизнеспособные ткани. Операцию заканчивали струйным орошением раны растворами антисептиков и наложением повязки с гидрофильными мазями.

**Результаты исследования.** У 525 (82,9%) пациентов с аэробным парапроктитом после радикальных операций с интра- и чрессфинктерным свищом рецидива не было. Рецидив острого парапроктита со свищом возник у 26 (4,1%) пациентов после операций с экстрасфинктерным гнойным ходом, эти пациенты оперированы повторно. Летальности не было. При анаэробном парапроктите летальный исход наступил у 1 (2,3%) больного. Причины смерти – сепсис, острая сердечно-сосудистая недостаточность, острая почечная недостаточность.

**Выводы.** Ранняя диагностика острого анаэробного парапроктита, выполнение экстренной операции с адекватной некрэктомией и интенсивной комплексной терапией позволяет снизить летальность. Хирургическое лечение острого парапроктита необходимо проводить с учетом расположения гнойного хода по отношению к волокнам сфинктера прямой кишки с ликвидацией внутреннего отверстия.

#### 364. Способ хирургического лечения больных с хроническим парапроктитом

Чарышкин А.Л., Солдатов А.А., Дементьев И.Н.  
Институт медицины, экологии и физической культуры  
Ульяновского государственного университета (каф.  
факультетской хирургии), Россия

**Цель исследования:** улучшение результатов хирургического лечения больных с хроническим парапроктитом.

**Материалы и методы.** С 2007 по 2011 гг. под нашим наблюдением находились 37 пациентов с хроническим рецидивирующим парапроктитом, оперированных по поводу экстрасфинктерных ректальных свищей. Пациенты были разделены на 2 группы в зависимости от способа хирургического лечения экстрасфинктерных ректальных свищей. 1-я группа – 25 пациентов, оперированных традиционным методом. 2-я группа – 12 пациентов, оперированных предложенным способом закрытия внутреннего отверстия свища при сложных формах парапроктита (заявка на изобретение № 2011153668).

**Результаты исследования.** Для клинической оценки ближайших результатов оперативного лечения в сроки до 6 месяцев нами использованы критерии А.М. Кузьмина (2004), включающие отсутствие и возникновение рецидивов, наличие признаков недостаточности анального сфинктера. Хорошие результаты наблюдали у 11 (44%) больных 1-й группы, во 2-й группе у 11 (91,7%) больных при отсутствии рецидива и недостаточности анального сфинктера, удовлетворительные – у 10 (40%) в 1-й группе, у 1 (8,3%) во 2-й группе при недостаточности анального сфинктера с отсутствием рецидива. Неудовлетворительные результаты выявлены только в 1-й группе у 4 (16%) больных вследствие рецидива свища в сроки до 6 месяцев.

**Выводы.** Предложенный способ закрытия внутреннего отверстия свища при сложных формах парапроктита позволяет радикально ликвидировать внутреннее свищевое отверстие с сохранением функции анального жома и снизить риск развития анальной инконтиненции.

#### 365. Оценка герниопластики sublay у больных с послеоперационными вентральными грыжами

Чарышкин А.Л., Фролов А.А.  
Институт медицины, экологии и физической культуры  
Ульяновского государственного университета (каф.  
факультетской хирургии), Россия

**Цель исследования:** улучшить результаты хирургического лечения больных с послеоперационными вентральными грыжами.

**Материалы и методы.** У больных с большими и гигантскими вентральными грыжами пластику грыжевых ворот производили сеткой из полипропилена с 1998 г. За 13 лет оперированы 242 пациента (мужчин 74, женщин 158) в возрасте от 27 до 82 лет. У 132 (54,5%) пациентов грыжи были рецидивными. Методом надпоясничного размещения протеза оперированы 184 (76%) пациента. Методом подпоясничного размещения (в предбрюшинном пространстве) sublay оперированы 58 (24%) пациентов, из них 26 больных оперированы по разработанной методике (патент РФ на изобретение № 2422105). Средний размер грыжевых ворот составлял 10×10 см<sup>2</sup>. Продолжительность операции варьировала от 1 до 3 ч.

**Результаты исследования.** При УЗИ скопление жидкости в подкожной жировой клетчатке выявлялось у всех больных, оперированных методом надпоясничного размещения протеза, а у больных, оперированных методом sublay, – у 29 (50%). При ревизии раны иглу вводили в сформированную полость в толще передней брюшной стенки с последующей аспирацией от 30 до 140 мл жидкости вплоть до полного исчезновения полости. Для этого, как правило, бывает достаточно проведения 1-4 пункций с интервалом 3 дня. Отдаленные результаты изучены у 50 оперированных больных в сроки от 1 года до 5 лет. Рецидивов грыжи не выявлено.

**Выводы.** Расположение полипропиленовой сетки между апоневрозом и листком брюшины разработанным способом предупреждает развитие осложнений, возникающих при локализации синтетического трансплантата над апоневрозом.

#### 366. Течение неэрозивной гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (НЭРБ) у больных дуоденальной язвой после эрадикационной терапии

Чеботарева А.М., Мишушкин О.Н., Масловский Л.В.  
УНМЦ УД Президента РФ, Москва, Россия

**Цель исследования:** оценка влияния эффективной эрадикационной терапии (ЭЭТ) больных дуоденальной язвой (ДЯ) на течение НЭРБ.

**Материалы и методы.** Наблюдали 84 больных ДЯ (мужчин 47, женщин 37, средний возраст (46,5±16,7) года) с сопутствующей НЭРБ после ЭЭТ в течение (4,0±2,7) года. Контрольную группу (КГ) составили 27 больных ДЯ с сопутствующей НЭРБ и неэффективной эрадикационной терапией. Группы были сопоставимы по полу, возрасту, продолжительности ДЯ и НЭРБ, клиническим проявлениям и длительности периода наблюдения. Изучали клинические проявления, данные ЭГДС и *Helicobacter pylori*-статус.

**Результаты.** После ЭЭТ наблюдалось исчезновение/уменьшение симптомов НЭРБ в 56% случаев, отсутствие динамики – в 26,2% случаях, в 17,8% случаев имело место усиление симптоматики. По данным ЭГДС за период наблюдения отметили развитие эрозивного эзофагита (ЭЭ) в 13,1% случаев. В КГ возникновение ЭЭ отметили в 22,2% (различия не достоверны), клиническая картина в основном не менялась. Реинфекция наблюдалась у 23 (27,4%) больных основной группы. При этом клинические симптомы НЭРБ рецидивировали у 9 больных (39,1%), по данным ЭГДС появления эрозивного эзофагита не отмечали.

**Выводы.** ЭЭТ больных ДЯ оказывает положительное влияние на течение НЭРБ. 1. ЭЭТ больных ДЯ приводила к достоверному регрессу клинической симптоматики НЭРБ. 2. Частота возникновения ЭЭ после ЭЭТ была ниже, чем в КГ. 3. Реинфекция *Helicobacter pylori* сопровождалась рецидивом клинических симптомов НЭРБ у 39,1% пациентов.

#### 367. Взаимосвязи показателей качества жизни и клинико-лабораторных изменений у детей с печеночной формой гликогеновой болезни

Черников В.В., Сурков А.Н.  
Научный центр здоровья детей РАМН, Москва, Россия

**Цель:** установить взаимосвязи показателей качества жизни (КЖ) с клинико-лабораторными изменениями у детей с печеночной формой гликогеновой болезни (ГБ).

**Материал и методы:** 33 ребенка в возрасте от 2 до 18 лет (средний возраст  $(8,4 \pm 2,9)$  года) с печеночной формой ГБ и их родители. Использовался общий опросник PedsQL с оценкой параметров функционирования: физического (ФФ), социального (СФ), эмоционального (ЭФ), функционирования в школе/саду (ФШ), а также общего балла (ОБ) по опроснику. Проводилось клинко-лабораторное обследование по стандартному плану. Расчет ранговой корреляции проводился по методу Спирмена ( $p < 0,05$ ).

**Результаты.** Были выявлены корреляции между показателями КЖ (по опросу детей): отрицательные сильные связи между ФФ и наличием пальмарной эритемы (ПЭ) у детей ( $r_s = -0,85$ ), содержанием ЛДГ ( $r_s = -0,87$ ) и ЩФ ( $r_s = -0,84$ ); между СФ и сывороточными концентрациями КФК ( $r_s = -0,83$ ) и ГГТ ( $r_s = -0,72$ ); между ЭФ и концентрацией ГГТ ( $r_s = -0,78$ ) в сыворотке крови; между ФШ и уровнем общего белка ( $r_s = -0,93$ ). ОБ отрицательно и сильно коррелировал с наличием ПЭ ( $r_s = -0,85$ ), уровнями ЛДГ ( $r_s = -0,93$ ), ЩФ ( $r_s = -0,88$ ) в сыворотке крови. По данным опроса родителей выявлены отрицательные корреляции между ФФ, ЭФ, ОБ и уровнем холестерина ( $r_s = -0,93, -0,7, -0,82$ , соответственно) в сыворотке крови. С перкуторными размерами печени и уровнем ГГТ отрицательно и сильно коррелировал ЭФ ( $r_s = -0,79, -0,86$ ). Одновременно с этим уровни ЩФ и КФК, общего билирубина в крови по данным родителей отрицательно коррелировали с СФ ( $r_s = -0,74, -0,83, -0,68$ , соответственно).

**Заключение.** Чем сильнее выражены клинко-лабораторные изменения, характеризующие тяжесть течения ГБ, тем ниже показатели КЖ у детей с этой формой патологии.

### 368. Оценка клинической эффективности препарата «Мукофальк» у больных с метаболическим синдромом (продолжение)

Чиркин В.И., Ардатская М.Д.  
УНМЦ УД Президента РФ, Москва, Россия

**Результаты 2.** Исходно у всех пациентов с МС в кале выявлено снижение абсолютной концентрации КЖК –  $(5,74 \pm 1,98)$  мг/г при норме  $(10,51 \pm 2,50)$  мг/г,  $p < 0,05$ ; в профиле кислот отмечено снижение доли уксусной кислоты –  $(0,501 \pm 0,006)$  Ед. при норме  $(0,634 \pm 0,004)$  Ед.,  $p < 0,05$ , и повышение доли пропионовой кислоты до  $(0,264 \pm 0,008)$  Ед. при норме  $(0,189 \pm 0,001)$  Ед.,  $p < 0,05$ , и масляной кислоты до  $(0,231 \pm 0,006)$  Ед. при норме  $(0,176 \pm 0,004)$  Ед.,  $p < 0,05$ , что связано со снижением активности облигатной флоры и увеличением активности анаэробных бактерий, принимающих участие в обмене холестерина. На фоне терапии М отмечено повышение абсолютной концентрации КЖК в 1,5 раза, формирование нормопрофиля кислот, что свидетельствует о восстановлении активности и состава микрофлоры кишечника. В контрольной группе изменений параметров КЖК в кале на 6-й месяц исследования не наблюдалось.

При изучении КЖК в сыворотке крови исходно выявлено снижение абсолютного содержания кислот –  $(0,162 \pm 0,013)$  Ед. при норме  $(0,195 \pm 0,011)$  мг/г,  $p < 0,05$ , снижение доли пропионовой кислоты до  $(0,059 \pm 0,003)$  Ед. при норме  $(0,071 \pm 0,004)$  Ед.,  $p < 0,05$  и повышение доли масляной кислоты до  $(0,038 \pm 0,003)$  Ед. при норме  $(0,027 \pm 0,002)$  Ед.,  $p < 0,05$ . В основной группе отмечено достоверное повышение абсолютной концентрации КЖК до  $(0,189 \pm 0,013)$  мг/г при повышении доли пропионовой кислоты до  $(0,069 \pm 0,004)$  Ед. и снижении доли масляной кислоты до  $(0,031 \pm 0,002)$  Ед. Динамика значений КЖК сыворотки крови прямо коррелировала с изменением концентрации ЛПНП ( $r = -0,94$ ). В контрольной группе изменений параметров КЖК в сыворотке крови на 6-й месяц исследования не наблюдалось.

**Выводы.** Можно констатировать высокую клиническую эффективность включения в стандартную схему лечения пациентов с МС препарата «Мукофальк», что обусловлено физическими и метаболическими эффектами пищевых волокон (влияние на чувство насыщения, нормализация моторно-эвакуаторной функции кишечника, коррекция липидного и углеводного обмена за счет прямого действия и воздействия на микробиоценоз кишечника).

### 369. Оценка клинической эффективности препарата «Мукофальк» у больных с метаболическим синдромом

Чиркин В.И., Ардатская М.Д.  
УНМЦ УД Президента РФ, Москва, Россия

**Цель исследования:** оценить клиническую эффективность препарата пищевых волокон «Мукофальк» (М) у пациентов с метаболическим синдромом (МС).

**Материалы и методы.** Обследованы 60 пациентов с МС в динамике. Все пациенты получали комплексную терапию до достижения целевых значений липидного профиля сыворотки крови и стабилизации углеводного обмена. Далее пациенты были разделены на 2 группы: пациентам основной группы ( $n=32$ ) к стандартной терапии был добавлен М по 1 саше 3 раза в день, остальные пациенты составили контрольную группу ( $n=28$ ), они продолжали получать стандартную терапию. Длительность исследования составила 6 месяцев. Критериями оценки эффективности лечения служили: динамика веса, жалоб на чувство неполного насыщения, симптомов кишечной диспепсии, показателей липидного и углеводного обмена, а также маркеров системного воспаления. Методом газожидкостной хроматографии исходно и на 6-й месяц исследования проводилось определение короткоцепочечных жирных кислот (КЖК) в кале (для оценки состояния микрофлоры кишечника) и в сыворотке крови (как маркеров системного обмена липидов).

**Результаты 1.** У пациентов основной группы отмечена тенденция к снижению индекса массы тела с  $34,93$  до  $33,51$  кг/м<sup>2</sup>, уменьшение жалоб на чувство неполного насыщения со 100% до 34%, уменьшение симптомов кишечной диспепсии с 65% до 9%. Выявлено достоверное снижение уровня ЛПНП с  $2,34$  ммоль/л до  $1,34$  ммоль/л и повышение уровня ЛПВП с  $1,21$  ммоль/л до  $1,41$  ммоль/л в сыворотке крови, отмечена тенденция к снижению уровня триглицеридов сыворотки с  $1,7$  ммоль/л до  $1,63$  ммоль/л. Также выявлена нормализация показателей тощачковой гликемии (с  $7,24$  ммоль/л до  $6,36$  ммоль/л;  $p < 0,05$ ), отмечена тенденция к снижению концентрации С-реактивного белка с  $4,55$  МЕ/мл до  $3,36$  МЕ/мл, выявлено достоверное снижение концентрации фибриногена с  $316$  мг/дл до  $286$  мг/дл. В контрольной группе к 6-му месяцу лечения достоверного изменения исследуемых показателей не отмечено.

### 370. Использование препарата «Экспортал» в терапии пациентов с нарушением микробиоценоза кишечника на фоне хронических заболеваний печени

Чихачева Е.А., Тетерина Л.А., Селиверстов П.В.,  
Ситкин С.И., Добраца В.П., Радченко В.Г.  
СЗГМУ им. И.И. Мечникова, Санкт-Петербург, Россия

**Цель исследования:** изучение клинической эффективности препарата «Экспортал» при лечении пациентов с хроническими заболеваниями печени с нарушением микробиоценоза кишечника.

**Материалы и методы.** Обследованы 30 пациентов с дисбиозом толстой кишки на фоне хронических заболеваний печени, с преобладанием абдоминальных болей и вздутия живота, расстройствами стула. Из них 20 пациентов составили основную группу (ОГ), 10 пациентов – группу сравнения (ГС). Распределение по нозологии: хронический вирусный гепатит В – 6 человек, хронический вирусный гепатит С – 6 человек, неалкогольная жировая болезнь печени – 8 человек. Средний возраст больных  $(47 \pm 12)$  лет.

Программа лечения пациентов ОГ включала помимо традиционной метаболической инфузионной терапии дополнительное назначение пребиотика «Экспортал» по 2 ч/л порошка 2 раза в день во время еды в течение одного месяца.

**Полученные результаты.** До лечения все пациенты (100%) предъявляли жалобы на боли в животе с локализацией в области пупка или по ходу толстой кишки. У 100% пациентов отмечалась расстройство стула, из них у 7 (35%) до лечения отмечалась склонность к запорам – стул 3-4 раза в неделю, у 8 больных (40%) отмечались эпизоды диареи – стул 2-3 раза в сутки, у 6 (30%) отмечалось чередование поносов и запоров. В 60% случаев

отмечалось урчание в животе, метеоризм беспокоил 14 обследуемых (70%). В ОГ на фоне приема препарата «Экспортал» болевой синдром регрессировал у 18 пациентов (90%), ощущение вздутия полностью прошло у 12 больных (60%).

До лечения у всех пациентов отмечалось снижение количества представителей нормальной микрофлоры кишечника (бифидобактерии, лактобактерии, бактероиды) и рост представителей условно патогенной флоры (условно патогенные микроорганизмы, стафилококки, грибы рода *Candida*), после проведенного лечения это соотношение изменилось – отмечалась положительная динамика. В ОГ на фоне терапии по сравнению с ГС отмечено достоверное снижение активности АЛТ с (95±26) ед./л до (78±31) ед./л, АСТ с (124±42) ед./л до (98±41) ед./л, билирубина с (34±6) ед./л до (27±4) ед./л, ГГТП с (198±56) ед./л до (145±31) ед./л, ( $p < 0,05$ ). При динамическом обследовании в ГС отмечалась слабая положительная динамика, однако достоверных различий получено не было.

**Выводы.** Эффективность препарата «Экспортал» для лечения пациентов с хроническими заболеваниями печени с дисбиозом толстой кишки, в клинической картине которых преобладают диспепсические и астеновегетативные явления, болевой синдром, вздутие живота, является высокой. Препарат может быть рекомендован больным с нарушением микрофлоры толстой кишки на фоне хронических заболеваний печени как с констипацией, так и с синдромом диареи, ввиду его положительного влияния на течение основного заболевания и микробиоценоза кишечника.

### 371. Коррекция микробиоценоза кишечника препаратом «Закофальк» у пациентов с хроническими заболеваниями печени

Чихачева Е.А., Тетерина Л.А., Селиверстов П.В., Ситкин С.И., Радченко В.Г.

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

**Цель исследования:** оценить эффективность препарата «Закофальк» для коррекции микробиоценоза кишечника в комплексной терапии хронических заболеваний печени (ХЗП).

**Материалы и методы.** Обследованы 32 пациента с ХЗП: 16 пациентов (50%) с неалкогольной жировой болезнью печени, 4 (12,5%) – с перекрестным синдромом и хроническим вирусным гепатитом В, 6 (18,8%) – с хроническим вирусным гепатитом С, 2 (6,2%) – с криптогенным гепатитом. Средний возраст пациентов (58,2±10,8) года. 22 пациента составили основную группу (ОГ) и 10 – группу сравнения (ГС).

Всем пациентам до и через месяц после лечения проводилось стандартное клиническое обследование, а также бактериологическое исследование кала на дисбиоз. У всех больных (100%) отмечались проявления цитолитического, холестатического, астеновегетативного и диспепсического синдромов. У 19 пациентов (59,4%) до лечения отмечалась склонность к запорам, у 8 (25%) – эпизоды непоследовательной диареи, 5 пациентов (15,6%) отмечали чередование поносов и запоров. Практически все пациенты (97%) отмечали вздутие живота, урчание, боли в нижних отделах живота. В 100% случаев по данным УЗИ были выявлены диффузные изменения ткани печени. Нарушения микробиоценоза кишечника выявлялись также у всех пациентов (100%) за счет снижения количества бифидобактерий, лактобактерий, бактероидов, *E.coli* с нормальной ферментативной активностью и роста количества представителей условно патогенной флоры (*Klebsiella oxytoca*, *Citrobacter freundii*, стафилококки, грибы рода *Candida*).

Всем больным назначался гепатопротектор «Урсофальк» в стандартной дозе. Пациенты ОГ дополнительно получали препарат «Закофальк» по 1 капсуле 2 раза в день во время еды в течение 1 месяца.

На фоне проводимой терапии у всех пациентов ОГ снизились проявления астеновегетативного, диспепсического синдромов. У 17 пациентов (77,3%) наблюдалась достоверное снижение АлАТ – (67±26) ед./л ( $p < 0,05$ ); АсАТ – (59±21) ед./л ( $p < 0,05$ ); ЩФ – (147±37) ед./л ( $p < 0,05$ ). Через 5-7 дней нормализация частоты и регулярности стула отмечена у 13 (59%) больных,

боли в животе регрессировали у 19 (86,3%), уменьшение вздутия живота имело место у 15 (68%). Было отмечено восстановление микрофлоры кишечника за счет повышения содержания бифидо-, лактобактерий, *E.coli* с нормальной ферментативной активностью, и снижения уровня условно патогенной флоры до допустимых величин.

В ГС также отмечалась положительная динамика, однако достоверных различий получено не было.

**Выводы.** Использование препарата «Закофальк» способствует нормализации микрофлоры кишечника, уменьшению клинических и лабораторных проявлений основного заболевания, что повышает эффективность лечения больных хроническими заболеваниями печени с дисбиозом кишечника.

### 372. Оценка степени экзокринной недостаточности поджелудочной железы с помощью <sup>13</sup>С-смешанного триглицеридного дыхательного теста

Чичула Ю.В.

Национальный медицинский университет им. А.А. Богомольца, Киев, Украина

**Цель:** изучить эффективность <sup>13</sup>С-смешанного триглицеридного дыхательного теста (<sup>13</sup>С-сГДТ) в определении степени внешне-секреторной недостаточности поджелудочной железы (ВНПЖ) у больных с хроническим панкреатитом (ХП).

**Материалы и методы.** Обследованы 45 больных с первичной ВНПЖ, а также 10 здоровых добровольцев. С целью изучения функции поджелудочной железы (ПЖ) использовался стандартизированный «золотой стандарт» определения степени ВНПЖ – фекальная эластаза 1 (ФЭ1) иммуноферментным методом, а также <sup>13</sup>С-сГДТ, пробы которого анализировали на инфракрасном спектрометре «IRIS by Wagner Analysen Technik». Наличие ВНПЖ определяли по уровню и времени регистрации максимальной концентрации выдыхаемого <sup>13</sup>СО<sub>2</sub> и кумулятивной дозе выделенного <sup>13</sup>СО<sub>2</sub> в выдыхаемом воздухе за шестичасовой период теста.

**Результаты.** У здоровых уровень ФЭ1 составил (388±90) мкг/г. Анализ дыхательных проб при <sup>13</sup>С-сГДТ показал, что у пациентов с легкой ВНПЖ (ФЭ1=(151±13) мкг/г) максимальная концентрация выделенного <sup>13</sup>СО<sub>2</sub> регистрировалась в среднем на (271±16) минуте и составила (11,4±3,4)% при нормальной кумулятивной дозе <sup>13</sup>СО<sub>2</sub> (34,8±8,8%). Сниженная максимальная концентрация <sup>13</sup>СО<sub>2</sub>, составившая (4,7±1,4)% и регистрируемая на (156±40) минуте, при сниженной кумулятивной дозе выделенного <sup>13</sup>СО<sub>2</sub> (18,1±5,9)% свидетельствует об умеренной ВНПЖ (ФЭ1=(99±18) мкг/г). Снижение максимальной концентрации до (4,8±1,3)%, регистрируемой на (275±27) минуте, при кумулятивной дозе (16,7±3,5)% свидетельствует о тяжелой ВНПЖ (ФЭ1=(46±15) мкг/г).

**Вывод.** Неинвазивный, безопасный, стандартизированный <sup>13</sup>С-смешанный триглицеридный дыхательный тест дает возможность определения степени ВНПЖ, что имеет большое практическое значение для выбора оптимальной тактики лечения.

## III

### 373. Гепатопульмональный синдром в детском возрасте

Шакирова А.Р., Камалова А.А., Хомяков А.Е.

ДРКБ МЗ РТ, Казанский ГМУ, Казань, Россия

Гепатопульмональный синдром – редкое осложнение заболеваний печени, ведущее к нарушению перфузии легких и снижению оксигенации крови. По данным разных авторов гепатопульмональный синдром выявляется у 5-29% детей с патологией печени, наиболее часто при циррозе печени с синдромом портальной гипертензии. Для данного синдрома характерна триада: хроническое заболевание печени, внутрилегочная вазодилатация, артериальная гипоксемия. В доступной литературе имеются единичные публикации, касающиеся случаев гепатопульмонального синдрома в педиатрической практике. Мы наблюдали случай развития гепатопульмонального синдрома у ребенка с врожденным фиброзом печени.

Диагноз врожденного фиброза печени подтвержден морфологически в возрасте 4 лет. Несмотря на наличие синдрома портальной гипертензии (спленомегалия, гиперспленизм, варикозное расширение вен пищевода I-II степени), функциональные пробы печени были практически интактны. В возрасте 11 лет появились жалобы на одышку при физической нагрузке и выраженный акроцианоз. При обследовании выявлены платипноэ и ортодоксия (усиление одышки и снижение сатурации кислородом при переходе в вертикальное положение). Контрастная эхокардиография подтвердила наличие внутрилегочных артериовенозных шунтов. Учитывая тяжелую гипоксемию, больному проводилась пульмоноангиография, которая не выявила артериовенозных шунтов на уровне крупных сосудов. Эффективных медикаментозных методов лечения гепатопульмонального синдрома не существует. Медикаментозная терапия – лишь «мостик» к трансплантации печени, после которой происходит полное исчезновение симптомов гепатопульмонального синдрома или значительное улучшение газообмена у 80-85% больных. В настоящее время ребенку успешно проведена трансплантация печени.

### 374. Повышение функциональных резервов детей с дисбактериозом кишечника на основе включения пробиотического препарата в программу медицинской реабилитации

Шапкина О.А., Амерханова А.М., Алешкин А.В., Приходченко Т.В.  
Нижегородский НИИ детской гастроэнтерологии, МНИИЭМ им. Г.Н. Габричевского, Россия

**Цель исследования:** изучить динамику функциональных резервов у детей с дисбактериозом кишечника в процессе реабилитации.

**Материал и методы.** Обследованы 46 детей в возрасте 7-14 лет с хроническим гастродуоденитом, из которых у 35 пациентов (76,1%) отмечался дисбактериоз кишечника. Изучалась динамика клинических и лабораторных показателей, проводилось психолого-педагогическое тестирование. Программы медицинской реабилитации составлялись с учетом особенностей течения заболевания, состояния функциональных резервов организма ребенка, наличия отягчающих медико-социальных факторов. Основная группа пациентов – 25 детей, дополнительно получала синбиотик «Нормоспектр<sup>®</sup>» по 1 капсуле 3 раза в сутки, до еды, 21 день. Группа сравнения составила 10 человек.

**Результаты.** При оценке эффективности реабилитации положительная динамика более выражена в основной группе, чем в группе сравнения: достоверно раньше ( $p < 0,05$ ) купировались жалобы на болевую и диспепсический синдромы, уменьшилось число детей с дисбактериозом кишечника 2 и 3 степени за счет элиминации условно патогенной микрофлоры до 43,4%, нормализовались показатели микрофлоры кишечника у 32,3% пациентов, снизился дисбаланс соотношения летучих жирных кислот в основной группе в 2,1 раза, нарушения функциональной активности кишечника в 1,7 раза. Повысился уровень функциональных возможностей: улучшилась работоспособность, выросла самооценка, снизился уровень личностной тревожности и астено-вегетативных проявлений болезни.

**Выводы.** Включение синбиотика «Нормоспектр<sup>®</sup>» в программы реабилитации способствует восстановлению функциональных резервов и адаптивных возможностей организма больного ребенка.

### 375. Гастроэнтерологические проблемы иерсиниозных инфекций у детей

Шестакова М.Д.  
СПбГПМА, Россия

Термин «иерсиниозы» объединяет 2 инфекционных заболевания, вызываемых бактериями из рода иерсиний: псевдотуберкулез (*Yersinia pseudotuberculosis*) и кишечный иерсиниоз (патогенные штаммы *Yersinia enterocolitica*). Эти заболевания характеризуются симптомами интоксикации, преимущественно поражением желудочно-кишечного тракта и возможностью вовлечения в па-

тологический процесс различных органов и систем. Возбудители иерсиниозов могут длительно персистировать в органах и тканях больного ребенка за счет способности к внутриклеточному размножению. Проблема диагностики иерсиниозов обусловлена многообразием форм (экзантемная, катаральная, желтушная, абдоминальная и т.д.) и характером течения (острое, затяжное, хроническое). Без изучения их особенностей и клинических «масок» гастроэнтерологу не избежать диагностических ошибок.

**Цель исследования:** выявить особенности клинической картины иерсиниозных инфекций у детей в гастроэнтерологической клинике.

**Материалы и методы.** Под наблюдением находились 50 детей в возрасте от 1 года 7 мес до 17 лет (мальчиков 24, девочек 26). Диагноз верифицировался на основании комплексного клинико-анамнезического, лабораторного, инструментального (ФГДС, УЗИ) обследования. Критерием включения больных в изучаемую группу было лабораторное подтверждение иерсиниозных инфекций (ИИ), для чего использовались молекулярно-генетические (ПЦР) и серологические (РА, РИГА) методы.

**Результаты.** Абдоминальная форма ИИ диагностирована у 50 детей, из них псевдотуберкулез – у 32, кишечный иерсиниоз – у 18. Диагноз подтвержден по результатам РА у 26 (52%) пациентов, РИГА – у 3 (6%), методом ПЦР – у 21 (42%) пациента. Острое и затяжное течение ИИ выявлено у 18 детей. Клиническая картина поражения органов желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) при абдоминальной форме острой и затяжной ИИ складывалась из болей в животе, не ярких признаков инфекционного процесса (тени под глазами, головная боль, бледность кожных покровов, обложенность языка). При остром течении ИИ наиболее часто поражалась тонкая кишка – у 15 человек, колит диагностирован у 1 ребенка, панкреатит – у 2. При хроническом течении ИИ, выявленном у 32 детей, в половине случаев имело место сочетанное поражение органов брюшной полости: панкреатит и энтерит, панкреатит и колит, энтерит и мезаденит. Гипоиммуноглобулинемия А определялась только у пациентов с хроническим течением ИИ, что, вероятно, и предрасполагает к хронизации процесса. В гемограмме у больных абдоминальной формой ИИ выявлялись изменения, характерные для бактериальной инфекции. Для псевдотуберкулеза характерен умеренный лейкоцитоз –  $(9,8 \pm 0,9) \cdot 10^9/\text{л}$  с относительным и абсолютным нейтрофилиозом –  $(55,3 \pm 3,2)\%$ ,  $(5,7 \pm 0,8) \cdot 10^9/\text{л}$ . При кишечном иерсиниозе наблюдался нормоцитоз –  $(7,0 \pm 0,4) \cdot 10^9/\text{л}$  и лимфоцитоз относительный –  $(47,5 \pm 3,9)\%$  и абсолютный –  $(3,3 \pm 0,3) \cdot 10^9/\text{л}$ . Все эти изменения статистически значимы ( $p < 0,05$ ).

Таким образом, в гастроэнтерологической клинике выявляется абдоминальная форма ИИ. Абдоминальная форма ИИ протекает с поражением различных органов брюшной полости, проявляясь в виде энтерита, колита, панкреатита, мезаденита. При хроническом течении ИИ достоверно чаще встречается гипоиммуноглобулинемия А. Гематологические изменения при ИИ различны: при псевдотуберкулезе – лейкоцитоз и нейтрофилия, при иерсиниозе – нормоцитоз и лимфоцитоз.

### 376. Особенности течения хронического вирусного гепатита В с сочетанным поражением поджелудочной железы

Шубина М.Э., Дуданова О.П.  
Петрозаводский государственный университет, Россия

**Цель исследования:** изучить особенности течения хронического вирусного гепатита В (ХВГВ) с сочетанным поражением поджелудочной железы (ПЖ).

**Материалы и методы.** Обследованы 206 больных ХВГВ на стадии хронического гепатита. Диагноз верифицирован клинико-лабораторными, морфологическим и инструментальными методами исследования (УЗИ, доплерография портального кровотока). Этиология и фаза вирусного процесса установлена на основании определения серологических маркеров HBV методом ИФА и ДНК вируса в сыворотке крови и ткани печени методом ПЦР. Активность ХВГВ установлена на основании гистологического индекса активности (ИГА), выраженности некрвоспалительного синдрома. Нутритивный статус

оценивали по данным соматометрических и лабораторных методов исследования.

**Результаты.** Признаки поражения ПЖ выявлены у 93 (45,1%) больных ХВГВ, среди них клинические проявления наблюдались у 9 (9,7%), сонографические – у 84 (90,3%). В группе больных ХВГВ с сочетанным поражением ПЖ по сравнению с ХВГВ без поражения ПЖ установлены следующие более высокие показатели: частота и степень вирусемии ( $r=0,44$ ,  $p=0,0091$ ), активность ХВГВ ( $r=0,39$ ,  $p=0,0073$ ); признаки нарушения белково-синтетической функции печени ( $r=0,29$ ,  $p=0,0062$ ), начальные признаки снижения портального кровотока ( $r=0,48$ ,  $p=0,0035$ ), более выраженное снижение показателей нутритивного статуса ( $r=0,51$ ,  $p=0,0044$ ).

**Выводы.** 1. У больных ХВГВ с сочетанным поражением ПЖ установлено более тяжелое течение ХВГВ. 2. При ХВГВ причинами поражения ПЖ являются: вирусемия, высокая активность патологического процесса в печени, начальные признаки снижения портального кровотока. 3. Сочетанное поражение ПЖ при ХВГВ приводит к более выраженному нарушению нутритивного статуса больных ХВГВ уже на стадии хронического гепатита.

### 377. Клиническое значение суточного рН-мониторирования в диагностике заболеваний верхних отделов желудочно-кишечного тракта у детей

Шумейко Н.К., Завикторина Т.Г., Кириллов В.И., Стрижова И.С., Емелина С.Р.  
МГМСУ, ДКБ Св. Владимира, Москва, Россия

**Цель исследования:** оценить диагностическую значимость суточной внутрипищеводной, интрагастральной рН-метрии у детей с заболеваниями верхних отделов пищеварительного тракта и изучить выраженность эндоскопических изменений слизистой оболочки пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки при различных значениях рН рефлюктата.

**Материал и методы.** Обследованы 40 детей (6-16 лет): 6 – с язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки (ЯБДПК), 34 – с хроническим гастродуоденитом (ХГД). Для диагностики гастроэзофагеального (ГЭР), дуоденогастрального (ДГР) и фаринголарингеального рефлюкса (ФЛР) проводилось суточное рН-мониторирование.

**Результаты.** По результатам проведенного обследования у 80% детей (2 с ЯБДПК и 30 с ХГД) выявлен катаральный эзофагит, у 1 ребенка с ХГД – эрозивный эзофагит, у 7 детей патологии пищевода выявлено не было. У 60% детей с ГЭРБ был выявлен патологический кислый рефлюкс, у 22% – нектислый рефлюкс, у 18% – смешанный патологический ГЭР. У 4% детей ГЭР сочетался с ДГР, у 2 детей выявлен ФЛР. Высокий уровень кислотообразования определялся у всех 6 детей с ЯБДПК и у 15 детей с ХГД. Нормальные показатели кислотности регистрировались у 19 детей с ХГД. Диагноз устанавливался на основании клинической картины с учетом данных инструментальных методов исследования. Лечебные мероприятия включали диетотерапию, соблюдение режима дня и питания, прием лекарственных препаратов.

**Заключение.** Катамнестическое наблюдение показало благоприятную динамику изучаемых показателей. Проведенные исследования позволяют корректировать терапию с учетом данных суточного рН-метрического исследования и показателей эндоскопических изменений слизистой оболочки.

### 378. Опыт применения препарата «Закофальк® NMX» при неспецифическом язвенном колите у детей

Шумилова О.В., Федулова Э.Н., Федорова О.В., Тутина О.А., Медянцева Г.В.  
Нижегородский НИИ детской гастроэнтерологии, Россия

**Цель исследования:** оценить эффективность масляной кислоты как цитопротектора в составе комплексной терапии НЯК у детей.

**Материалы и методы.** Под наблюдением находились 11 пациентов с НЯК 1, 2 и 3 степени активности, возраст пациентов – от 9 до 16 лет. 3 имели гормонозависимое течение. Все пациенты получали препараты 5-АСК, 1 – местные и 2 – системные гормоны.

Методом случайной выборки пациенты были распределены на 2 группы: опытную (5 человек) и контрольную (6 человек). Группы не имели статистически значимых различий по тяжести течения заболевания, клиническим проявлениям, данным лабораторно-инструментального обследования. Пациентам опытной группы назначался закофальк NMX месячным курсом в стандартной дозировке – по 1 таблетке 3 раза в сутки до еды. Критериями эффективности терапии выбраны: клинический аспект, биохимические показатели, данные копроскопии, бактериологического исследования кала, эндоскопическая динамика. Контроль проводился на 3-4-й неделе.

**Результаты.** В опытной группе достоверно улучшились качественные показатели клинического статуса пациентов – в течение 30 дней терапии полностью купировался абдоминальный болевой синдром, уменьшилась астенизация, восстановился стул. Нормализация стула отмечалась на 3-й неделе терапии, тогда как в контрольной группе – в более поздние сроки,  $p<0,05$ . В опытной группе отмечено улучшение качественного состава микрофлоры,  $p<0,05$ , по показателям эндогенной интоксикации – снижение уровня пировиноградной кислоты,  $p<0,05$ , получена положительная эндоскопическая динамика. Побочных эффектов не наблюдалось.

**Заключение.** Результаты подтверждают эффективность препарата «Закофальк® NMX» в комплексной терапии НЯК у детей и возможность использования его в перспективе в качестве препарата-колонопротектора.

## Э

### 379. Лечебные факторы минеральной воды «Хар-Бурук» и их влияние на гомеостаз слизистой оболочки желудка белых крыс при стрессорном ультрагерогенезе

Эдеева С.Е., Абушинова Н.Н., Бадмаева К.Е., Эльбикова А.А., Буваева Д.В.  
Калмыцкий государственный университет, Элиста, Россия,  
e-mail: edeeva\_saglara@mail.ru

**Цель исследования:** изучение возможности протекторного противоязвенного действия минеральной воды месторождения Хар-Бурук в отношении стрессогенных нарушений слизистой оболочки желудка (СОЖ).

**Материалы и методы.** Опыты проводили на белых беспородных крысах-самцах массой 200-250 г. Предварительно животные были разделены на контрольную группу, получающую перед стрессорным воздействием в качестве питья в течение 7 дней обычную воду, и опытную, получающую в аналогичные сроки минеральную воду месторождения Хар-Бурук. Стрессорные повреждения слизистой оболочки желудка вызывали 30-минутным неизбегаемым плаванием животных в воде  $t^{\circ}=21^{\circ}\text{C}$ . Оценку состояния СОЖ проводили через 1 час после окончания плавания. Стрессорные повреждения измеряли при помощи микроскопа с окуляр-микрометром в  $\text{мм}^2$ . Статистическую обработку экспериментальных данных осуществляли при помощи пакета прикладных программ STATISTICA 6.0. Различия считались значимыми при  $p<0,05$ .

**Результаты исследования.** Стрессорные язвы, возникающие через 1 час после 30-минутного плавания животного в изолированной клетке, имеют вид точечных кровоизлияний, которые в литературе рассматриваются как стрессорные язвы. Средняя площадь повреждений СОЖ у животных контрольной группы составила  $(1,39\pm 0,13)\text{мм}^2$ . У животных экспериментальной группы, получавших в течение 7 дней перед экспериментом минеральную воду месторождения Хар-Бурук, средняя площадь стрессорных повреждений была достоверно меньше ( $p<0,01$ ) и составила  $(0,60\pm 0,13)\text{мм}^2$ . Таким образом, полученные данные позволяют сделать заключение о высоком протекторном противоязвенном действии исследуемой минеральной воды в отношении стрессорных язв, механизмы которого остаются пока не изученными.

## Ю

**380. Динамика клинико-функциональных изменений при хроническом гастрите на фоне различных схем терапии**

Юневич Д.С., Бутов М.А.<sup>1</sup>, Кузнецов П.С.<sup>1</sup>  
Областная клиническая больница, Рязань, <sup>1</sup>Рязанский ГМУ  
Россия, e-mail: YunevichDen@yandex.ru

**Цель исследования:** оценить клинико-функциональные изменения при хроническом гастрите (ХГ) на фоне терапии.

**Материал и методы:** 40 больных ХГ 18-40 лет. Опытная группа, 25 больных, получала: омез 40 мг/сут, мотилиум 30 мг/сут и релцер 30 мг/сут; контрольная, 15 больных, получала омез 40 мг/сут и мотилиум 30 мг/сут. Выполнялась интрагастральная рН-метрия с оценкой базального рН ( $pH_{\text{баз}}$ ), времени ответа ( $T_{\text{отв}}$ ) и времени действия препарата ( $T_{\text{д}}$ ), максимального повышения рН ( $pH_{\text{max}}$ ), изменения рН ( $pH_{\text{изм}}$ ), площади действия ( $S_{\text{д}}$ ), индекса ощелачивания ( $I_{\text{щ}}$ ), проводился опрос по шкале GSRS для оценки симптомов в 1-й и 7-й дни лечения.

**Результаты.** В 1-й день выявлены уровни  $pH_{\text{баз}}$ : анtrum –  $2,53 \pm 0,29$ , корпус –  $1,33 \pm 0,07$ , кардия –  $1,8 \pm 0,18$ . При пробе с 10 мл релцера получены показатели  $pH_{\text{max}}$ : анtrum –  $4,51 \pm 0,32$ ,  $p < 0,001$  ( $pH_{\text{изм}} = 1,98 \pm 0,02$ ), корпус –  $3,17 \pm 0,3$ ,  $p < 0,001$  ( $pH_{\text{изм}} = 1,84 \pm 0,38$ ), в кардии –  $3,14 \pm 0,38$ ,  $p < 0,01$  ( $pH_{\text{изм}} = 1,34 \pm 0,19$ ).  $T_{\text{отв}} = (3,73 \pm 0,25)$  мин,  $T_{\text{д}} = (28,91 \pm 2,66)$  мин. На 7-й день выявлено повышение  $pH_{\text{max}}$ :  $5,51 \pm 0,34$ ,  $4,72 \pm 0,38$ ,  $3,95 \pm 0,45$  в указанных отделах желудка при снижении  $pH_{\text{изм}}$ ,  $p < 0,01$ . Значения  $S_{\text{д}}$  и  $I_{\text{щ}}$  на 7-й день достоверно выше аналогичных до лечения. Наблюдалось увеличение  $T_{\text{д}}$  до  $(47,21 \pm 3,18)$  мин и укорочение  $T_{\text{отв}}$  до  $(3,02 \pm 0,2)$  мин,  $p < 0,05$ . До лечения у пациентов опыта и контроля не выявлено различий в интенсивности жалоб: боль –  $(52,9 \pm 4,0)\%$  и  $(54,6 \pm 4,2)\%$ , рефлюкс-синдром –  $(30,9 \pm 3,7)\%$  и  $(35,5 \pm 3,6)\%$ , диспепсия –  $(44,1 \pm 11,5)\%$  и  $(40,5 \pm 8,9)\%$ , диарея –  $(24,4 \pm 4,8)\%$  и  $(28,7 \pm 3,2)\%$ , запоры –  $(22,5 \pm 4,2)\%$  и  $(18,4 \pm 4,0)\%$ . На 7-й день в опытной группе снижение боли до  $(40,3 \pm 3,3)\%$  против  $(45,3 \pm 3,8)\%$ ,  $p < 0,001$ , рефлюкс-синдрома – до  $(24,6 \pm 3,4)\%$  и  $(27,5 \pm 4,4)\%$ ,  $p < 0,05$ , диспепсии –  $(31,1 \pm 7,9)\%$  и  $(34,1 \pm 8,3)\%$ ,  $p < 0,05$ , диареи –  $(20,0 \pm 3,1)\%$  и  $(28,0 \pm 3,4)\%$ ,  $p < 0,01$  при незаметном уменьшении интенсивности запоров.

**Выводы.** Включение в терапию ХГ релцера ведет к стойкой гипоацидности и компенсации ощелачивающей функции антрума. К 7 дню приема антацидного действия препарата достоверно увеличивается. Его использование дает выраженное уменьшение интенсивности симптоматики ХГ.

**381. Распространенность симптомов диспепсии у лиц молодого возраста**

Юрченко И.Н., Каширина Н.А.  
Самарский ГМУ, Россия, www.samsmu.ru

Принято считать, что у лиц молодого возраста так называемые симптомы диспепсии в основном связаны с функциональной патологией желудочно-кишечного тракта (ЖКТ). Однако эти симптомы являются неспецифическими и могут встречаться при любых заболеваниях органов пищеварения. Актуальным является выявление заболеваний на ранних стадиях.

**Цель исследования:** изучить распространенность и длительность основных симптомов диспепсии у лиц молодого возраста. С этой целью проведено добровольное анкетирование 397 студентов 1-го курса вузов города Самары.

**Полученные результаты.** Выявлено, что периодически возникающая боль в животе различной локализации беспокоит 138 (35%) студентов. Изжогу отмечают 57 (14,4%) человек, в основном, после приема пищи (40 – 10,1%). Отрыжка есть у 53 (13,4%), при этом у 12 – кислым, у 41 – воздухом. Тошнота выявлена у 82 (20,7%) лиц. Сформированная склонность к послаблению или закреплению стула выявлена соответственно у 12 (3,0%) и у 14 (3,5%) человек. Длительность заболевания более 1 года зарегистрирована у 57 (14,4%) студентов, что можно расценивать как наличие хронического заболевания ЖКТ. Часто реци-

дивирующее течение заболевания зарегистрировано у 28 (7,1%) студентов (обострения более 3 раз в год у 19, непрерывно рецидивирующее течение – у 9). Неблагоприятный семейный анамнез обнаружен у 61 студента (15,5%): по линии матери – у 39, по линии отца – у 22.

**Выводы.** Анкетирование является информативным методом скрининговой диагностики заболеваний ЖКТ. Можно констатировать, что среди студентов 1-го курса вузов города Самары различные жалобы со стороны ЖКТ предъявляют не менее 35% лиц, из которых у 14,4% имеются признаки хронического заболевания ЖКТ.

## Я

**382. Особенности фармакодинамического влияния препаратов противоязвенной терапии на активность ферментов монооксигеназной системы в слизистой ткани желудка**

Якубов А.В., Пулатова Н.И., Акбарова Д.С., Саидова Ш.О., Абдусаматова Д.З.  
Ташкентская медицинская академия, Узбекистан

**Цель исследования:** изучение фармакодинамического эффекта препаратов противоязвенной терапии на активность ферментов монооксигеназной системы (МОС) в слизистой ткани желудка.

**Материалы и методы.** Экспериментальную модель язвы вызывали на половозрелых крысах-самцах смешанной популяции по методу В.А. Вертелькина в модификации И.А. Лосьева. Эксперименты проводили в 9 группах. В каждой группе было по 6 животных. 1-я группа интактная; 2-я группа – животные с экспериментальной язвой (ЭЯ); 3-я группа – животные с ЭЯ, получавшие  $H_2O$  (контрольная); 4-9 группы получали омепразол 50 мг/кг; де-нол 10 мг/кг; метронидазол 50 мг/кг; тетрациклин 50 мг/кг; амоксициллин 40 мг/кг; фуразолидон 100 мг/кг. Все препараты вводили *per os* в виде водной суспензии в течение 10 дней. Состояние МОС в слизистой ткани желудка оценивали по активности амидопирин-N-деметилазы по методу Р. Попова и НАДФ-Н-цитохром-с-редуктазы по методу С.Н. Williams.

**Результаты.** Нами установлен ингибирующий эффект омепразола. В этой группе активность амидопирин-N-деметилазы снижалась на 39,0%, а НАДФ-Н-цитохром-с-редуктазы – на 40,5% от показателя группы без лечения ( $H_2O$ ). В группе с де-нолом активность амидопирин-N-деметилазы достоверно увеличивалась на 41,0%, а НАДФ-Н-цитохром-с-редуктазы – на 23,7%. При лечении с метронидазолом активность амидопирин-N-деметилазы снижалась на 57,9%, а с фуразолидоном – на 45,3%. Снижение активности НАДФ-Н-цитохром-с-редуктазы в обеих группах было почти одинаковым. (46,4% и 44,2% соответственно).

**Выводы.** Компоненты противоязвенной терапии омепразол, метронидазол и фуразолидон значительно подавляют активность ферментов МОС в слизистой ткани желудка. Де-нол оказывает индуктивное влияние, а тетрациклин и амоксициллин влияния не оказывают.

**383. Влияние де-нола, сукральфата, пепсана-Р на показатели окислительного стресса на слизистой ткани желудка при индометациновой гастропатии**

Якубов А.В., Рахматуллаева Г.К., Абдусаматова Д.З., Саидова Ш.А., Пулатова Д.Б.  
Ташкентская медицинская академия, Узбекистан

**Цель исследования:** в сравнительном аспекте изучить влияние де-нола, сукральфата и пепсана-Р на состояние перекисного окисления липидов (ПОЛ) в слизистой ткани желудка при индометациновой гастропатии (ИГ) у крыс.

**Материалы и методы.** ИГ моделировали путем перорального введения индометацина в дозе 2,5 мг/кг в течение 5 дней. Эксперименты проводили в 6 группах, в каждой группе было по 6 животных. 1-я группа интактная; 2-я группа – животные с ИГ; 3-я группа – животные с ИГ, получавшие  $H_2O$ ; 4-6-я группы получали де-нол 10 мг/кг, сукральфат 400 мг/кг; пепсан-Р 1500 мг/кг.

Все препараты вводили *per os* в виде водной суспензии в течение 10 дней. Состояние ПОЛ оценивали путем определения содержания малонового диальдегида (МДА) и активности каталазы (КТ), супероксиддисмутазы (СОД).

**Результаты.** В группе с де-нолом содержание МДА снижалось на 38,3%, активность КТ увеличивалась на 52,7% а СОД на 75,9%. Менее выраженный антиоксидантный эффект наблюдали при применении сукральфата. Наилучшие результаты получали в группе с пепсаном-Р. Содержание МДА снижалось на 50%, а активность КТ и СОД увеличивалась на 90,3% и на 122,3% от показателей группы без лечения.

**Выводы.** Цитопротекторы де-нол, сукральфат и пепсан-Р оказывают антиоксидантный эффект при лечении ИГ. По такому эффекту пепсан-Р превосходит де-нол и сукральфат.

#### 384. Изменения холатахолестеринового коэффициента при блокаде эндотелиновых рецепторов

Янчук П.И., Весельская Н.С., Решетник Е.Н., Барановский В.А.

Киевский национальный университет им. Тараса Шевченко, НИИ физиологии им. акад. Петра Богача УНЦ «Институт биологии», Украина

Желчные кислоты играют ключевую роль в стабилизации коллоидной системы желчи. Биосинтез, конъюгация, гидроксирование и этерификация желчных кислот и липидов в клетках печени является основой метаболического обеспечения внешней секреторной функции этого органа. Известно, что нейрогуморальная регуляция этих процессов в печени осуществляется при участии широкого спектра веществ, в том числе и пептидной природы. В частности, эндотелин-1, наряду с активной регуляцией тонуса сосудов печени, существенно влияет на ход ряда физиологических процессов в ней, приводя к изменениям холереза и качественных характеристик желчи. Холатахолестериновый коэффициент (ХХК) является одним из наиболее важных показателей коллоидной устойчивости желчи.

**Цель работы:** исследовать изменения ХХК в желчи крыс при выключении регуляторного влияния эндогенных эндотелинов, осуществляемого через эндотелиновые рецепторы А-типа.

Исследования проведены в острых опытах на крысах под уретановым наркозом (1 г/кг, внутривенно). Блокатор ЭТА-рецепторов ВQ-123 в дозе 60 мкг/кг вводили внутривенно. В шести получасовых пробах желчи концентрацию желчных кислот и липидов определяли методом тонкослойной хроматографии. Поскольку хроматографические методы позволяют выявить в этой биожидкости достаточное количество эфирсвязанного холестерина, который оказывает менее дестабилизирующее воздействие на желчь, естественно, что ХХК необходимо рассчитывать с учетом лишь свободного холестерина. При таком определении у крыс контрольной группы наблюдалось постепенное уменьшение ХХК с 15,6 в 1-й пробе до 11,8 в 6-й. У животных, которым вводили ВQ-123, значения ХХК во всех пробах были достоверно больше, чем в соответствующих пробах контроля. Так, в 1-й пробе ХХК составлял 16,9 ( $p < 0,05$ ), а в 6-й – 15,1 ( $p < 0,01$ ).

Таким образом, блокада ЭТА-рецепторов приводит к существенному повышению коллоидоустойчивости желчи у крыс. Расчет данного коэффициента с учетом эфирсвязанности холестерина более четко отражает изменения коллоидной системы желчи и позволяет одновременно оценивать процессы этерификации его в печени.

#### 385. Особенности влияния норадrenalина на сократительную активность воротной вены крыс

Янчук П.И., Пасичниченко О.М., Виноградова Е.А.

Киевский национальный университет им. Тараса Шевченко, Учебно-научный центр «Институт биологии», Украина

Кроме общепризнанного прямого действия норадrenalина непосредственно на гладкомышечные клетки (ГМК) сосудов, известно о его эндотелий-зависимом действии.

**Цель работы:** изучение особенности влияния норадrenalина на сократительную активность воротной вены печени крыс.

Эксперименты проведены на изолированных препаратах воротной вены (ВВ) крыс, перфузируемых подогретым раствором Тироде. Сокращение сегментов ВВ под влиянием норадrenalина (НА) в концентрации 10 мкмоль/л регистрировали с использованием тензометрической установки. Блокаду  $\alpha$ -адренорецепторов осуществляли фентоламином (40 мкмоль/л),  $\beta$ -адренорецепторов – обзиданом (10 мкмоль/л). Деэндотелизацию сосудистых препаратов осуществляли раствором сапонина в концентрации 1 мг/мл в течение 15 минут.

После фармакологической деэндотелизации сосудистых препаратов сила сокращений, индуцированных НА, снизилась на 52% относительно контроля. Обзидан угнетал сократительную активность ВВ с интактным эндотелием, вызванную НА, на 24% в сравнении с контролем. После применения обзидана на деэндотелизированных сосудистых препаратах показатель медианы силы сократительной активности ВВ, индуцированной НА, уменьшился в 2 раза. Фентоламин угнетал полностью сократительные реакции препаратов как с интактным эндотелием, так и деэндотелизированных сегментов ВВ. Полученные результаты свидетельствуют, очевидно, о локализации  $\alpha$ - и  $\beta$ -адренорецепторов как на ГМК, так и на эндотелиоцитах ВВ. Индометацин, блокатор циклооксигеназы, угнетал сократительную активность ВВ, вызванную НА, на 58% относительно контроля. После деэндотелизации статистический анализ не выявил достоверных отличий между контрольной группой и опытом.

Следовательно, сократительные реакции воротной вены печени крыс на норадrenalин частично опосредуются эндотелием, вероятно, путем выделения констрикторных факторов, в частности продуктов циклооксигеназного окисления арахидоновой кислоты.

## Abstracts in English (A–Z)

**386. Efficacy of treatment of chronic hepatitis C in patients with hereditary coagulopathies (hemophilia and von Willenbrand disease)**

Belovičová M., Bátorová A., Horváthová D., Jankovičová D., Prigancová T.

Internal-Hepatologic ambulance, Bardejovské Kúpele, National Hemophilic Centrum, Bratislava, Slovakia,  
e-mail: mriab9@gmail.com

**Background.** Chronic hepatitis C (CHC) is a serious cause of morbidity and mortality in hemophilia population. From 1992 are in Slovak hematologic praxis used safe plasmatic concentrates of coagulative factors. Nobody of hemophiliacs in Slovakia was infected by HIV. After 1992 was neither infected with hepatitis B or C virus.

**The aim of study.** To analyse the efficacy of treatment of CHC in patients with hereditary coagulopathies.

**Material and methods.** The retrospective analyse of 31 pts (27M/4F) with hereditary coagulopathy, which were diagnosed and treated in internal-hepatologic ambulance.

**Results.** From 2008 till 2010 were in our ambulance examined 31 patients with hereditary coagulopathy and antiHCV+: 23 pts with hemophilia A, 3 pts with hemophilia B and 5 pts with von Will. disease. At 8 pts (25,8%) was CHC not confirmed, 4 pts (12,9%) doesn't treat their CHC because of contraindication or disagreement. 19 pts undergone the treatment of CHC (18/19 pts – 94,7% had genotyp 1 of CHC virus, the average of pts was 44,1 (19-62). 14/19 pts (73,7%) had the first treatment of CHC, 3/19 pts had the repeated treatment because of relaps, 2/19 pts had a repeated treatment because of nonresponse. 7/14 pts (50% achieved the susitained virologick response (SVR), 5/14 pts had a relaps, 2/14 were nonresponders. The repeated treatment because of relaps – SVR was achieved in 3 pts and at 1 pts with nonresponse.

**Conclusions.** Patients with hemophilia has most often genotyp 1 of CHC virus, they are mostly male, they are infected for a long time with CHC, they have often a high concentration of virus. But the efficacy of treatment of CHC is comparable with other patients with CHC. The cooperation between hematologists and hepatologist is necessary to do early diagnostic and treatment of CHC.

**387. Noninvasive fibrosis risk assesment for patients with nonalcoholic fatty liver disease**

Birka I.<sup>1</sup>, Pukitis A., Staka A., Pokrotnieks J.

Pauls Stradins Clinical University hospital, <sup>1</sup>University of Latvia, Riga, Latvia, ilzebirka@hotmail.com

**Background.** Simple steatosis is considered a benign state of disease but it can progress to steatohepatitis, liver fibrosis and cirrhosis and increase risk for hepatocellular carcinoma. Liver histology is necessary to confirm NASH, therefore new diagnostic tools are being searched to specify the stage and prognosis of disease. Several simply calculable indexes have been introduced – BARD score (BMI  $\geq 28$  kg/m<sup>2</sup>; ASAT/ALAT  $\geq 0,8$ ; type 2 diabetes; BAAT index (age  $\geq 50$  age, BMI  $\geq 28$  kg/m<sup>2</sup>, ALAT  $\geq 2$ xUNL, triglycerides  $\geq 1,7$  mmol/l) and HAIR index (predicts NASH) (hypertension, ALAT, insulin resistance).

**Aims.** To calculate BARD score, BAAT and HAIR indexes in patients with NAFLD, evaluating risk for liver fibrosis.

**Methods.** 49 patients with ultrasound proven hepatic steatosis were included in study after exclusion of other liver diseases or alcohol consumption (>20-40 g absolute alcohol per day); correlation analysis was done using correlation coefficient r.

**Results.** BARD score 0-1 – 41,3% patients (no/low fibrosis risk), 2-4 – 58,7% patients (high fibrosis risk); BAAT score 0-1 – 15,6% patients (no fibrosis), 2-4 – 84,4% patients (high fibrosis risk); none of the patients had BAAT score 4 (confirms fibrosis). HAIR index  $\geq 2$  – 54,8% patients (predicts NASH), 0-1 – 45,2% patients (no NASH). There was no correlation between scores. Combination of all scores allows to escape liver biopsy in 22,4% of patients with low risk for liver fibrosis.

**Conclusions.** BARD, BAAT and HAIR indexes can more preciously confirm «no» or «low risk» liver fibrosis, as previously described, due to low positive predictive value, therefore they cannot replace biopsy, but can be used to identify patients to whom biopsy is not necessary or can be postponed.

**388. The presence of erosions in the small bowel correlates with the blood in the small bowel lumen**

Derovs A., Derova J., Pokrotnieks J.

Riga Stradins University, Riga, Latvia

**Aim of work.** To evaluate possible correlation between erosions in the small bowel (SB) detected by capsule endoscopy (CE) and the presence of the blood in the SB lumen.

**Materials and methods.** All CEs were performed either in P. Stradins clinical university hospital or Latvian Maritime Medicine centre. The indications for CE diagnostics were consistent with the European Society of Gastrointestinal Endoscopy Guidelines. From the author CE database were selected patients with erosions in the SB. Erosion was defined as a small superficial defect in the mucosa with a white or yellow colour and a flat edge. Only erosions that extended diffusively in the SB were taken into account, respectively, were seen in all parts of the SB. The presence of the blood in the SB lumen was also evaluated. Special questionnaire with 370 different parameters (history, the CE data, laboratory data, etc.) was filled in for each patient with it consecutive entry into the database. Statistical analysis was performed using SPSS ver. 16.

**Results.** In total out of 272 CEs, 196 cases were entered into the database. Erosions were detected in 147 (75%) cases. Out of these, in 116 cases the blood was detected in the SB lumen. 110 (56,1%) patients were females and 86 (43,9%) – males. Patient age ranged from 13 to 82 years (mean 44,70 $\pm$ 17,33). There was no statistically significant difference observed between patients' gender and age. Positive correlation between erosions and the blood in the SB lumen ( $\chi^2=4,186$ ,  $\phi=0,146$ ,  $p=0,041$ ) was observed. It means that in patients with erosions, blood in the SB lumen is much more common.

**Conclusions.** Erosions in the SB correlate with the blood in the SB lumen. Erosions in the SB because of its anatomical difference (incomparably wider surface than in stomach or colon) are always with high clinical implication.

**389. The clinical observation of the impact of biologically active food supplements containing inulin and sodium butyrate, on the main disorders of the digestive system**

Gavrisucuk A., Jasko J., Pukitis A., Pokrotnieks J.

Riga Stradiņš University, Latvia

**The goal of the study:** is to assess biologically active food supplement containing inulin and sodium butyrate («Synbutyr») effects on major gastrointestinal complaints.

**Methods.** The study included 19 outpatients in age from 18 years with more common gastrointestinal disorders. The first visit was the patients' interview about the current state of health. Patients were assigned to «Synbutyr» 10-day course of 2 capsules 3 times a day. In the second visit patients were asked about the health status changes. The results were compiled and processed by multivariate analysis.

**Results.** The study included 19 patients, 4 (21%) of them men and 15 (79%) women. Age older than 55 years had 10 (53%) patients and younger than 55 years had 9(47%) patients. As a result, the complete disappearance of symptoms occurred in 2 patients (10.5%), partial improvement had 10 patients (53%), no improvement had 5 patients (26%) and deterioration had 2 patients (10,5%). Side effects had 3 patients (16%). The first patient had the anal fissures, because of constipation. The second patient had the tightness in the liver region, but he has biliary system disorders. The third patient appeared burning in the epigastric region, but he also has a disorder-chronic pancreatitis.

The study involved three patients with Crohn's disease. One of them had a positive result, but the two others state had no changes.

**Conclusions.** 1. «Synbutyr» impacts positively on the common disorders of the digestive system. 2. Does not cause serious side effects, but attention must be used in patients with known liver, biliary and pancreatic disorders. 3. In future studies may be at a greater number of patients with Crohn's disease.

### 390. The impact of gastroesophageal reflux disease aetiology and patients' gender on the development of reflux esophagitis

Hasnere S., Zaķe T., Derovs A.  
Riga Stradins University, Riga, Latvia

**Aim of work.** To define potential factors, which could affect the development of reflux oesophagitis.

**Materials and methods.** From P. Stradins clinical university hospital Gastroenterology Centre 2010-2011 database were selected patients' case-records with gastroesophageal reflux disease (GERD). Database of analysed parameters (age, gender, etiological moments of GERD, grade of reflux esophagitis (RE) using LA classification, presence of Barrett's esophagus) was created. Statistical analysis was made using SPSS ver.16.

**Results.** In total 341 cases of GERD were selected. Out of these 260 (76%) patients had RE. 174 (51%) of patients were women, 167 (49%) – were men. Patients' age was from 18 to 93 (mean 58±19) years. There was no statistically significant difference observed between men and women. RE aetiology was: in 168 (65%) patients – hiatus hernia, in 41 (16%) pts. – insufficiency of cardia, in 6 (2%) pts. – resection of stomach and in 45 (17%) pts. the reason was unclear. From all RE patients 96 (37%) – had grade A, 68 (26%) – grade B, 29 (11%) – grade C, 10 (4%) – grade D. For 57 (22%) patients the grade of RE was unknown. In 12 (3.8%) patients Barrett's oesophagus was found. Positive statistically significant correlation was observed between: patients' age and the presence of RE ( $\chi^2=33,30$ ,  $p<0,000001$ ), RE and GERD aetiology ( $\chi^2=22,54$ ,  $p=0,000156$ ), RE and Barrett's oesophagus ( $\chi^2=3,88$ ,  $p=0,049$ ). There was no statistically significant difference observed between the incidence of patients' age and GERD.

**Conclusions.** 1. RE is more encountered among men. 2. GERD aetiology is related to the development of RE. 3. RE is a risk factor for the development of Barrett's oesophagus.

### 391. Liver colorectal metastases. Long-term results of radiofrequency ablation for

Ionkin D.A., Vishnevsky V.A., Efanov M.G.,  
Zhavoronkova O.I., Melechina O.V., Shurakova A.B.,  
Zhao A.V.  
A.V. Vishnevsky Institute of Surgery, Moscow, Russia

**Aim:** patients with liver colorectal metastases treatment improvement.

**Technique, materials and methods.** A total of 97 patients with liver colorectal metastases including 41 males and 56 females; age – 51.6 years (varying from 27 to 83 years) since 2002 underwent ultrasound-guided radiofrequency Ablation (RFA). All patients but three undergone primary tumor removal as the first stage and they had adjuvant therapy. Radionics Cool-Tip® Ablation System and water-cooling probe system was used for RFA. 189 RFA was performed in total, among them 165 percutaneous RFA (PcRFA) and 24 RFA with laparotomy. Mean session time (PcRFA) was 2,2±1,7 (from 1 to 8). Efficiency control was performed with US, MRI from first 24 hours after procedure, from 3,5 days (US) and then from 1,3,6 (MRI), 12 (MRI), 18,24 (MRI) months.

**Results.** An overall complication rate was 10,9% (18/165) after PcRFA and 16,6% (4/24) after RFA by open approach. Pleural effusion was the most frequent complication (42,5%). 2 patients died (2,07%) within the first two months after the procedure. In spite of chemotherapy and repeated RFA sessions 61% developed new foci during first 6 months, among them 26% intrahepatic, 34% extrahepatic and 45,8% intra- and extrahepatic.

Post-RFA 1-, 2-, 3-, 4- and 5-years survival rates were 84,2%; 62,7%; 51,7%; 32,7% and 26,3% relatively. Mediana survival – 30 months.

**Conclusions.** Patients with liver colorectal metastases treated with RFA, as well as operatively develop different results, depending on the following prognostic factors: metastases identification period, localization, tumor nodes number and size. US and CT are less informative in RFA efficiency control comparing with MRI. Partial destruction is more frequent than progressive tumor growth. PcRFA can be performed whenever necessary. RFA, especially PcRFA, as a minimally invasive local treatment, has become an effective and relatively safe alternative for the patients with liver colorectal metastases.

### 392. The study of liver leukocyte infiltrates in cancer and viral hepatitis

Kabanovskaya I.N., Lebedinskaya O.V., Godovalov A.P.,  
Molchalnikova V.L.  
Acad. E.A. Wagner Perm State Medical Academy, Russia,  
lebedinska@mail.ru

**Objectives:** To investigate the morphological features of leukocyte infiltrates of the liver in malignant tumors and viral hepatitis.

**Material and methods.** Cytotoxic activity of natural killer (NK) was analysed by MTT-test. Immunophenotype of liver leukocytes was determined by flow cytometry. Histological sections of the liver were stained with azure II-eosin, methyl green-pyronin, Schiff-iodine acid, and alcian blue. Statistical data processing was performed using Student's t-test.

**Results.** Morphological examination of mononuclear leucocytes from metastatic liver, particularly from paratumoral sites revealed mostly immature and synthesizing lymphoid cells, which is characteristic for processes of lymphocyte blast-transformation, differentiation and activation that may result in NKT cell subset development. This subset has high NK-activity, enhanced expression of adhesion molecules (that increases their fixation in tumor site and interaction with antigen-presenting dendritic cells and with tumor cells). Hepatic lymphocytes have higher cytotoxic activity against autologous tumor cells than lymphocytes of cancer patients' peripheral blood. Similar results were obtained in morphologic and immunophenotypic analysis of liver samples from patients with hepatitis B and C. Histological slides present a marked leukocyte infiltration in connective tissue round portal tract vessels and hepatic parenchyma as well. Infiltrating lymphocytes display immunophenotype of CD3+/CD16+/CD56+ -cells. Specific characteristics of liver infiltrating lymphocytes may be used in the development of immunotherapy methods for cancer patients with metastases in liver and with viral hepatitis.

### 393. ERCP outcome correlation with routinely applied diagnostic methods used before ERCP examination

Ozola-Zalite I., Pukitis A., Pokrotnieks J.  
Pauls Stradins Clinical University Hospital, Riga, Latvia

**Study aim** was to compare the informativity of routinely applied imaging techniques before ERCP and to evaluate ERCP success.

**Materials and methods.** The included 125 patients who have undergone both ERCP and at least one of examinations: US, CT, MRCP, EUS. Patients, who underwent only US and ERCP, were divided into groups according to US data, complaints, liver transaminases and amylase levels. For each group was calculated the ratio between the therapeutic and the ERCP number. Results. The most frequent indication for ERCP was choledocholithiasis (40%). Patients were undergone US (94%), CT (35%), MRCP (25%), EUS (6%). US diagnostic sensitivity of choledocholithiasis – 58,33%, specificity 92,68% (PPV 66,67%, NPV 89,40%). CT papilla stricture diagnostic sensitivity – 52,9%, specificity 100% (PPV 100%, NPV 81%). The CBD diameter correlation between US and ERCP was  $r=0,54$ . CT  $r=0,76$ . Successful ERCP cannulation were in 99 cases (79,2%), unsuccessful 7 (5,6%), therapeutic procedure 96 (76,8%). In patients with biliary stent occlusion ratio was 0,9. Ratio of the group with choledocholithiasis, bile duct dilatation and cholecystolithiasis 0,8. Groups with lower ratios were patients with biliary pancreatitis (0,63), chronic pancreatitis (0,6) and with bile duct dilatation alone (0,65).

**Conclusions.** US, CT applications found moderate informativity. The CBD diameter correlation between US and ERCP was moderate, CT strong. US, complaints of the patients, liver transaminases, amylases in general are selection criteria for referral to ERCP. Additional examinations like EUS or MRCP should make in cases of biliary or chronic pancreatitis and bile duct dilatation alone for successful ERCP procedure.

### 394. Combined Bacterial Spore Formers and Lactic Acid Bacteria Containing Probiotic Supplements

Patetko A., Semjonovs P.

Institute of Microbiology and Biotechnology, University of Latvia; Riga, Latvia; e-mail: bioarturs@gmail.com

Probiotics are live microbial food or feed supplements which beneficially affect the host organism by improving its intestinal microbial balance. Among the large number of probiotic products *Lactobacillus* (LB) and *Bifidobacterium* (BF) containing supplements or fermented foods for human and animal application are most common. Safety, therapeutic and prophylactic efficacy of plenty selected strains of this gastrointestinal tract's (GT) natural inhabitants are proven and mechanisms of their interaction with host have been extensively discussed. Since probiotic properties are strain specific, and strongly associated with concentration of viable cells in probiotic supplement or food, during their storage and passage through the gastric barrier, bacterial spore formers particularly *Bacillus* species offer some advantages over the more common LB and BF containing products in that they can be stored indefinitely in a desiccated form and are highly resistant to the gastric juices. Currently, there are a large number of *Bacillus* spores containing preparations for human, animals and aquaculture application commercially available. In spite of many reports affirming probiotic potential or even efficacy in treatment of digestive disorders for *Bacillus* spores based products, it raises a number of questions in regard to their mechanisms of action in the host's GT and safety aspects. By selection of spore forming strains for prospective probiotic preparations alongside with common guide-lines e.g. synthesis of antibacterials, virulence factors, immunomodulating properties etc., interaction with dominant bacteria of the small and large intestine should be evaluated. Particularly, interaction with intestinal LB and BF should be taken into account, and, combination of them with spore formers *Bacillus* strains can be considered as promising way for multistain probiotic products.

This research was supported by ERAF 2.1.1.1. Contract's Nr 2010/0322/2DP/2.1.1.1.0/10/APIA/VIAA/108.

### 395. Specific pathological changes in the small bowel mucosa in patients with Crohn's disease

Pavlova J., Derovs A.

Riga Stradins University, Latvia, Riga,  
e-mail: katjapavlova@inbox.lv

**Aim of work.** To evaluate the specific changes in the small bowel mucosa in patients with Chron's disease (CD) using the capsule endoscopy (CE).

**Materials and methods.** Data of CD patients, who underwent capsule endoscopy (CE) in period from 2007 to 2011, was evaluated. CE was made in P. Stradins Clinical University Hospital and Latvian Maritime Medicine Centre. Special study protocol with more than 370 parameters (anamnesis, CE data, laboratory data) was fulfilled for each patient. All the data was entered into the database with consecutive statistical analysis using SPSS ver.16.

**Results.** In total 272 CE were performed. 196 endoscopies were entered into the database. Out of them patients with CD were – 45, 25 (55,6%) were females and 20 (44,4%) were males. There was no statistically significant difference observed between patient genders. Patients' age was from 13 to 73 (average 36,04±14,90) years. Positive statistically significant correlation was observed between presence of CD and: 1) lumen stenosis ( $\chi^2=14,788$ ;  $p=0,001$ ); lumen strictures ( $\chi^2=16,348$ ;  $p<0,000001$ ); eritematous mucosa ( $\chi^2=7,047$ ;  $p=0,029$ ); oedemic mucosa ( $\chi^2=33,660$ ;  $p<0,000001$ ); granular mucosa ( $\chi^2=8,557$ ;  $p=0,014$ ); presence of aphthae in the small bowel ( $\chi^2=8,354$ ;  $0,015$ ); presence of ulcers ( $\chi^2=9,545$ ;  $0,008$ ) in the small bowel.

**Conclusion.** CD correlates with presence of eritematous, oedemic and granular mucosa, aphthae and ulcers in the small bowel. CD is one of the risk factors for the development of lumen stenosis and strictures in the small bowel.

### 396. Probiotics Fermented Vegetable Juices

Semjonovs P., Denina I., Patetko A., Auzina L., Upite D.,

Treimane R., Danilevich A., Linde R., Fomina A.

Institute of Microbiology and Biotechnology, University of Latvia; Riga, Latvia; e-mail: bioarturs@gmail.com;  
psem@latnet.lv

Fermented foods and beverages are food substrates e.g. vegetables or their juices that are fermented by food-grade microorganisms in spontaneous or microbiologically controlled conditions by use of selected starter cultures to obtain products with flavours aromas and textures pleasant and attractive to the human consumer. The lactic acid fermentation of vegetable products applied as a preservation method for the production of finished ready to use products is considered as an important technology since time immemorial. Nowadays the main reasons for growing consumption and scientific interest on lactic acid fermented foods are their nutritive value, physiological i.e. functional properties, hygienic stability and production costs. In recent years consumers demand for nondairy-based probiotic products has increased. Besides traditionally fermented vegetables or their juices e.g. cabbages, cucumbers, carrots, tomatoes, beets etc., less common vegetable substrates e.g. pumpkin (*Cucurbita pepo*), particularly their juice can be processed by lactic acid fermentation with certain hetero- and homofermentative probiotic cultures to broaden choice of healthy beverages. Pumpkin is one of well-known edible plants and has substantial dietary and medical properties (hepato-protective, anti-diabetic, antioxidant, hypotensive, anti-carcinogenic, anti-microbial, anti-inflammatory) due to the presence of unique natural substances. However application of scientifically proven probiotic cultures for fermentation of vegetable substrates often is difficult due to specific physiological and technological properties of applied probiotic, or probiotic strains containing mixed starter cultures. Therefore selection of appropriated probiotic strains of lactic acid bacteria, in regard of their technological potential, e.g. acidification power etc., and influence on the sensoric properties of the finished fermented product should be performed.

This research was supported by ERAF 2.1.1.1. Contract's Nr 2010/0322/2DP/2.1.1.1.0/10/APIA/VIAA/108.

### 397. Cytokines in pediatric gastroduodenitis associated with *Helicobacter pylori*

Shcherbak V.A.

Chita State Medical Academy, Russia

Chronic gastroduodenitis (CGD) is an actual problem because of it is wide spreading among children and adolescents and results of treatment are not always satisfactory.

**Aim** was to estimate role cytokines in pediatric gastroduodenitis.

**Materials and methods.** 30 children with CGD and 16 healthy ones aged 9-16 as a control group were examined (mean age 13,6±0,3). Serum cytokines were studied by immunologic enzyme analysis (test system by «Cytokine», St. Petersburg, Russia).

Fibrogastroduodenoscopy was made and *H.pylori* antibodies were determined in all patients to confirm the diagnosis. Erosive gastroduodenitis (21 children) prevailed endoscopically, superficial CGD was determined in 9 children. *H.pylori* antibodies were found in all patients, mean level was (187,9±40,4) AE/ml.

**Results.** Children with CGD compared with control group had increased levels of IL1 $\beta$  by 4,6 ( $p<0,001$ ), IL2 by 4,5 ( $p<0,001$ ), TNF $\alpha$  by 5,9 ( $p<0,001$ ), IFN $\alpha$  by 6,1 ( $p<0,001$ ). The data obtained show increase of pro-inflammatory cytokines and normal level of IL4. When analyzing interconnections of the investigated parameters direct correlation was established between the level of *H.pylori* antibodies and the concentration of TNF $\alpha$  ( $r=+0,41$ ;  $p<0,05$ ) and reverse – between the level of *H.pylori* antibodies and IL4 ( $r=-0,35$ ;  $p<0,05$ ).

**Conclusion.** 1. Pro-inflammatory cytokines IL1 $\beta$ , IL2, TNF $\alpha$  and IFN $\alpha$  are increased in pediatric CGD. 2. Anti-inflammatory IL4 level preserves its normal state and it may be estimated as an unfavorable reaction. 3. Close correlation connection is established between cytokines content and *H.pylori* antibodies level.

**398. Consistency of proton-pump inhibitor (PPI) use with prescribing indications**

Skrupska L.<sup>1</sup>, Levanovica L.<sup>1</sup>, Murniece S.<sup>1</sup>, Pukitis A.<sup>2</sup>, Pokrotnieks J.<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>Riga Stradiņš University, <sup>2</sup>University of Latvia, Riga, Latvia

**Aim of the study** was to investigate application of the PPIs and to evaluate consistency of their use with the prescribing indications in a department at multi-profile clinical university hospital.

**Material and methods.** 100 medical case records of the patients admitted in 2010 were analysed. The following information was collected: consistency of primary diagnosis and complications with the indications and contraindications for prescribing the PPIs, the PPIs most frequently used, their dosage, route of administration and frequency of use, as well as the frequency of use of non-steroidal anti-inflammatory drugs and other gastrotoxic medications and, finally, incidence of admission of high-risk patients in the department and PPI therapy strategy in such cases.

**Results.** PPI therapy was administered to 91 out of 100 patients. 90 patients received omeprazole and one – pantoprazole. All the patients were given the PPIs orally. PPIs' double dose (40 mg) received 88% of the patients received, 8% – a reduced dose (10 mg), only 4% – a standard dose (20 mg). Among the 91 patient the use of the PPIs was consistent with the indications in 38,5% of the cases (n=35) and in 61,5% (n=56) – it was not. Among the 56 patients, in addition to their PPI therapy, nine were administered non-steroidal anti-inflammatory drugs; five patients received other gastrotoxic medications; five were high-risk patients and ten patients had additional indications. Among these 29 patients 24 received 40 mg once a day; only three patients received the preventive dose of 20 mg and one patient received 10 mg.

**Conclusion.** To practically all patients were assigned oral PPIs (91%). Almost all received omeprazole (90%) which use in one-third of the cases was not warranted. Unreasonably often there were given double dose of PPIs. 35 received a PPI despite having a liver disorder (ten patients had no indications for administrating the PPI therapy at all).

**399. Liver Cirrhosis and Non-Steroidal Anti-Inflammatory Drugs**

Vagnere-Grinberga V., Ķenga E., Staka A., Lisova D., Pokrotnieks J.  
 Riga Stradins University, Riga, Latvia

**Aims of the study.** 1. To provide a comprehensive description of liver cirrhosis among gastroenterology patients. 2. To clarify the trends of NSAID usage among liver cirrhosis patients.

**Material and methods.** A cross-sectional study involving 31 liver cirrhosis patients was carried out in Riga's biggest gastroenterology departments, September – December, 2011 using survey, physical examinations, medical documentation, grading and data statistical analysis.

**Results.** 13% of gastroenterology inpatients had liver disease and 8% of them had liver cirrhosis. Those patients on average were 51 years old, with a slightly higher female preponderance (58%) and very low level of employment (3%). The most common symptoms for liver cirrhosis and its complications were ascites, jaundice and weakness. The patients had been diagnosed with liver cirrhosis on average for four years and the most frequent causes of liver cirrhosis were: alcoholic cirrhosis (58%) and chronic viral hepatitis (45%) (81% viral hepatitis C). Combination of alcohol abuse and chronic viral hepatitis were 26% of the cases and 64% of the liver cirrhosis patients used NSAIDs, most commonly diclofenac, ibuprofen and paracetamol to reduce back pain, headache and fever. Almost all (89%) patients are taking NSAIDs both before and after they were diagnosed with liver cirrhosis and 59% of the patients do it regularly for more than a year.

**Conclusions.** 1. Liver cirrhosis patients are 8% of all gastroenterology patients and 66% of patients with liver disease hospitalized mainly with emergency medical care (81%) and staying in hospital for an average of five days. 2. The most common causes of liver cirrhosis is alcohol abuse (58%) and chronic viral hepatitis (45%); these causes combine in 26% of the cases. 3. About 2/3 (64%) of liver cirrhosis patients are taking NSAIDs; most commonly diclofenac, ibuprofen, paracetamol to reduce back pain, headache and fever.

**400. Model for End-Stage Liver Disease versus Child-Turcotte-Pugh Score**

Vagnere-Grinberga V., Ķenga E., Staka A., Lisova D., Pokrotnieks J.  
 Riga Stradins University, Riga, Latvia

**Aims of the study.** 1. To evaluate the severity of liver cirrhosis using MELD and CTP scores 2. To choose the most appropriate score for clinical evaluation of liver cirrhosis.

**Material and methods.** A cross-sectional study involving 31 liver cirrhosis patients was carried out in Riga's biggest gastroenterology departments, September – December, 2011. Survey, physical examinations, blood tests, medical documentation, evaluation of MELD and CTP scores, grading and data statistical analysis was used.

**Results.** It was possible to assess MELD score for 77% of the patients. With CTP score this was possible only for 48% of the patients. For the rest of the cases it was not possible due to the missing laboratory tests in the medical documentation.

The average MELD score was 18, corresponding to the third level of need for the liver transplantation (46% of the patients) and the fourth level of expected three-month survival rate (50% of the patients); 17% patients had the first-degree indications for liver transplantation and the expected death rate in three months for 4% of the patient was 100%; 7% of the patients died during the study.

The average CTP score was 10, corresponding to the Child C class, meaning decompensated liver cirrhosis and high risk for surgery (60% of the patients).

**Conclusions.** 1. Most of the hospitalised liver cirrhosis patients are decompensated, 1/5 of the patients have the first-degree indications for liver transplantation and 7% die. 2. It is recommended to estimate the severity of liver cirrhosis with MELD score, while it is possible for 2/3 of the cases, while with CTP it is possible in only 1/2 of the cases. 3. Serum creatinine, serum bilirubine and INR should be taken for all the liver cirrhosis patients to evaluate their MELD score.

**401. Our experience of surgical treatment of liver and lungs colorectal metastases. Long-term results**

Vishnevsky V.A., Ionkin D.A., Vishnevsky A.A., Pikynov M.U., A.V. Vishnevsky Institute of Surgery, Moscow, Russia

**Aim:** Improvement the results of treatment of patients with liver and lungs colorectal metastases.

**Methods.** Investigation and treatment of 88 patients with colorectal metastases was carried in institute during the last five years. Primary bowel tumor was surgically removed in all cases. In 59% of patients lungs and liver metastases were detected in one stage with large intestine tumor and at 41% of patients – in 6 and more months after operation on large intestine. All patients had adjuvant therapy. 50 (56.8%) patients had surgically procedures about secondary combined lungs and liver lesions. From them colorectal metastases were in 35 cases in liver and in one lung; and in 15 cases in liver and in both lungs. Middle age was 51.2 years (25-69 years).

The sequence of operations was following: 1. One-stage removal of metastases from liver and from lung – 6 (12%) patients. 2. Metastectomy from liver, then in 2-3 weeks from one lung – 27 (54%). 3. Metastectomy from liver, then in 2-3 weeks from both lungs in one-stage – 8 (16%). 4. Metastectomy from liver, then in 2-3 weeks – from one lung and then through 2-3 weeks – from contralateral lung – 8 (16%). 5. Resection of right lung, then in 3 weeks right hepatectomy – 1 (2%).

The extent liver resection about metastases was following: hemihepatectomies – 25 (50%), extended hemihepatectomies – 10 (20%), trisectionectomies – 6 (12%), bisectionectomies – 9 (18%). The extent lung resection about metastases was following: precision (laser, coagulation) metastasectomy – 23 (46%), marginal or atypical sublobar machine lung resection – 15 (30%), lobectomy – 4 (8%), videothoroscopic lung resection – 8 (16%).

**Results.** The survival rate from patients were 1 year – 9.8%; 3 – 23.2%; 5 – 4.8% (Mediana survival – 26 months).

**Conclusion.** The best results of treatment of liver and lungs colorectal metastases are reached in the group of patients underwent liver resection and metastasectomy from lungs in 2-3 weeks, especially at those pa-

tients when the secondary tumors have been detected only after 6 and more months after surgically removal of a primary tumor. The kind of surgical intervention on lungs had no value on the forecast of disease. More propitious for patients were bilateral lung resections through mini approach with rib resection and videothoroscopic lung resection.

#### 402. The protective effect of corvitin in rat gastric mucosa

Yanchuk P.I., Shtanova L.Y., Govorukha T.N., Baban V.N., Veselsky S.P.

Taras Shevchenko Kiev National University, Institute of Physiology of the Peter Bogach, Research and Training Center «Institute of Biology», Ukraine, e-mail: Shtanova@ukr.net.

**Objective.** Preparation «Corvitin» developed by a group of Ukrainian scientists and is a water-soluble form of bioflavonoids quercetin. In our previous studies we showed that others flavonoids – rutin and quercetin protected the rat gastric mucosa (GM) from damage with ethanol and indomethacin (IM) due to their antisecretory and antioxidant properties. In this paper, our aim was to study the effects and mechanisms of corvitin action on the GM damaged by a 80% ethanol or IM.

**Material and methods.** The rats weighing 250-300 g, 80% ethanol, indomethacin, corvitin. Acute gastric injuries caused by Morimoto (ethanol) and by Rainsford (IM). All drugs were administered orally. Number of malondialdehyde (MDA) in GM was measured by the test with 2-thiobarbituric acid, the gastric secretion (GS) was investigated by Shay.

**Results.** Corvitin previously introduced into the stomach at doses of 2.5 mg/kg and 5 mg/kg, compared with the control, dose-dependently reduced the affected area of GM both in ethanol and in the IM model. As 80% ethanol (5 ml/kg) and IM (30 mg/kg) increased the content of MDA in tissue of GM by 75,4% ( $p<0,05$ ) and by 44% ( $p<0,001$ ), respectively. Corvitin dose-dependently reduced MDA content in GM in ethanol model by 23,2% ( $p<0,05$ ) and by 32,4% ( $p<0,01$ ), in indomethacin model – by 17,4% ( $p<0,001$ ) and by 36% ( $p<0,01$ ), respectively. In pylorus ligated rats was found that corvitin applied in the above doses, had no significant effect on GS: the volume of gastric juice, pH and total acid output during the 1-h period remained unchanged.

**Conclusion.** Our results suggest that corvitin at doses of 2.5 mg/kg and 5 mg/kg, has a protective effect on the gastric mucosa in the case of ethanol or indomethacin influence. The protective properties of corvitin, probably due to its antioxidant properties and are not associated with antisecretory mechanisms. Effects of bioflavonoids above-mentioned depend on the specific structure of the molecule.

#### 403. Effect of corvitin on local blood flow in liver

Yanchuk P.I., Vovkun T.V., Shtanova L.Y.

Kyiv National Taras Shevchenko University, Ukraine

Bioflavonoids – biologically active substances that show antioxidant properties and modulator in the cell. These include a large group of chemical molecules, including flavones, flavonols, flavonony and their derivatives. In order to correct the pharmacological properties of bioflavonoid drugs were synthesized and put into practice new derivatives of these substances. One of these is corvitin – an analogue of quercetin, which in turn is a derivative form of routine. It is known that corvitin has significant membrane-stabilizing action. It performs a cardioprotective role by reducing the increased collateral coronary resistance observed in the posts ischemic reperfusion period. Purpose – to examine the effect of corvitin on tissue blood flow in the liver.

In acute experiments on rats anesthetized with urethane (1 g/kg, intraperitoneally), local blood flow (LBF) was recorded in the liver by the method of hydrogen clearance with Electrochemical Generation of Hydrogen using polarograph LP-9 (Czech Republic). Corvitin introduced into the portal vein (i/pv) at a dose of 1 mg/kg caused prolonged (for several hours) LBF increase in the liver by 35-50% compared with controls. Corvitin injected at a dose of 5 mg/kg resulted in even greater (more than twofold) increase in liver LBF. Introduction of NO-synthase blocker L-NAME (10 mg/kg, i.v.) significantly suppressed the response of the liver LBF caused by corvitin.

Consequently, corvitin has a dose-dependent vasodilator action on vascular bed of the liver, and the duration of its impact due to a large extent the mediators, one of which is NO.

#### 404. Factors affecting the course of Crohn's disease and the need for surgery

Zake T., Hasnere S., Derovs A.

Riga Stradins University, Riga, Latvia

**Aim of work.** To evaluate potential factors affecting the course of Crohn's disease (CD) and the need for surgery.

**Materials and methods.** From P. Stradins clinical university hospital Gastroenterology Centre 2010-2011 database were selected patients' case-records with CD. Database with 12 analysed parameters (sex, age at diagnosis, disease location and course, need for surgery etc.) was developed. Statistical analysis was made using SPSS ver.16.

**Results.** In total 57 patients' cases were analysed. Out of these, 29 (51%) patients were female, 28 (49%) male. Average age of patients at diagnosis was (34,2±15,3) years. Almost half of the patients (49,1%) with CD were diagnosed before age 29. 18 (31,6%) patients had undergone surgery. Out of these, two-thirds of patients required surgical intervention in the first year after diagnosis. CD was most often localized in the ileocolon (38,6%), and was usually complex with stricture formation or penetrating complications. Other localisations of CD were: colon – 29,8%, ileum – 19,3%, upper gastrointestinal tract – 3,5% and unknown location in 8,7%. The course of CD was classified as stricturing in 36,9%, penetrating – 17,5%, inflammatory – 42,1% and unknown – 8,7%. Statistically significant correlation was observed between: 1) patient sex and the course of CD ( $\chi^2=12,48$ ,  $p=0,014$ ); 2) previous surgery and a) location ( $\chi^2=12,94$ ,  $p=0,012$ ), b) the course ( $\chi^2=20,63$ ,  $p=0,0004$ ), c) duration of CD ( $\tau=20,11$ ,  $p=0,004$ ). No statistically significant difference was observed between males and females in different types of the course of CD.

**Conclusions.** 1. Stricturing type of CD occurred more frequently in females. 2. Location, the course and duration of CD correlate with the need for surgery.