

## **МАТЕРИАЛЫ**

15-го Юбилейного международного  
Славяно-Балтийского научного форума  
**«Санкт-Петербург – Гастро-2013»**  
(13–15 мая 2013 года)

15<sup>th</sup> Jubilee International  
Slavic-Baltic Scientific Forum  
**Saint Petersburg – Gastro-2013**  
(May 13–15, 2013, St. Petersburg, Russia)

## **ABSTRACTS**

## А

### 1. Исследование влияния минеральной воды месторождения Хар-Булак на динамику нейтрофилов крови белых крыс и язвообразование на фоне экспериментального стресса

Абушинова Н.Н., Эльбикова А.А., Бадмаева С.Е., Бадмаева К.Е.  
Калмыцкий государственный университет, Элиста, Россия,  
e-mail: edeeva\_saglara@mail.ru

**Цель:** исследование динамики нейтрофилов крови, которые являются маркерами воспаления, на основе изучения протекторного действия минеральной воды месторождения Хар-Булак в отношении стрессорного язвеногенеза слизистой желудка белых крыс.

**Материалы и методы.** Опыты проводили на белых беспородных крысах-самцах массой 200-250 г. Предварительно животные были разделены на контрольную группу, получавшую в течение 7 дней обычную питьевую воду, и опытную, получавшую раствор минеральной воды месторождения Хар-Булак. Стрессорные повреждения слизистой оболочки желудка вызывали тридцатиминутным неизбегаемым плаванием животных в воде  $t^{\circ}=21^{\circ}\text{C}$ . Оценку состояния слизистой желудка и подсчет числа нейтрофилов проводили через 1 час после окончания стрессорного воздействия при помощи микроскопа с окуляр-микрометром. Статистическую обработку экспериментальных данных осуществляли с помощью пакета прикладных программ STATISTICA 6.0. **Результаты исследования.** Из литературы известно, что язва желудка и воспаление тесно взаимосвязаны. Воспаление характеризуется преобладанием активно фагоцитирующих нейтрофилов. Анализ нейтрофильного фона после стрессорного воздействия показал, что в контрольной группе содержание нейтрофилов снизилось на 90% по сравнению с нормой, в опытной группе – на 25%. В опытной группе было обнаружено преобладание нейтрофильного компонента ( $p < 0,001$ , от  $30,0 \pm 7,8$  до  $48,0 \pm 12,4$  на 100 клеток), который участвует в репарации поврежденных тканей. Можно полагать, что минеральная вода «Хар-Булак» обладает спазмолитическим действием на сосуды, в результате чего происходит реактивная миграция пристеночных гранулоцитов в циркулирующую кровь. Средняя площадь стрессорных язв у животных контрольной группы составила  $(1,40 \pm 0,13) \text{ мм}^2$ , у животных опытной –  $(0,60 \pm 0,11) \text{ мм}^2$ . Величина протекторного противоязвенного эффекта составила 59%. Возможно, что исследуемая минеральная вода месторождения Хар-Булак не только стабилизирует слизистую ЖКТ, повышая ее устойчивость к действию стрессорного язвеногенного фактора, но и оказывает существенное влияние на систему гемостаза целого организма.

### 2. Протеиновые показатели клеточной гибели в печени в условиях экспериментального поражения печени

Арипов А.Н., Фесенко Л.М.  
Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр педиатрии МЗ РУз,  
Ташкент, Узбекистан

Задачей настоящего исследования явилось определение протеиновых маркеров клеточной гибели и обновления гепатоцитов в условиях острого и хронического гелиотринового гепатита. Для оценки состояния клеточной гибели и обновления в условиях острого и хронического поражения печени гелиотрином нами была изучена экспрессия протеина p53 на гепатоцитах в условиях как острого, так и хронического гелиотринового гепатита. При этом обнаружено, что если у здоровых животных гепатоциты с положительной реакцией на p53 встречаются в 16,7% случаев, то при остром поражении печени – у 33,3%, а при хроническом – у 50% животных. Наряду с этим, уровень экспрессии белка p53 на гепатоцитах экспериментальных животных также выше, чем в контрольной группе. Экспрессия p53 при остром гепатите превышает значение контроля на 41,3%, а при хроническом – на 71,9%.

Следовательно, в условиях токсического поражения печени происходит не только увеличение количества животных с положительной реакцией на p53, но заметно повышена экспрессия этого белка на гепатоцитах, причем это отчетливо прослеживается у животных в условиях длительного воздействия токсического агента, то есть при хроническом гелиотриновом гепатите.

Для оценки скорости пролиферации в условиях токсического поражения печени нами была изучена экспрессия на гепатоцитах другого белка – PCNA. Было установлено, что у 83,3% животных с острой гелиотриновой интоксикацией в гепатоцитах отмечается положительная реакция на белок PCNA, и у 66,7% животных с хронической интоксикацией отмечается аналогичная реакция. В то же время, у животных контрольной группы такая реакция имела место у всех животных (100%).

Таким образом, проведенные исследования по изучению состояния клеточного обновления при остром и хроническом токсическом гепатите, позволяют сделать заключение о том, что в условиях токсического поражения печени происходит ускорение гибели гепатоцитов и замедление их обновления. При этом, если удельный вес погибающих гепатоцитов приблизительно одинаков как при остром, так и при хроническом гелиотриновом гепатите, то удельный вес вновь образуемых гепатоцитов существенно меньше при хроническом, чем при остром токсическом гепатите. Из этого вытекает, что дисбаланс между гибелью и образованием гепатоцитов усугубляется по мере хронизации патологического процесса в печени.

### 3. Молекулярные маркеры при хроническом вирусном гепатите В

Арипов А.Н., Фесенко Л.М., Набиев А.У.,  
Ахунджанова Л.Л.

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр педиатрии МЗ РУз,  
Ташкент, Узбекистан

Нашей задачей являлось установить и охарактеризовать молекулярные маркеры хронического гепатита В (ХГВ) у детей, изучить изменения концентрации гепатоспецифических белков печени.

Нами проведено определение белкового спектра крови больных детей с использованием электрофореза в ПААГ и 2D-электрофореза.

Среднее количество регистрируемых пятен на всех контрольных двумерных электрофореграммах, полученных в ходе выполнения данной работы, составило  $105 \pm 15$ .

При умеренной и выраженной активности ХГВ у детей выявлены качественные и количественные различия в составе белковых зон относительно контрольной группы: в зоне  $\alpha_1$ -глобулинов выявлена X-фракция. Аналогичная фракция выявляется при выраженной активности ХГВ. Увеличено содержание белков группы  $\beta$ -липопротеидов. Уровень гаптоглобина на 43% ниже нормы при умеренной активности процесса, при выраженной активности он ниже нормальных значений в 2 раза.

Характерно изменение ЛпНП в сыворотке крови детей, больных ХГВ. Уровень их достоверно снижается пропорционально тяжести заболевания. Зарегистрированные изменения ЛпНП объясняются, по всей вероятности, в рамках свободнорадикальной теории окислительного стресса разрыхлением фосфолипидного амфипатического слоя ЛпНП.

Среди идентифицированных белков достоверно повышаются уровни  $\alpha_1$ -антитрипсина – на 27% при умеренной активности ХГВ и на 48% при выраженной активности, аполипопротеинов – на 70% и 100% соответственно. Высокое содержание аполипопротеинов может объясняться особенностями липидного и энергетического обмена у детей, страдающих ХГВ. Уровень СРБ повышается на 70% относительно контрольного уровня при умеренной активности и более чем в два раза при выраженной активности.

Содержание таких белков, как гаптоглобин, ЛпНП достоверно снижается, составляя 57% и 78,5% от контрольного значения.

Результаты проведенного исследования доказывают, что использование 2D электрофореза позволяет с достаточно высокой точностью проводить диагностику хронического гепатита. Наиболее

информативным белком при оценке тяжести заболевания является гаптоглобин. Таким образом, показано, что наиболее перспективной является разработка метода диагностики ХГВ, основанная на отдельных белках-биомаркерах.

#### 4. Коррекция протеинового профиля при гепатите флавоноидами растительного происхождения

Ахунджанова Л.Л., Фесенко Л.М., Набиев А.У.  
Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр педиатрии МЗ РУз, Ташкент, Узбекистан

Целью наших исследований явилось определение глубины нарушений белкового спектра печени при гепатите. Большинство белков плазмы синтезируется в клетках печени. Заболевания печени сопровождаются снижением уровня альбуминов и глобулинов.

Наши исследования показали достоверное снижение доли альбуминов и глобулинов. Эти показатели отражают в основном белково-синтетическую функцию печени. Поэтому можно сделать вывод, что при остром токсическом поражении эта функция печени страдает.

Появление при патологии в сыворотке крови белков, названных условно X и X<sub>1</sub>, может быть новой вариантной формой белков β-группы. После восстановления белок X<sub>1</sub> исчезает, X значительно снижается. Изменение белков обусловлено, по всей вероятности, разрывом многочисленных внутрипечечных дисульфидных связей. Флавоноиды стабилизируют структуру белков.

Учитывая вышеуказанные данные том, что флавоноиды способствуют восстановлению сульфгидрильных групп, можно предположить, что сумма флавоноидов оказывает нормализующее действие на антиоксидантную систему и, следовательно, их положительное влияние на белковый обмен связано с антиоксидантным действием.

Введение флавоноидов животным с острым гелиотриновым гепатитом (ООГ) привело к нормализации белкового обмена. Характерно изменение гаптоглобина при ООГ. Содержание его при патологии возрастает почти в 2 раза. Иная тенденция отмечена при хронической интоксикации.

Таким образом, можно предположить, что антикатаболическое действие флавоноидов связано с тем, что большая часть аминокислот идет на построение белков и, соответственно, выключается из сферы катаболизма. А это, в свою очередь, приводит к уменьшению продукции аммиака и уменьшению образования мочевины в печени.

## Б

#### 5. Нарушение экскреторной функции поджелудочной железы как фактор формирования минеральной недостаточности при хроническом панкреатите

Бабинцев Л.С., Боровик И.О., Рябконов С.С., Боцюк Н.Е.  
Тернопольский ГМУ им. И.Я. Горбачевского, Украина

**Цель исследования:** доказать наличие зависимости глубины минеральной недостаточности у больных хроническим панкреатитом (ХП) от степени выраженности эндокринной недостаточности поджелудочной железы (ПЖ).

**Материал и методы.** Обследованы 50 больных ХП. Возраст больных от 19 до 74 лет, мужчин 24, женщин 26. В зависимости от степени тяжести заболевания пациентов разделили на три группы. Для оценки минерализации костной ткани использовали двухфотонный рентгеновский денситометр DRX-A «Luna». Определяли минеральную плотность костной ткани (МПКТ) позвоночника в г/см<sup>3</sup> на уровне L1–L4.

**Результаты.** В ходе исследования состояния внешнесекреторной функции ПЖ по уровню фекальной эластазы-1 были сформированы три группы сравнения для анализа минерального обмена: I группа (n=15) – больные ХП без нарушения экскреторной функции ПЖ (уровень эластазы 264,5±32,1), II группа (n=17) – больные ХП с нарушением экскреторной функции ПЖ легкой степе-

ни (уровень эластазы 176,8±25,4), III группа (n=18) – больные ХП с нарушением экскреторной функции ПЖ средней степени (уровень эластазы 94,3±21,9). Больных с тяжелой степенью экскреторной недостаточности среди обследованных обнаружено не было.

Нами установлено, что в первой группе состояние МПКТ у больных ХП соответствовало уровню остеопении I степени, во II группе – остеопении II степени, в III группе – остеопении III степени, причем почти у половины больных III группы был обнаружен остеопороз. Таким образом, углубление экскреторной недостаточности ПЖ у больных ХП способствовало достоверному усилению остеопороза.

**Выводы.** Углубление экскреторной недостаточности поджелудочной железы, установленное по уровню фекальной эластазы-1 у больных хроническим панкреатитом, способствовало достоверному усилению остеопороза.

#### 6. Механизмы атрофии при хроническом гастрите

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

**Цель исследования:** обоснование гипотезы о существовании механизма атрофии слизистой оболочки желудка (СОЖ), базирующейся на первоначальной атрофии стромы, разделяющей отдельные структурные элементы ямочно-железистой единицы (ЯЖЕ) с последующим объединением (слиянием) эпителиальных трубочек и, соответственно, абсолютным уменьшением их количества.

**Материалы и методы.** Морфометрически исследованы гастробипоптаты антрального отдела с неизменной СОЖ детей (26) и взрослых (22) и с гистологически диагностированным хроническим гастритом (ХГ) – 30 детей и 20 взрослых без наличия язвенной болезни двенадцатиперстной кишки (ЯБДПК) и 20 с наличием ЯБДПК.

**Результаты.** Получены аргументы в пользу сформулированной гипотезы. 1. При ХГ строма между ЯЖЕ достоверно шире по сравнению со стромой внутри ЯЖЕ. 2. Основная масса сосудов микроциркуляторного русла, собственно стромальных клеток и клеток лейкоцитарного инфильтрата содержится именно в строме между ЯЖЕ. 3. Строма внутри ЯЖЕ между многими эпителиальными трубочками отсутствует, и граница компарментов представлена двумя базальными мембранами и двумя эпителиальными пластинами, на них расположенными, то есть дубликатурой эпителиального пласта. 4. Разделительный валик между структурами ЯЖЕ достоверно уже, ниже (короче) и зачастую разделяет небольшую часть общего железистого образования. 5. Разбросы колебаний диаметров эпителиальных трубочек достоверно больше, нежели в контроле. 6. При экзогенном ХГ атрофия (гипоплазия) ямок и шеечных частей желез происходит независимо от состояния главных частей желез.

**Заключение.** Гипотетически существуют два основных механизма абсолютной атрофии паренхимы ЯЖЕ, повторяющие в обратном порядке этапы развития СОЖ: путем уменьшения длины эпителиальных трубочек (общепризнанный механизм) и путем упрощения их ветвления (предлагаемый путь).

#### 7. Состояние систем регуляции сердечного ритма у пациентов с циррозом печени вирусной этиологии

Баранова Е.Н., Плотникова Е.Ю., Краснова Е.Ю.,  
Карягина М.С., Краснов К.А.  
Кемеровская ГМА, Россия

**Цель исследования:** оценить состояние систем регуляции сердечного ритма у больных циррозом печени вирусной этиологии разной степени тяжести.

**Материалы и методы.** Обследованы 103 пациента с циррозом печени (ЦП) вирусной этиологии. Контрольную группу составили 35 пациентов аналогичного пола и возраста. Для изучения частоты клинических проявлений, наличия и выраженности вегетативной дисфункции пациенты были разделены на 3 группы в зависимости от степени тяжести цирроза печени по критериям

Child – Pugh. У всех исследуемых изучалась вариабельность ритма сердца в покое и активном ортостазе с помощью программы «Корвег». Каждый больной подписал «информированное согласие» на участие в исследовании. Различия между параметрами сравнения считались статистически различными при  $p < 0,05$ .

**Результаты и обсуждение.** Показатели состояния систем регуляции: частотный, спектральный анализ ритма сердца у исследуемых пациентов с циррозом печени подтвердили усиление симпатической активности и ослабление парасимпатической активности по всем параметрам, степень выраженности которых нарастала от класса А к классу С пациентов с ЦП, при этом симпатическое влияние усиливалось при нагрузке.

**Выводы.** Полученные результаты свидетельствуют о необходимости раннего выявления и коррекции вегетативных нарушений у исследуемых групп больных.

#### 8. Частота встречаемости инфекции *Helicobacter pylori* у подростков с дисплазией соединительной ткани

Барышникова Н.В.<sup>1</sup>, Белоусова Л.Н.<sup>2</sup>, Новикова В.П.<sup>3</sup>, Листопадова А.П.<sup>2</sup>, Демченко О.А.<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Санкт-Петербургский ГМУ им. И.П. Павлова, <sup>2</sup>Северо-Западный ГМУ им. И.И. Мечникова, <sup>3</sup>Санкт-Петербургская ГПМА, <sup>4</sup>КДЦ при детской городской поликлинике № 8, Санкт-Петербург, Россия

**Цель исследования:** выявить частоту встречаемости инфекции *H.pylori* у подростков с хроническим гастритом и признаками дисплазии соединительной ткани (ДСТ).

**Материалы и методы.** Под наблюдением находились 40 подростков. В 1-ю группу вошли 20 подростков с хроническим гастритом с ДСТ. Группу сравнения составили 20 подростков с хроническим гастритом без ДСТ (2-я группа). Диагноз хронического гастрита подтверждался клинически, эндоскопически и гистологически. Верификация инфекции *H.pylori* осуществлялась с использованием молекулярно-генетического метода (полимеразная цепная реакция – ПЦР) с детекцией генов *ureC*, *ureI*, *cagA*, *cagC*, *cagE*, *cagH*, *vacAs1/s2* на базе НИЛ «Диагностика».

**Результаты.** Инфекция *H.pylori* была выявлена у одного подростка (5%) в 1-й группе и у 40% подростков во 2-й группе ( $p < 0,05$ ). Штамм микроорганизма, выделенный в 1-й группе, содержал все вышеуказанные гены (*ureC*, *ureI*, *cagA*, *cagC*, *cagE*, *cagH*, *vacAs1*). Во 2-й группе преобладали штаммы *H.pylori* с отсутствием ряда генов группы *cag*.

**Выводы.** У подростков с ДСТ инфекция *H.pylori* выявляется существенно реже, чем у подростков без ДСТ и в общей популяции больных хроническим гастритом. Это может говорить о других, например, аутоиммунных механизмах развития хронического гастрита у данной категории подростков или о возможности инфицирования этих пациентов только высокопатогенными штаммами микроба, что требует дальнейшего изучения.

#### 9. Сравнительный анализ методов диагностики *Helicobacter pylori*

Барышникова Н.В.<sup>1</sup>, Белоусова Л.Н.<sup>2</sup>, Смирнова А.С.<sup>1</sup>, Цопанова Е.Э.<sup>2</sup>, Лоева И.А.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Санкт-Петербургский ГМУ им. И.П. Павлова, <sup>2</sup>СЗГМУ им. И.И. Мечникова, Санкт-Петербург, Россия

**Цель исследования:** провести сравнительный анализ методов диагностики инфекции *Helicobacter pylori*.

**Материалы и методы.** Под наблюдением находились 18 пациентов с жалобами на диспепсию. Всем пациентам проводились фиброзофагогастродуоденоскопия и комплекс диагностических методик для верификации инфекции. Были использованы 6 методов исследования: быстрый уреазный тест («Хелпил-тест»); дыхательный «Хелик-тест» (индикаторные трубки и аппарат); гистологическое исследование биоптатов: 1 биоптат из тела желудка, 1 биоптат из антрума; полимеразная цепная реакция (ПЦР): 1 биоптат из тела желудка, 1 биоптат из антрума; дыхательный тест с <sup>13</sup>С-мочевинной (анализ проб выдыхаемого воздуха проводился в Германии). Биоптаты для ПЦР-анализа предварительно замораживались при температуре  $-20^{\circ}\text{C}$  в течение ме-

сяца от начала набора с последующим анализом всех проб одновременно. Образцы выдыхаемого воздуха транспортировались в Германию также одновременно после получения данных от всех пациентов через месяц от начала набора.

**Результаты.** При использовании быстрого уреазного теста положительный результат был получен у 88% пациентов, при использовании «Хелик»-аппарата – у 78% пациентов, «Хелик-теста» с индикаторными трубками – у 78%. При гистологическом исследовании *H.pylori* определялся у 67% пациентов. Неожиданными оказались данные ПЦР-диагностики и дыхательного теста с <sup>13</sup>С-мочевинной: 17% и 22% положительных результатов соответственно.

**Выводы.** Различные результаты разных диагностических тестов диктуют необходимость проведения нескольких методов исследования для верификации *H.pylori*. Низкий процент положительных результатов при использовании ПЦР и дыхательного теста с <sup>13</sup>С-мочевинной, возможно, связан с длительным процессом транспортировки. Следовательно, при выборе этих методов диагностики следует избегать долгого хранения образцов.

#### 10. К вопросу производства и оборота БАД

Белова Л.В., Пилькова Т.Ю., Федотова И.М., Зеленецкая Е.С.

Северо-Западный ГМУ им. И.И. Мечникова, Управление Роспотребнадзора по Ленинградской области, Санкт-Петербург, Россия

Реализация положений Постановления Главного санитарного врача РФ от 17.01.2013 № 2 «О надзоре за биологически активными добавками к пище» должна обеспечивать санитарно-эпидемиологический надзор за соблюдением обязательных требований при производстве и обороте БАД в условиях гармонизации нормативной базы РФ с требованиями других государств.

На территории Ленинградской области производство БАД осуществляют 4 предприятия (ООО «Экофлор», ЗАО «Мелиген», ООО «Фарм-Тигода» и филиал «Экос» ОАО «Научно-исследовательский и проектно-конструкторский институт по развитию и эксплуатации флота "Гипрорыбфлот"»).

ООО «Фарм-Тигода» представляет собой цех по выпуску БАД «Аскорбинка», и в перспективе планируется приобретение и установка нового технологического оборудования по производству БАД «Аскорбинка», обогащенной минеральными веществами. ЗАО «Мелиген», выпускающее 7 разновидностей витаминизированных БАД, внедряет современную систему менеджмента качества.

Управлением Роспотребнадзора по Ленинградской области и его территориальными отделами в 2012 году проводился контроль соблюдения санитарного законодательства на этапах производства и оборота БАД. В целом, в 2012 году при проведении надзорных мероприятий было проведено 31 мероприятие по контролю и исследовано 32 пробы БАД на соответствие требованиям нормативных документов, из них 3 пробы на соответствие санитарно-химическим, 28 проб на соответствие микробиологическим показателям. Удельный вес проб, не отвечающих гигиеническим нормативам по микробиологическим показателям, составил 7,1% (в 2008 – 6,5%, в 2009 – 3,4%, в 2010 – 13,6%, в 2011 – 3,9%), по санитарно-химическим показателям продукция соответствовала требованиям. По результатам проведенных мероприятий по контролю вынесено 2 постановления об административных правонарушениях на общую сумму 23000 рублей. Забраковано 2 партии в объеме 2 потребительских упаковок. В ходе проведенных мероприятий по надзору были выявлены следующие нарушения требований санитарного законодательства: не соответствие информации на этикетке требованиям правил продажи отдельных видов товаров, утвержденных Постановлением Правительства от 19.11.1998 № 55; реализация части продукции без документов, подтверждающих качество и безопасность; отклонения от требуемых условий хранения БАД к пище; несоответствие БАД к пище СанПиН 2.3.2.1078-01 по микробиологическим показателям.

Устранение этих нарушений будет способствовать выпуску и реализации качественных БАД для оптимизации питания и здоровья населения.

### 11. Реакция тонкой кишки на острое токсическое поражение печени четыреххлористым углеродом

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

**Цель исследования:** изучение реакции тонкой кишки на острое токсическое повреждение печени после введения  $CCl_4$  у крыс.

**Материалы и методы.** Исследования проведены на трех группах животных: 1-я – интактные ( $n=5$ ), 2-я – однократное введение  $CCl_4$  с забоем через 24 ч ( $n=5$ ), 3-я – однократное введение  $CCl_4$  с забоем через 48 ч ( $n=5$ ).  $CCl_4$  вводился внутривенно в дозе 0,1 мл 50%-го раствора в оливковом масле на 100 г массы тела. Проводилось определение активности щелочной фосфатазы, амилазы, ГГТ, количество общего белка в гомогенатах ткани слизистой оболочки верхнего отдела тонкой кишки.

**Результаты.** Введение  $CCl_4$  привело через 24 ч к снижению активности амилазы и щелочной фосфатазы слизистой оболочки тонкой кишки на 48% и 70% соответственно. Через 48 ч снижение активности этих ферментов составило 81% и 76% соответственно ( $p<0,05$ ). Активность ГГТ в слизистой тонкой кишки через 24 ч не изменилась по сравнению с уровнем у интактных животных, а через 48 ч уровень фермента возрос на 106% ( $p<0,05$ ). Уровень белка в слизистой оболочке тонкой кишки через 24 ч возрос на 85%, а через 48 ч – на 100% по сравнению с контролем.

**Заключение.** Активность гидролитических ферментов тонкой кишки в период острого токсического поражения печени четыреххлористым углеродом значительно снижается, в то время как утилизация белка в тонкой кишке возрастает, что приводит к увеличению содержания общего белка в ткани слизистой оболочки верхних отделов тонкой кишки.

### 12. Оценка качества лечения хронического панкреатита

Белякова С.В., Белоусова Е.А.  
Орехово-Зуевская ЦГБ, Россия, e-mail: sve79@yandex.ru

**Цель исследования:** оценить качество лечения хронического панкреатита.

**Материалы и методы.** Проанкетированы анонимно 100 поликлинических врачей Московской области: 20 гастроэнтерологов, 10 хирургов, 70 терапевтов. На диспансерном учете у этой группы врачей состоит 1355 больных хроническим панкреатитом, большее количество больных хроническим панкреатитом принимают гастроэнтерологи.

**Результаты.** Оценена частота назначения врачами препаратов разных групп при хроническом панкреатите: ферментных препаратов, антисекреторных средств, спазмолитиков, холинолитиков, октреотида, далагина. Проведен анализ преимущественного использования различных поколений препаратов по группам: ферменты в виде микросфер чаще назначают гастроэнтерологи – в 80% случаев, хирурги – в 28%, терапевты – в 47%. Также чаще назначаются гастроэнтерологами антисекреторные препараты последних поколений (29-35%), селективные холинолитики (82%). Поддерживающая терапия больным хроническим панкреатитом назначается 100% гастроэнтерологов, 80% хирургов, 68% терапевтов, при этом высокодозную ферментную терапию чаще применяют гастроэнтерологи – в 60% случаев.

**Заключение.** При сравнении с данными 2002 года увеличился процент назначения микросферированных ферментных препаратов и ингибиторов протонной помпы терапевтами. Однако при лечении больных хроническим панкреатитом гастроэнтерологи более широко используют современные лекарственные препараты последних поколений, в 100% случаев назначают поддерживающую терапию по сравнению с группами хирургов и терапевтов, при этом чаще используют высокодозную ферментную терапию (60%).

### 13. Влияние далагина на слезывывделительную деятельность желудка у больных язвенной болезнью

Борисов Ю.Ю., Шкилева Е.Ю.  
Краснодарский ММИВСО, Россия

**Цель исследования:** определение возможностей использования блокатора опиоидных рецепторов препарата «Далагин» для

коррекции нарушений слезывывделительной деятельности желудка при язвенной болезни.

**Материал и методы.** У 32 больных язвенной болезнью тела желудка (ЯБЖ) и у 27 больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки (ЯБ ДК) изучали влияние однократной терапевтической дозы препарата (1 мг внутримышечно) на стимулированную субмаксимальной дозой пентагастрина желудочную секрецию кислоты, пепсина, неперсинаго белка и реологические свойства нативного слизистого геля желудка. При этом с помощью прецизионного ротационного вискозиметра Rheotest-2 (Германия) определяли его предел упругости (ПУ, дин/см<sup>2</sup>) и эффективную вязкость (сП), измеренную при низкой скорости сдвига ( $D=11,1 \text{ c}^{-1}$ ).

**Результаты.** Установлено, что в обеих рассматриваемых группах больных далагин не оказывает заметного влияния на кислотность, протеолитическую активность сока, содержание в нем неперсинаго белка, а также на общую продукцию этих ингредиентов. В то же время упруговязкие свойства слизи, в значительной мере определяющие защитные свойства слизистой оболочки желудка, после введения препарата закономерно возрастают. У больных ЯБЖ предел упругости слизистого геля увеличивается в среднем в 1,5 раза (с  $(263\pm 16,0)$  дин/см<sup>2</sup> до  $(387\pm 35)$  дин/см<sup>2</sup>,  $p<0,001$ ), а эффективная вязкость – в 1,4 раза (с  $(2680\pm 189)$  сП до  $(3677\pm 252)$  сП,  $p<0,01$ ). У больных ЯБ ДК упомянутые параметры возрастают соответственно в 1,3 и 1,2 раза ( $p<0,05$ ). При этом сниженные в исходном состоянии реологические показатели достигают нормальных значений у 1/2 больных язвой тела желудка и у 1/3 больных дуоденальной язвой.

Представленные данные свидетельствуют о наличии опиоидергического контроля упруговязких свойств желудочной слизи и целесообразности применения далагина для коррекции реологических нарушений при язвенной болезни.

### 14. Холинергическая регуляция слезывывделительной деятельности желудка при язвенной болезни

Борисов Ю.Ю., Щербинина И.Г.  
Краснодарский ММИВСО, Россия

**Цель исследования:** сравнительная оценка влияния блокаторов периферических М-холинорецепторов гастропепина и атропина на слезывывделительную деятельность желудка у больных дуоденальной язвой (ДЯ).

**Материал и методы.** У 45 больных ДЯ изучали влияние на секреторную деятельность желудка гастропепина (10 мг) и атропина (0,1 мг) на фоне субмаксимальной пентагастриновой стимуляции. Реологические свойства слизистого геля, выделенного из желудочного сока центрифугированием, оценивали с помощью прецизионного ротационного вискозиметра «RHEOTEST-2» (Германия). При этом определяли его предел упругости (дин/см<sup>2</sup>) и два значения эффективной вязкости (сП): при низкой ( $D=11,1 \text{ c}^{-1}$ ) и высокой ( $D=4860 \text{ c}^{-1}$ ) скоростях сдвига.

**Результаты.** Установлено, что гастропепин и атропин существенно снижают выработку кислоты (на 29,3% и 33,3%, здесь и далее  $p<0,05$ ), пепсина (на 47,8% и 43,1%) и неперсинаго белка, представленного главным образом гликопротеинами слизи (на 63,6% и 23,8%). В то же время влияние анализируемых препаратов на реологические свойства желудочной слизи существенно разнится. Так, в ответ на введение гастропепина упруговязкие свойства слизи существенно возрастают: предел упругости – на 52,4% (с  $(311\pm 12)$  дин/см<sup>2</sup> до  $(475\pm 29)$  дин/см<sup>2</sup>), эффективная вязкость, измеренная при низкой скорости сдвига ( $D=11,1 \text{ c}^{-1}$ ), когда структура геля не разрушается, – на 58,8% (с  $(1414\pm 105)$  сП до  $(2246\pm 106)$  сП), а эффективная вязкость, измеренная при высокой скорости сдвига ( $D=4860 \text{ c}^{-1}$ ), когда матрикс геля полностью разрушается, – на 45,7% (с  $(9,4\pm 0,5)$  сП до  $(13,7\pm 1,0)$  сП). В отличие от гастропепина, атропин заметно не влияет на реологические свойства желудочной слизи.

Разнонаправленное действие изучаемых холинолитических препаратов на физико-химические свойства слизи позволяет предположить наличие двух типов М-холинорецепторов в мукоцитах желудка и раздельность механизмов регуляции количественных и качественных параметров слезывывделения.

### 15. Проверка устойчивости штаммов пробиотических бактерий *B. bifidum* № 1 и *L. plantarum* 8P-A3 к желудочному соку и желчным кислотам

Бродский И.Б.  
ЗАО «Партнер», Москва, Россия

**Цель исследования:** проверка устойчивости штаммов пробиотических бактерий *B. bifidum* № 1, входящих в состав таких препаратов, как «Бифидумбактерин», «Бифидумбактерин форте» и *L. plantarum* 8P-A3 (препарат «Флорин форте») к желудочному соку и желчным кислотам.

**Материалы и методы исследования.** Для моделирования действия желудочного сока была использована кислота соляная, которая является основным повреждающим бактериальные клетки агентом желудочного сока. Для моделирования воздействия желчных кислот была использована желчь бычья сухая, которая восстанавливалась в соответствии с инструкцией производителя. Методика проверки устойчивости штаммов *B. bifidum* № 1 и *L. plantarum* 8P-A3 к действию соляной кислоты. 1,0 мл культуры третьей генерации из колбы вносили в пробирку с 9,0 мл фосфатного буферного раствора, доведенного соляной кислотой до pH=2,0 или 3,0. В качестве контроля использовали буферный раствор с pH=7,2±0,03. Пробирки после внесения культуры выдерживали в термостате при 37°C в течение 2 часов.

По истечении заданного времени инкубирования образцы титровали десятикратным шагом до разведения 10<sup>-6</sup> или 10<sup>-7</sup>.

Методика проверки устойчивости штаммов *B. bifidum* №1 и *L. plantarum* 8P-A3 к действию желчи. Проверка выполнялась аналогично проверке устойчивости штаммов к действию соляной кислоты, но вместо растворов соляной кислоты использовалась регидратированная бычья желчь.

В результате проведенных экспериментов установлено, что снижение титра КОЕ для *B. bifidum* № 1 и *L. plantarum* 8P-A3 при инкубации в течение 2 часов в желчи составило 18% и 8,5% соответственно, снижение титра КОЕ при действии соляной кислоты (pH=2) в течение 2 часов – 9% и 10%.

Из представленных данных можно видеть, что воздействие соляной кислоты указанной концентрации или желчи не приводит к существенному снижению титра исследуемых бактерий, что свидетельствует об их устойчивости к данным воздействиям.

## V

### 16. Особенности изменений простагландинов и гастроинтестинальных гормонов при формировании экспериментальной язвы желудка

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

**Цель исследования:** комплексное изучение системы простагландинов, включающее определение основных серий ПГ (E1, E2, I2, F2α и TxA2) и фермента ЦОГ-2, участвующего в их синтезе, во взаимосвязи с изменениями гастроинтестинальных гормонов (гастрин, секретин, холецистокинин).

**Материалы и методы.** Содержание простагландинов (ПГ), ЦОГ-2 и гастроинтестинальных гормонов определяли иммуноферментным методом через 1 ч, 24 ч, 5 сут и 10 сут после стимуляции язвобразования в эксперименте на белых крысах.

**Результаты.** При образовании язвенного дефекта обнаружено снижение уровня ПГЕ2, I2 и увеличение содержания ПГЕ1, ПГF2α и TxA2 в слизистой оболочке желудка. Заживление язвы сопровождается увеличением уровня ЦОГ-2, ПГЕ2, E1, F2α, I2 и TxA2. При исследовании гастроинтестинальных гормонов найдено, что уровень секретина в плазме крови через 1 ч после воздействия повреждающего фактора достоверно снизился в 2 раза по сравнению с нормой. В дальнейшем его уровень постепенно увеличивался, достигая максимума на 10-е сутки (на 38% по сравнению с нормальными значениями). Содержание холецистокинина было достоверно увеличено с 1-х по 10-е сутки. Уровень гастрина уменьшался через 1 ч после начала формирования язвы, минимум обнаруживался через 24 ч, а затем наблюдалось

постепенное увеличение с максимальными значениями на 10-е сутки. Корреляционный анализ показал выраженную взаимосвязь между ПГЕ2 и секретинном, ПГЕ2 и гастрином: r=0,8 и r=0,9 соответственно, p<0,05, а также между ПГF2α и холецистокинином: r=0,8, p<0,05.

**Заключение.** Формирование и заживление экспериментальной язвы желудка протекает под контролем местного тканевого защитного механизма, регулируемого ПГ. В процессе язвобразования происходит изменение синтеза гастроинтестинальных гормонов, что является системным механизмом эндокринной защиты слизистой оболочки ЖКТ.

### 17. Влияние наследственных факторов на формирование осложнений при хроническом панкреатите

Винокурова Л.В., Шулягев И.С., Агафонов М.А., Дубцова Е.А., Дроздов В.Н., Дементьева А.А.  
ЦНИИ гастроэнтерологии, Москва, Россия

**Цель:** определить распространенность выявления мутаций в генах SPINK 1 N34S, PRSS1 мутация R122H и CFTR мутации del508 и Gly542Ter у больных хроническим панкреатитом (ХП).

**Материалы и методы.** Были обследованы 150 человек с патологией ПЖ (105 мужчин и 45 женщин). Всем больным было проведено молекулярно-генетическое исследование с использованием полимеразной цепной реакции в генах SPINK 1 N34S, PRSS1 мутация R122H и CFTR мутации del508 и Gly542Ter (НПО «Литех», Россия).

**Результаты.** Пациенты были разбиты на группы: группу больных ХП и группу больных с другими заболеваниями ПЖ: рак и муцинозная цистаденома. Более половины составили больные алкогольным панкреатитом (АП) (55,5%), вторым по распространенности диагностируется идиопатический ХП (ИП) (30,4%), на третьем месте по частоте выявления билиарный панкреатит (12,6%). В группу также вошли 2 женщины с аутоиммунным панкреатитом (1,5%). При анализе влияния наследственных факторов на развитие ХП выявлено, что наличие мутаций в генах PRSS1 (21,3%, 21,9%) и SPINK1 (8%, 14,6%) влияет на формирование АП и ИП соответственно. При исследовании выявлена высокая встречаемость мутаций при муцинозной цистаденоме. Данный факт требует дальнейших исследований. Из 7 больных с раком ПЖ мутации в генах были выявлены у 3, однако все мутации у этих больных не совпадали. У 2 больных, у которых были выявлены мутации в гене CFTR, отмечалось неосложненное течение заболевания. Наиболее часто кисты ПЖ формировались при мутации в гене PRSS1, а также в комбинации с мутацией в гене SPINK 1 N34S.

**Заключение.** Самая высокая частота осложнений имеет место при АП и ИП. Мутации в генах PRSS1 (21,3%, 21,9%) и SPINK1 (8%, 14,6%) влияют на формирование АП и ИП. Осложнения ХП различны по своему генезу, что обусловлено временем их появления. Кисты, псевдокисты часто формировались при мутации гена PRSS1, а также в комбинации с мутацией в гене SPINK 1 N34S.

### 18. Изучение безопасности (общетоксического действия) препарата «Бифилакт-БИЛС» в капсулах при пероральном введении крысам в течение 30 дней

Высоцкий А.В.<sup>1</sup>, Данилина Т.В.<sup>1</sup>, Дядищев Н.Р.<sup>2</sup>  
<sup>1</sup>НПО «Микроген», Москва, <sup>2</sup>Научно-исследовательский центр токсикологии и гигиенической регламентации биопрепаратов, Серпухов, Россия

**Цель исследования:** экспериментальная оценка уровня и характера возможного повреждающего действия на организм подопытных животных лекарственного препарата «Бифилакт-БИЛС» (ББ) в капсулах при пероральном введении крысам Вистар в течение 30 дней.

**Материалы и методы.** Исследование проводили на базе ФГУН НИЦ ТБП ФМБА России. В работе использовались крысы Вистар в количестве 40 самцов и 40 самок. ББ вводили крысам перорально один раз в день в дозах, соответствовавших максимальной эквивалентной для человека, а также в 5 и 10 раз

превышающих ее. В качестве контрольного вещества животные получали воду, которой разводили препарат. О токсичности препарата судили по результатам клинического наблюдения, динамики массы тела, анализам крови и мочи, и патоморфологическому исследованию внутренних органов животных.

**Результаты.** Установлено, что ББ во всех испытанных дозах не вызывал интоксикации и гибели подопытных животных, не обладал местным раздражающим действием на слизистые оболочки ротовой полости и желудочно-кишечного тракта. Статистически значимых различий клинических, лабораторных и патоморфологических показателей опытных животных и животных контрольных групп не выявлено.

**Выводы.** В результате проведенного исследования общетоксического действия препарата ББ сухого в капсулах при пероральном введении крысам Вистар в течение 30 дней в дозах до 10-кратной суточной эквивалентной для человека не установлено признаков токсического воздействия препарата на организм лабораторных животных.

#### 19. Изучение специфической активности препарата «Бифилакт-БИЛС» в капсулах у животных с экспериментальным дисбактериозом

Высоцкий А.В.<sup>1</sup>, Данилина Т.В.<sup>1</sup>, Дядищев Н.Р.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>НПО «Микроген», Москва, <sup>2</sup>НИЦ токсикологии и гигиенической регламентации биопрепаратов, Серпухов, Россия

**Цель исследования:** экспериментальное изучение пробиотической активности препарата «Бифилакт-БИЛС» сухого (ББС) в капсулах.

**Материалы и методы.** Исследование проводили на базе ФГУН НИЦ ТБП ФМБА России. В экспериментальной работе использовали мышей аутбредной линии CD-1, категории СПФ. Количество животных: 30 особей. Животные были распределены на три группы: 1-я группа – интактные животные; 2-я (контрольная) группа – животные с вызванным дисбактериозом, без лечения препаратом ББС; 3-я группа – животные с вызванным дисбактериозом и последующим лечением препаратом ББС. Экспериментальный дисбактериоз вызывали путем введения антибиотика. Исследуемый препарат вводили перорально, в течение 30 суток, из расчета  $5,7 \cdot 10^3$  м.к.л./г. Суточная доза препарата рассчитывалась индивидуально в зависимости от массы тела животного. Период последующего наблюдения составил 14 суток. Для изучения бактериоценоза толстой кишки у мышей в течение эксперимента брали фекалии, после идентификации проводили пересчет количества микроорганизмов каждой таксономической группы на 1 г фекалий.

**Результаты.** У животных с дисбактериозом, получавших ББС, восстановление микрофлоры толстой кишки началось с конца 1-й недели применения препарата с увеличения количества бифидо- и лактобактерий, достижение фоновых показателей которых произошло уже к концу 2-й недели, лактозонегативные энтеробактерии восстановились к концу 4-й недели. У животных контрольной группы восстановление микрофлоры началось с конца 2-й недели, полное восстановление наблюдалось к концу 4-й недели, восстановления лактозонегативных энтеробактерий в течение периода наблюдения не отмечалось.

**Выводы.** В результате проведенного исследования установлена эффективность препарата ББС в капсулах в отношении экспериментального дисбактериоза у мышей.

## Г

#### 20. Батончики мюсли на соево-злаковой основе в лечебно-профилактическом питании людей с непереносимостью глютена и компонентов коровьего молока

Гапонова Л.В., Полежаева Т.А., Гатауллина Ю.Р., Матвеева Г.А.

ВНИИ жиров, Санкт-Петербург, Россия, [www.vniifats.ru](http://www.vniifats.ru), e-mail: [dietotherapy@vniig.org](mailto:dietotherapy@vniig.org)

**Цель исследования:** изучить возможность и эффективность использования батончиков мюсли повышенной биологической ценности, не содержащих глютен и лактозу, в питании больных целиакией, лактазной недостаточностью, пищевой аллергией.

**Методы исследований.** Важной задачей является разработка широкого ассортимента специализированных продуктов для питания людей с различными видами пищевой непереносимости (целиакия, лактазная недостаточность, пищевая аллергия и т.д.) за счет использования высококачественного экологически чистого сырья, не содержащего пищевых аллергенов, провоцирующих иммунный ответ с последующим возникновением клинических проявлений (зуд, покраснение и др.) в организме человека. Для обогащения пищевых продуктов возможно применение злаков; сои и продуктов ее переработки (масса соевая) и других растительных компонентов. В результате исследований установлен оптимальный сбалансированный по содержанию основных нутриентов состав батончиков мюсли, полученных методом экстракции соево-злакового сырья с последующим смешением компонентов: масса соевая; крупа рисовая, кукурузная и гречневая; хлопья пшеничные; смесь сухофруктов (изюм, курага, чернослив, яблоки); сублимированный порошок зелени петрушки (с уникальным составом, богатый макро- и микроэлементами, витаминами А, С, D).

**Выводы.** Клиническая апробация опытной партии продуктов в стационарах Санкт-Петербурга показала хорошую переносимость батончиков у больных целиакией и лактазной недостаточностью, что позволяет рекомендовать ежедневное употребление их во время еды или как достойную альтернативу перекусам между приемами пищи. Промышленный выпуск батончиков делает возможным расширение ассортимента жизненно необходимых безглютеновых продуктов на рынке диетического питания.

#### 21. Инновационный подход к оформлению, архивации и статистической обработке результатов эндоскопического и морфологического исследований

Голофеевский В.Ю., Кузьмич В.Г., Фомичев А.В., Мальшева Е.В.

Военно-медицинская академия, Санкт-Петербург, Россия

**Обоснование.** Оформление эндоскопических и морфологических протоколов занимает значительное время, связано с дублированием данных в ответах, вносимых в журналы протоколов и выдаваемых пациенту. При статистической обработке необходимо повторное введение данных в цифровом виде и отсутствует стандартизация для выполнения адекватных расчетов. Также следует отметить необходимость сопряжения данных эндоскопической картины с результатами гистологических исследований биоптатов слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки.

**Цель и результаты.** Коллективом авторов на платформе офисных приложений Microsoft Office разработаны программные модули для приложения Microsoft Access, представляющие собой таблицы базы данных, совмещенные с графическим интерфейсом бланков протоколов эндоскопического и морфологического исследования, снабженные селективным меню для стандартизации формулировок текстовой части протокола исследования.

При применении программного модуля врач-эндоскопист (или его ассистент) после выполнения ЭФГДС, а так же специалист-морфолог во время микроскопии гистологических препаратов заполняет интерактивный бланк протокола исследования. При

его заполнении паспортная часть бланка оформляется с клавиатуры, последующие результаты заносятся в протокол путем пошагового выбора строк селективного меню напротив каждого пункта исследования. Итоговое заключение заполняется в свободной форме. Кроме того, для описания нетипичных находок при эндоскопии для каждого осматриваемого отдела предусмотрены поля примечаний.

Статистическая обработка данных производится путем автоматической замены вербальной характеристики выраженности патологических изменений для каждого признака его значением от «0» (нормы) до «N» (максимального целочисленного ранга) в зависимости от общего количества вариаций для каждого признака. Дальнейшая обработка данных может проводиться при помощи ранговых методов сравнения выборок непараметрической статистики.

Апробация разработанных модулей была осуществлена в процессе организации практической работы кабинета эндоскопии и статистической обработки заключений ЭФГДС и морфометрических материалов в научных целях.

**Заключение.** Использование предлагаемого программного модуля позволяет достичь стандартизации результатов исследований, оптимизации архивации и статистической обработки. При данной организации обрабатываемых данных сохраняется взаимосвязь блока эндоскопических и гистологических исследований. Дополнение же их результатами оценки клинической картины заболевания позволит исследователю вести не только клиническую документацию на современном уровне, но и оперативно ею пользоваться в научных целях.

## 22. Взаимосвязи нарушений гастродуоденальной моторики с воспалительными изменениями слизистой оболочки желудка у лиц, работающих на химически опасных объектах

Голофеевский В.Ю., Фомичев А.В., Кузьмич В.Г.  
Военно-медицинская академия, Санкт-Петербург, Россия

**Актуальность.** В структуре первичной заболеваемости персонала, занятого на работах с фосфорорганическими соединениями, преобладающим классом являются заболевания ЖКТ – 64,7%, в то время как по ВС РФ эти показатели составляют от 23,91% до 35,82%.

**Цель:** на основании данных эзофагогастродуоденоскопии и морфологической оценки биоптатов слизистой оболочки желудка выявить факторы формирования патологии желудка у специалистов данной категории.

**Материалы и методы.** Обследованы две группы военнослужащих (все мужчины), сопоставимые по возрасту. Основная группа 163 человека, группа контроля – 40. Всем обследуемым выполняли ЭГДФС с гистологическим исследованием биоптатов слизистой оболочки желудка. Результаты обрабатывали при помощи оригинальных программных модулей и пакета статистической обработки SPSS 11.0.

**Результаты.** При ЭГДФС в обеих группах были выявлены признаки как поверхностного гастрита, так и более выраженные (эрозивные) изменения. При визуальной и гистологической оценке в группе контроля поверхностное воспаление выявлено в 65% случаев, в то время как в основной группе в 52,1%. Однако эрозивный гастрит встречался чаще у персонала объектов хранения ФОС – 25%, против 5% в контроле. При морфологическом исследовании в основной группе помимо воспалительных изменений чаще наблюдали фиброз различной выраженности и атрофию антральных желез (77% случаев), а в группе контроля эти признаки были менее выраженными и выявлены в 50% случаев. При оценке перистальтики желудка у лиц основной группы в 30% случаев были выявлены признаки гипермоторной дисфункции (в группе контроля – в 14,7%). Возможно, что повышенная моторная активность объясняет меньшую частоту дуоденогастрального рефлюкса желчи в основной группе (15%) по сравнению с группой контроля (20%).

**Вывод.** Полученные данные могут свидетельствовать о том, что формирование выраженных воспалительно-эрозивных изменений слизистой оболочки желудка у лиц, работающих с высоко-

токсичными фосфорорганическими веществами, происходит в связи с парасимпатической активацией и последующими нарушениями моторной активности верхних отделов желудочно-кишечного тракта.

## 23. Нарушение ритмов физиологической пищеварительной реакции слизистой оболочки желудка как основа формирования ее патологии у лиц, работающих с особо опасными химическими веществами

Голофеевский В.Ю., Фомичев А.В., Халимов Ю.Ш.  
Военно-медицинская академия, Санкт-Петербург, Россия,  
e-mail: vgolf@yandex.ru

**Обоснование.** Ранее нами было показано, что у данной категории профессиональных работников более часто диагностируются заболевания пищевода (чаще эзофагиты), эрозивный гастрит и язвенная болезнь. Патология почти в 100% случаев ассоциирована с Нр-инфекцией, но протекает малосимптомно.

**Цель исследования:** продолжить поиск причин и механизмов формирования гастродуоденальной патологии в особых профессиональных условиях.

**Методы.** Комплексное общее клиническое и гастроэнтерологическое обследование 163 специалистов-химиков в условиях специализированной клиники (ЭГДФС, тесты на Нр, прицельная биопсия слизистых оболочек и др.).

**Результаты.** Установлено, что в основе формирования патологии у данных лиц лежит воспалительная реакция слизистых оболочек пищевода и желудка, общими признаками которой являются отек, повышенная инфильтрация стромы нейтрофилами и лимфоцитами, гиперемия и явные нарушения микроциркуляции. Морфологическое состояние фундальных желез практически соответствовало нормальным критериям, но признаки активного гастрита чаще имели место в антральной слизистой оболочке. Более часто были обнаружены признаки фиброза слизистой оболочки. Однако явных признаков дисрегенерации (кишечной метаплазии, фовеолярной гиперплазии и др.) не было. Математический анализ показал прямую связь обнаруженных нарушений с особенностями режима питания данных специалистов (в зависимости от времени суток). Среди параметров эндотелиальной дисфункции было выявлено повышение уровня гомоцистеина.

**Вывод.** Основной причиной формирования патологии пищевода и желудка у данной категории лиц является особый ритм питания, связанный с их профессиональной деятельностью, а также активация «вагусных» механизмов регуляции функций желудка.

## 24. Секреторная функция желудка у крыс при хроническом экспериментальном алкогольном панкреатите

Гринченко О.А., Штанова Л.Я., Горенко З.А., Бабан В.Н., Янчук П.И.

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

Эксперименты проведены на самках крыс с исходной массой 170-200 г. Животные контрольной группы пили питьевую водопроводную воду. У крыс опытной группы моделировали хронический алкогольный панкреатит путем замены воды 20% водным раствором этанола в качестве единственного источника питания в течение 14 недель. Крыс после суточной пищевой депривации наркотизировали тиопенталом натрия (35 мг/кг) и после лапаротомии накладывали лигатуру между сосудами в области пилорического сфинктера желудка. В течение 4 часов опыта собирали одну порцию желудочного сока, измеряли ее объем, pH, содержание в соке HCl и общего белка. Установлено, что у животных с алкогольным панкреатитом объем желудочного сока, секретированного вне периода пищеварения, возрастал на 59% ( $p < 0,01$ ) в сравнении с контролем. За 4 часа наблюдений у крыс опытной группы отделилось ( $4,37 \pm 0,49$ ) мл желудочного сока, тогда как у контрольных только ( $2,74 \pm 0,25$ ) мл. Усиление секреции сопро-

воздалось увеличением содержания HCl в желудочном соке. pH желудочного содержимого уменьшался на 11% ( $p < 0,01$ ), а дебит HCl был больше контрольных значений на 78% ( $p < 0,001$ ). Пропорционально усилению диффузионно-фильтрационных процессов в секреторных клетках желудочных желез увеличивалась секреция белковых компонентов. Дебит-час общего белка превышал контрольные значения на 69% ( $p < 0,01$ ), тогда как его концентрация оставалась неизменной.

Таким образом, при хроническом экспериментальном алкогольном панкреатите наблюдается стимуляция секреторной функции желудка. Полученные данные позволяют предположить усиление синтеза протеолитических ферментов клетками желез желудка без изменения качества белковой составляющей секрета.

## 25. Опыт восстановительных операций после обструктивной резекции дистальных отделов толстой кишки

Грошилин В.С., Султанмурадов М.И., Харагезов А.Д., Петренко Н.А.  
Ростовский ГМУ, Россия

**Цель исследования:** улучшить результаты хирургического восстановительного лечения стомированных больных после обструктивной резекции толстой кишки.

**Материал и методика.** Проанализированы результаты лечения 30 пациентов, перенесших реконструктивные вмешательства после обструктивных резекций дистальных отделов толстой кишки (операций типа Гартмана). Применялись лабораторные, микробиологические, ультразвукографические, эндоскопические методы исследования.

**Результаты.** Дооперационное эндоскопическое обследование культи толстой кишки с биопсией слизистой показало в 27 наблюдениях (90%) наличие диверсионного проктита. Это подтверждено микробиологическими данными, выявившими значимые изменения микрофлоры отключенной кишки. Выявленные изменения дали основание варьировать подготовку к операции и методы профилактики осложнений, у 22 пациентов применены трансанальная декомпрессия анастомоза и внутрипросветная санация антисептиками.

Применение указанных методов профилактики позволило избежать развития ранней несостоятельности анастомозов. В одном наблюдении (3,3%) сформировался наружный свищ зоны анастомоза, который удалось «закрыть» консервативно. Однократно выявлено рубцовое сужение анастомоза, потребовавшее повторной операции. У 28 больных (93,3%) получены хорошие функциональные результаты.

**Выводы.** Результаты лечения (93,3% благоприятных исходов при отсутствии жалоб и дисфункции кишки) позволяют рекомендовать предложенный алгоритм в лечебную практику. Полученные сведения по распространенности и выраженности диверсионного проктита указывают на необходимость комплексной предоперационной подготовки культи толстой кишки. При профилактике несостоятельности анастомозов эффективны способы трансанальной санации и декомпрессии, однако показания и техника их выполнения требуют доработки.

## 26. Способ профилактики гнойно-септических осложнений при остром аппендиците

Грошилин В.С., Черкасов М.Ф., Мрыхин Г.А.  
Ростовский ГМУ, Россия

**Цель:** определить эффективность применения оригинальной методики профилактики гнойно-септических осложнений, проводимой интраоперационно при лапароскопической аппендэктомии.

**Методы.** Проведен анализ результатов лечения 159 больных с острым деструктивным аппендицитом. Профилактика гнойно-септических осложнений путем санации брюшной полости растворами антисептика проводилась у 86 больных, 73 пациентам проведена профилактика гнойно-септических осложнений оригинальным способом (патент РФ № 2468739) с применением разработанного технического устройства (патент РФ № 122580). Группы больных сопоставимы по возрасту, полу и тяжести пато-

логического процесса. В исследование включены больные флегмонозным и гангренозным аппендицитом, осложненным местным или диффузным перитонитом. Большим выполнялась лапароскопическая аппендэктомия, при этом обработка культи червеобразного отростка проводилась при помощи монополярного коагулятора, аппарата LigaSure и Ultracision.

**Результаты.** В группе пациентов, оперированных с использованием предложенной методики профилактики гнойно-септических осложнений, у 56 больных (76,7%) нормализация температуры тела и снижение уровня лейкоцитов до нормальных значений произошли в течение 1-2 суток после операции (в среднем, 1,74). Интраабдоминальных осложнений и осложнений со стороны послеоперационных ран отмечено не было. Средний койко-день составил 6,1, что ниже показателя в контрольной группе, составившего 8,6 дня.

**Выводы.** Применение оригинальной методики профилактики гнойно-септических осложнений показало свою эффективность. Считаем, что применение данного способа позволит улучшить результаты лечения больных с деструктивными формами острого аппендицита, снизить процент развития гнойно-септических осложнений и расширить показания для лапароскопического лечения острого аппендицита.

## 27. Первый опыт использования комбинированного метода лечения ректоцеле

Грошилин В.С., Швецов В.К., Масленников С.В.  
Ростовский ГМУ, Россия

**Цель исследования:** улучшение функциональных результатов хирургического лечения больных с ректоцеле.

**Материалы и методы.** Разработан оригинальный метод комбинированного лечения ректоцеле, включающий в себя циркулярную слизисто-подслизистую резекцию прямой кишки, дополненную сфинктеролеворопластикой (заявка на патент РФ). Способ апробирован у 16 больных с ректоцеле II и III степени. Средний возраст больных составил 53,2 года. Контрольные исследования включали объективный осмотр, электромиографию, анальную манометрию, эндоректальное УЗИ. Сроки мониторинга составили не менее 3 месяцев.

**Результаты.** Длительность оперативного вмешательства разработанным способом не превышала продолжительности традиционных операций. В послеоперационном периоде чувство неполного опорожнения кишечника после акта дефекации было отмечено у 3 больных (18,8%). Данные жалобы купированы амбулаторно на фоне комплексной терапии. После хирургического вмешательства у 15 больных (93,8%) выпячивания стенки прямой кишки во влагалище не наблюдалось, у 1 (6,3%) пациентки, ранее имевшей ректоцеле размером более 7 см, в послеоперационном периоде сохранялись тенезмы. Сроки послеоперационного пребывания в стационаре составили от 7 до 9 суток. Гнойно-воспалительных, геморрагических осложнений не отмечено. При контрольных обследованиях рецидива заболевания не выявлено.

**Выводы.** Предлагаемый способ, учитывающий основные звенья патогенеза ректоцеле, позволяет достичь стабильных функциональных результатов, включая купирование обструктивной дефекации, снижает вероятность послеоперационных рецидивов, а также сокращает сроки послеоперационного пребывания за счет одномоментного выполнения циркулярной слизисто-подслизистой резекции нижеампулярного отдела прямой кишки и создания удерживающего фасциально-мышечного каркаса.

## 28. Неалкогольная жировая болезнь поджелудочной железы: как часто сочетается с неалкогольной жировой болезнью печени?

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

Неалкогольная жировая болезнь поджелудочной железы в настоящее время признана самостоятельной нозологической единицей (М.М. Smits, 2011). Это заболевание развивается у больных с ожирением, метаболическим синдромом.

**Цель:** изучить частоту неалкогольной жировой болезни поджелудочной железы у больных с неалкогольной жировой болезнью печени.

**Материалы и методы.** Обследованы 180 больных с ожирением и/или метаболическим синдромом. Пациентам выполняли компьютерную томографию с оценкой плотности органов по шкале Хаунсфилда. Наличие жировой инфильтрации обоих органов устанавливали при выявлении гиподенсии. Учитывали и другие компьютерно-томографические признаки стеатоза печени и поджелудочной железы, в частности, стеатоз поджелудочной железы сопровождается дольчатостью и некоторой нечеткостью ее структуры. Определяли плотность поджелудочной железы в области головки, тела и хвоста.

**Результаты.** И стеатоз печени, и стеатоз поджелудочной железы одновременно определялись у 126 (70,0%) больных. Стеатоз поджелудочной железы в сочетании с нормальной плотностью печени по результатам компьютерной томографии определялся у 45 (25,0%) больных. Реже всего диагностировали вариант, когда имел место стеатоз печени при отсутствии жировой инфильтрации поджелудочной железы – у 9 (5,0%) больных.

Достоверных различий денситометрической плотности поджелудочной железы в головке, теле и хвосте не выявлено.

**Вывод.** В подавляющей части случаев у больных с ожирением и/или метаболическим синдромом развивается стеатоз и печени, и поджелудочной железы.

### 29. Частота функциональных запоров у больных с хронической абдоминальной ишемией

Губергриц Н.Б., Воронин К.А.  
Донецкий НМУ им. М. Горького, Украина

Известно, что у пациентов пожилого и старческого возраста часто развиваются запоры. Однако, лечение только слабительными средствами не всегда эффективно, так как в патогенезе запоров в ряде случаев участвует хронический абдоминальный ишемический синдром.

**Цель:** изучить частоту функциональных запоров у больных с хронической абдоминальной ишемией.

**Материалы и методы.** Обследованы 112 больных пожилого и старческого возраста с атеросклерозом брюшной аорты и ее ветвей. Всем больным проведена доплерография и подтверждено нарушение кровотока в крупных артериях брюшной полости. Изучали частоту запоров у пациентов. Органическую патологию толстой кишки исключали после выполнения ирригоскопии и/или фиброколоноскопии.

**Результаты.** У обследованных больных преобладали увеличение пиковой систолической скорости кровотока, снижение конечной диастолической скорости кровотока, повышение индекса резистентности в брюшной аорте и чревном стволе. Частота запоров составила 82,1% (у 92 больных). Выявлены положительные корреляционные связи между пиковой систолической скоростью кровотока, индексом резистентности, с одной стороны, и выраженностью запоров (периодом отсутствия самостоятельного стула), с другой стороны.

**Вывод.** Пациентам пожилого и старческого возраста с запорами следует проводить доплерографию брюшной аорты и ее ветвей. При выявлении хронической абдоминальной ишемии целесообразно включать в комплексную терапию сосудорасширяющие препараты.

### 30. Патогенетическая роль магниевых дефицита при хроническом панкреатите (ХП)

Губергриц Н.Б., Ярошенко Л.А.  
Донецкий НМУ им. М. Горького, Украина

Значение дефицита магния при ХП не изучено.

**Цель:** изучить частоту магниевых дефицита и его патогенетическую роль при ХП.

**Материалы и методы.** Обследованы 60 больных с ХП. Изучали содержание магния в крови и волосах. Обследованы 30 здоровых.

**Результаты.** У больных уровень магния в крови составил  $(0,85 \pm 0,14)$  моль/л, а у здоровых –  $(0,82 \pm 0,11)$  моль/л ( $p > 0,05$ ).

Большую информацию мы получили при изучении содержания магния в волосах. У больных этот показатель был существенно снижен и составлял  $(218,7 \pm 20,9)$  мкг/г, тогда как у здоровых –  $(293,5 \pm 29,6)$  мкг/г ( $p < 0,05$ ). Оказалось, что показатель магния в волосах при ХП положительно связан с уровнем фекальной эластазы-1. Это отражает нарушение усвоения магния при прогрессировании внешнесекреторной недостаточности поджелудочной железы (ПЖ). Этому предположению соответствует отрицательная корреляция между показателем L ультразвуковой гистогаммы в области головки ПЖ и содержанием магния в волосах пациентов с ХП. При дефиците магния был больше выражен феномен «уклонения» ферментов в кровь, что выражалось в отрицательных корреляционных связях между содержанием магния в волосах, с одной стороны, и активностью липазы крови, панкреатической изоамилазы мочи, с другой стороны. В клинике это выражалось в усилении абдоминальной боли, диспепсии и подтверждалось отрицательными корреляционными связями между содержанием магния в волосах больных и выраженностью болевого и диспептического синдромов.

**Вывод.** Дефицит магния, развивающийся при ХП, влечет за собой усугубление клинических проявлений заболевания. В то же время, дефицит магния, вероятно, является результатом внешнесекреторной недостаточности ПЖ.

### 31. Отдаленные результаты хирургического лечения ГЭРБ в сочетании с грыжей пищеводного отверстия диафрагмы

Гуль И.С.<sup>1</sup>, Ракита Д.Р.<sup>2</sup>, Пучков К.В.<sup>3</sup>

<sup>1</sup>РО ОКБ, <sup>2</sup>РО ККД, Рязань, <sup>3</sup>АНО «Центр клинической и экспериментальной хирургии», Москва, Россия

**Цель исследования:** проанализировать отдаленные результаты хирургического лечения ГЭРБ в сочетании с ГПОД.

**Материал и методы.** В исследование включен 41 пациент в возрасте от 24 лет до 71 года, 10 мужчин и 31 женщина. Всем пациентам было проведено оперативное лечение ГЭРБ в сочетании с ГПОД. Жалобы больных, эндоскопические и рентгеноскопические признаки ГЭРБ и ГПОД оценивались в интервале от 1 года до 8 лет после операции.

**Результаты.** Средний возраст пациентов на момент операции составил  $(47,2 \pm 2,4)$  года. 38 пациентам (92,7%) проведена лапароскопическая фундопликация (ЛФП) по Toupet с односторонней (13 чел.) или двусторонней (25 чел.) крурорафией. Двум пациентам выполнена ЛФП по Ниссену, одному больному – эзофагофундоразия с неполной фундопликацией по Черноусову. В 10 случаях одновременно с ЛФП проводилась лапароскопическая холецистэктомия по поводу хронического калькулезного холецистита, в 6 – селективная проксимальная ваготомия пациентам с язвенной болезнью ДПК, пяти пациентам – лапароскопическая герниопластика (пупочная грыжа, грыжа белой линии). При анализе отдаленных результатов хирургического лечения в сроки  $(2,8 \pm 0,7)$  года после операции ГПОД выявлена у 22 человек. Так же выявлено, что наличие гастроэзофагеального рефлюкса коррелировало с возрастом пациентов на момент операции ( $r = 0,32$ ,  $p = 0,04$ ), наличие фиксированной ГПОД коррелировало с мужским полом ( $r = 0,3$ ,  $p = 0,04$ ). Аксиальная кардиальная ГПОД реже выявлялась после ЛФП по Toupet в сочетании с двусторонней крурорафией ( $r = -0,36$ ,  $p = 0,02$ ).

**Выводы.** Таким образом, постфундопликационные симптомы чаще имеют место после операции в более старшем возрасте. ЛФП по Toupet с двусторонней крурорафией ассоциируется с лучшими послеоперационными результатами.

## Д

**32. Экспрессия гена *Reg1a* в гепатоцитах крыс при длительной желудочной гипохлоргидрии и при введении мультипробиотика «Симбитер®»**

Дворщенко Е.А., Драничина А.С., Остапченко Л.И.  
Киевский национальный университет им. Тараса Шевченко, Украина, e-mail: k21037@gmail.com

**Цель исследования:** изучить действие мультипробиотика «Симбитер®» (ацидофильный) концентрированный («Симбитер®») на экспрессию гена *Reg1a* в гепатоцитах крыс при длительном угнетении желудочной секреции хлороводородной кислоты омега-прозралом.

**Материалы и методы.** Эксперименты проведены на белых нелинейных половозрелых крысах-самцах. Гипоацидное состояние моделировали внутрибрюшинным введением омега-прозрала 14 мг/кг 1 раз в сутки на протяжении 28 дней. Крысам второй группы одновременно с введением омега-прозрала перорально вводили «Симбитер®» в дозе 0,14 мл/кг. Контрольным крысам 28 дней вводили внутрибрюшинно 0,2 мл и перорально 0,5 мл воды для инъекций. Экспрессию гена *Reg1a* определяли методом полуколичественной ОТ-ПЦР. Статистическую обработку результатов проводили общепринятыми методами вариационной статистики с использованием t-критерия Стьюдента.

**Результаты.** Показано, что у крыс при длительном снижении желудочной секреции хлороводородной кислоты в гепатоцитах обнаружена экспрессия гена *Reg1a* по сравнению с контролем. При введении мультипробиотика «Симбитер®» при тех же условиях эксперимента уровень мРНК исследуемого гена снижался в 2,7 раза по сравнению с группой животных с гипоацидным состоянием желудка.

**Выводы.** При длительной желудочной гипохлоргидрии рассматривается возможность неоплазии печени вследствие возникновения экспрессии гена *Reg1a*.

**33. Цитологические особенности мукозной микрофлоры слизистой оболочки желудка вне раковой опухоли**

Дубенская Л.И., Баженов С.М., Терентьев Ю.С.,  
Лисовский В.А., Сурменев Д.В.  
Смоленская ГМА, Смоленский ООД, Россия

**Цель исследования:** изучить цитологические особенности мукозной микрофлоры (МФ) желудка вне раковой опухоли.

**Материалы и методы.** Исследованы 20 желудков, резецированных по поводу рака. Возраст больных от 49 до 82 лет, стадия заболевания T3N0M0. Цитопрепараты-отпечатки изготавливали из 2 кусочков разных участков фундальной слизистой, на расстоянии не менее 3 см от видимой границы опухоли. Препараты окрашивали по Романовскому, изучали при увеличении ( $\times 945$ ) с масляной иммерсией. По однотипной схеме полуколичественно учитывали нехеликобактерную смешанную микрофлору (НХСМ) и *Helicobacter pylori* (НР).

**Результаты.** Мукозная МФ цитологически выявлялась от единичных бактерий на препарат до очаговых сообществ микроорганизмов (ОСМ), имевших разные размеры и выраженность агрегированности, вплоть до многослойных агрегатов, занимающих несколько полей зрения. ОСМ формировали как НР (НР выявлен у 11 из 20 больных), так и НХСМ (имелась у всех). Визуально наиболее значительные ОСМ – от 500 до многих сотен на поле зрения – имелись у 11 больных. При этом МФ была представлена только НХСМ (НР 0) в 5 случаях, НХСМ значительно преобладала над НР (НР 1-3) – в 3, крупные, изолированные друг от друга ОСМ НХСМ и НР – в 2, массивные количества НР, значительно преобладавшие над скудной НХСМ – у 1 больного. Очень низкое (0 – единичные бактерии) количество НХСМ при отсутствии НР имело место в 2 случаях.

**Заключение.** НР был выявлен цитологическим методом у 11 из 20 больных раком желудка T3N0M0. Мукозная МФ имела как в чрезвычайно высоком, так и в крайне низком количестве, широко варьировала по соотношению НР и НХСМ.

**34. Аутоиммунный панкреатит, трудности диагностики**

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

ЦНИИ гастроэнтерологии,<sup>1</sup> Институт хирургии  
им. А.В. Вишневского, Москва, Россия

**Цель исследования:** повышение эффективности дифференциальной диагностики аутоиммунного панкреатита (АИП) и рака поджелудочной железы (ПЖ).

**Материалы и методы.** Обследованы 153 больных, из них 146 больных раком ПЖ и 7 – АИП. Больным проводилась эндоскопическая ультрасонография на аппарате EG-530 UT (Fujinon) и мультиспиральная компьютерная томография на томографе «BRILLIANCE-64» фирмы Philips.

**Полученные результаты.** У 5 больных выявлялось «колбасообразное» утолщение ПЖ, слабое накопление контрастного вещества с наличием гиподенсного ободка по периферии железы. Диффузную форму АИП следует дифференцировать с острым отечным панкреатитом: гиподенсный ободок вокруг дистальных отделов относительно равномерный при АИП, шириной не более 5-7 мм, при остром панкреатите инфильтрация парапанкреатической клетчатки неравномерная, имеет место выраженная нечеткость контуров железы. При локальных поражениях дифференциальный диагноз проводился с раком ПЖ. Локальные поражения при АИП были представлены гиподенсной или изоденсной зоной. У одного больного такая зона сниженной плотности с нечеткими контурами локализовалась в головке, у двух – в теле железы. При контрастировании такие участки медленно повышали плотность и мало отличались от рака. В одном наблюдении при КТ исследовании было обнаружено опухолевидное образование в теле железы и в предоперационном диагнозе было указание на опухоль железы. Образование признано нерезектабельным из-за массивных сращений и вовлечения магистральных сосудов, в связи с чем выполнена деконпрессия желчных путей с помощью гепатикоэноаноаномоза. При последующем динамическом КТ исследовании отмечено уменьшение образования в теле ПЖ после проведения курса гормональной терапии. В двух случаях при постановке диагноза АИП отмечено уменьшение с последующим исчезновением признаков панкреатита на фоне консервативной стероидной терапии. По данным ЭУС при АИП отмечается либо диффузное увеличение ПЖ, либо очаговое образование, имитирующее опухоль. Эхоструктура ПЖ гипохогенная, с гиперэхогенными очагами фиброза и перидуктально расположенными гипохогенными участками паренхимы, соответствующими лимфоплазмоцитарной инфильтрации. Стенки ГПП утолщены, просвет неравномерно сужен перидуктальными очагами фиброза и лимфоплазмоцитарной инфильтрации. Тонкоигольная биопсия (ТИБ) была эффективна только при раке ПЖ.

**Заключение.** Критерии рака ПЖ и АИП основаны на наличии прямых и косвенных признаков. Для постановки окончательного диагноза необходимо проводить комплексный анализ всех лабораторных и инструментальных методов, в том числе ЭУС с тонкоигольной биопсией, в сочетании с оценкой клинической картины. Метод позволяет провести ТИБ образования, что повышает точность диагностики до 94%, и дает возможность определиться в выборе дальнейшей тактики лечения.

**35. Противовирусная терапия (ПВТ) хронического гепатита С у ВИЧ-инфицированных с исходно низким уровнем CD4 Т-лимфоцитов**

Дунаева Н.В.<sup>1</sup>, Сташишкис Т.А.<sup>2</sup>, Ковеленок А.Ю.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>НИИ гриппа, <sup>2</sup>ЛО «Центр по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями», Санкт-Петербург, Россия, e-mail: nvch@mail.ru

**Цель исследования:** изучить эффективность (частоту достижения устойчивого вирусологического ответа (УВО)) и безопасность ПВТ ХГС с использованием рибавирина и ПегИнф альфа-2а у ВИЧ-позитивных пациентов с CD4 Т-лимфоцитами на старте не более 350 кл/мкл.

**Материалы и методы.** В исследование включены 139 резидентов Ленобласти, прошедших 48- или 72-недельный курс ПВТ ХГС

не менее 6 месяцев назад. Выделена подгруппа – пациенты с исходно низким уровнем CD4 Т-лимфоцитов на старте (не более 350 кл./мкл) – 33 человека (из них у 9 человек менее 250 кл./мкл). 21 из 33 пациентов находился на ВААРТ.

**Результаты.** УВО был достигнут у 68,3% (95/139) человек. В подгруппе с низким уровнем CD4 Т-лимфоцитов – 69,7% (23/33), у остальных пациентов – 67,9% (72/106),  $\chi^2=0,037$ ,  $p=0,848$ . В первые 24 недели терапии уровень CD4 Т-лимфоцитов у пациентов с исходно низким их уровнем снижался, но затем стал подниматься – 50 (25/75 проц.): старт 300 (250/317) → W12 236 (170,5/283) → W24 208,5(174/227,75) → W48 231 (189/309) → 6 месяцев после ПВТ 345 (320/468) кл./мкл. Значения р-критерия Уилкоксона для двух связанных выборок: старт – W12,  $p=0,002$ ; W12-W24,  $p=0,199$ ; W24-W48,  $p=0,037$ ; W48 – 6 месяцев после ПВТ,  $p<0,001$ . Следует отметить, что 11 человек через 6 месяцев после ПВТ ХГС имели уровень CD4 Т-лимфоцитов более 350 кл./мкл (максимально 624 кл./мкл).

Корреляция частоты достижения УВО с вирусной нагрузкой по ВИЧ или HCV на старте, полом, возрастом, наличием на ВААРТ, генотипом HCV в рассматриваемой подгруппе не выявлено. Переносимость терапии была сопоставима с переносимостью у пациентов с уровнем CD4 Т-лимфоцитов более 350 кл./мкл.

**Вывод.** ПВТ ХГС эффективна и безопасна у пациентов с уровнем CD4 Т-лимфоцитов менее 350 кл./мкл.

- 36. Частота встречаемости различных генотипов вируса гепатита С (HCV) у ВИЧ-инфицированных жителей Ленинградской области**  
 Дунаева Н.В.<sup>1</sup>, Стасишкис Т.А.<sup>2</sup>, Ковеленов А.Ю.<sup>2</sup>  
<sup>1</sup>НИИ гриппа, <sup>2</sup>ЛО «Центр по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями», Санкт-Петербург, Россия, e-mail: nvch@mail.ru

**Цель исследования:** проанализировать частоту встречаемости различных генотипов HCV у ВИЧ-положительных жителей Ленинградской области (ЛО), нуждающихся в терапии хронического гепатита С (ХГС).

**Материалы и методы.** В исследование были включены 242 жителя Ленинградской области, которым была назначена ПВТ ХГС в период с 2009 по 2012 гг. Медиана (25/75 проц.) возраста пациентов – 31 (28/34) год; минимальный возраст – 18 лет, максимальный – 52 года. Мужчин было 114 (47,1%), женщин – 128 (52,9%). 127 человек из 242 одновременно получали ВААРТ. Выделение РНК вируса из плазмы крови проводили методом качественной полимеразной цепной реакции с последующей электрофоретической верификацией 1a, 1b, 2 и 3a генотипа на тест-системах «АмплиСенс» ЦНИИ эпидемиологии МЗ РФ (Москва, Россия).

**Результаты.** Генотип 1-й выявлен у 106 (43,8%), 2-й – у 18 (7,4%), 3-й – у 110 (45,5%), микст-гепатит – у 1 (0,4%), не типизируемый (не являющийся 1-м, 2-м или 3-м генотипом) – у 7 (2,9%) человек. 1a генотип – 6/106 человек, остальные – 1b. При разбиении группы на подгруппы – с 1-м и не 1-м генотипом (пациент с микст-гепатитом исключен, пациенты со 2-м и не типизируемые отнесены к не 1-му генотипу) и последующем анализе выявлено, что пациенты с 1-м генотипом чаще находились на ВААРТ (61,2% – 63/103 человека против 46,4% – 64/138 человек,  $\chi^2=5,174$ ,  $p=0,023$ ), но достоверно не отличались по уровням вирусной нагрузки по ВИЧ и HCV, предположительной длительности инфицирования, половой структуре, уровням АЛАТ и CD4 Т-лимфоцитов, частоте встречаемости той или иной степени фиброза печени.

**Вывод.** У микст-инфицированных (ВИЧ+HCV) жителей ЛО, нуждающихся в проведении ПВТ ХГС, доминируют генотипы 1-й и 3-й с незначительным преобладанием 1-го генотипа.

## Е

- 37. Опыт применения препарата «Резалют Про» в терапии неалкогольной жировой болезни печени**  
 Емельянов Д.Н., Мязин Р.Г., Стаценко И.Ю., Свириденко О.Ю.  
 Волгоградский ГМУ, Россия, e-mail: naclo@mail.ru

**Цель исследования:** оценить эффекты гепатопротектора «Резалют Про» в отношении процессов перекисного окисления липидов (ПОЛ), антиоксидантной защиты (АОЗ), синдрома цитолиза, пигментного обмена и динамики уровня холестерина крови при неалкогольной жировой болезни печени (НАЖБП).

**Материалы и методы.** В исследование вошли 20 больных с НАЖБП. Пациенты принимали препарат «Резалют Про» по стандартной схеме – 2 капсулы 3 раза в день перед едой в течение двух месяцев. До и после лечения в сыворотке крови определяли продукты ПОЛ, АОЗ, стандартные печеночные пробы и уровень общего холестерина.

**Результаты.** Выявлено, что курсовое лечение препаратом «Резалют Про» способствовало значительному и достоверному снижению показателей ПОЛ: малонового диальдегида – на 24,3% ( $p<0,05$ ), диеновых конъюгатов – на 15,1% ( $p<0,05$ ). Уровень фермента АОЗ каталазы, наоборот, компенсаторно возрастал на 28,8% ( $p<0,05$ ). Снижался цитолиз: уровень сывороточной уробилиназы уменьшался на 38,1% ( $p<0,05$ ), сывороточной гистидазы – на 37,0% ( $p<0,05$ ), АЛТ – на 34,9% ( $p<0,05$ ), АСТ – на 30,2% ( $p<0,05$ ). Общий билирубин снижался на 18,4% ( $p<0,05$ ). Уровень общего холестерина крови после курса терапии снижался наиболее значительно – на 53,0% ( $p<0,05$ ), вплоть до нормы. Позитивная динамика лабораторных данных сохранялась у 72% пациентов на протяжении 3 месяцев после окончания лечения. При сравнении с терапией базисными гепатопротекторами отмечено несколько более выраженное действие препарата «Резалют Про» в снижении показателей ПОЛ, АОЗ, синдрома цитолиза, и особенно в восстановлении до нормальных значений показателя общего холестерина крови.

**Выводы.** Гепатопротектор «Резалют Про» достоверно и длительно корригирует процессы ПОЛ, АОЗ, цитолиз, пигментный обмен, нормализует уровень общего холестерина крови у больных НАЖБП.

- 38. Лекарственные поражения печени: опыт региона**  
 Еремина Е.Ю.  
 Мордовский государственный университет», Саранск, Россия

За последние десятилетия во всем мире наблюдается рост числа побочных эффектов и осложнений медикаментозной терапии, среди которых значительную часть составляют лекарственные поражения печени (ЛПП). В значительной степени это обусловлено либерализацией доступа населения к медикаментам и полипрагмазией. Следствием этого стало увеличение числа ЛПП у самых разных категорий пациентов и даже у беременных. ЛПП встречаются в общей медицинской практике с частотой, как минимум, 2 случая на 1000 пациентов и составляют 10% всех побочных реакций лекарственных средств (ЛС). ЛС обуславливают до 40% всех случаев гепатита и до 25% фульминантной печеночной недостаточности. После 40 лет более 50% случаев острого гепатита – от ЛС. На долю ЛПП приходилось 7,4% от всех смертей, вызванных побочными реакциями ЛС. За последние 10 лет частота ЛПП увеличилась в 10 раз и сохраняется отчетливая тенденция к росту.

**Цель исследования:** изучить особенности клиники и течения ЛПП среди различных категорий населения Республики Мордовия, разработать эффективную тактику лечения.

**Результаты исследования.** За период 2010-2012 гг. проанализированы 96 зарегистрированных случаев и историй болезни пациентов (82 женщины и 14 мужчин в возрасте 19-75 лет) с ЛПП по данным амбулаторного приема гастроэнтерологов, гастроэнтерологического отделения МРКБ и республиканского перина-

тального центра. Из 82 женщин 45 беременных в возрасте 21-34 года. Установлено, что наиболее частыми клиническими формами ЛПП являются острый лекарственный гепатит с изолированным повышением активности сывороточных трансаминаз (35 случаев), холестатический гепатит (26), псевдохирургическая форма острого гепатита (17), лекарственно-индуцированный холестаза (16), хронический лекарственный гепатит (8), аутоиммунный вариант лекарственного гепатита (6), веноокклюзионная болезнь (2), синдром Бадда-Киари (2), фульминантная печеночная недостаточность (1 случай).

В 98% случаев ЛПП ассоциировалось с одновременным приемом нескольких ЛС (от 3 до 12), среди которых (в порядке убывания) – гормональные контрацептивы, НПВП, антибактериальные (цефтриаксон, амоксициллин/клавуланат, азитромицин) и противогрибковые средства, анаболические стероиды. ЛПП у беременных чаще всего были связаны с поливитаминно-минеральными комплексами и препаратами половых гормонов.

Более часто ЛПП зарегистрированы у женщин, а также у лиц старше 50 лет, получающих многокомпонентную медикаментозную терапию и/или злоупотребляющих алкоголем. Отмечен прогрессивный рост ЛПП у беременных. У половины пациентов с ЛПП зарегистрирована патология печени (стеатоз, наследственные гепатозы, поражение печени гепатотропными вирусами (вирусами гепатитов В, С, Эпштейна – Барр, простого герпеса, цитомегаловирусом). Установлено, что развитию ЛПП способствуют перенесенные кардиохирургические операции с искусственным кровообращением и ограничительные диеты, особенно бедные по содержанию животного белка. У беременных предрасполагающими факторами развития ЛПП являются гипопальбуемия, холестаза, ЭКО, многоплодная беременность, патология почек.

Результаты исследования позволили разработать и внедрить в практику тактику ведения различных категорий пациентов с ЛПП, в том числе тактику ведения беременных с ЛПП.

## Ж

### 39. Возможности применения амарантовой муки в составе безглютеновой диеты

Жаркова И.М.<sup>1</sup>, Мирошниченко Л.А.<sup>2</sup>, Звягин А.А.<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Воронежский ГУИТ, <sup>2</sup>ООО «Русская олива», Воронеж,

<sup>3</sup>Воронежская ГМА им. Н.Н. Бурденко, Россия

**Цель исследования:** изучение состава амарантовой муки двух сортов, полученной из зерна, выращенного в Воронежской области, в сравнении с манной крупой.

**Материал и методы.** Использовалась амарантовая мука цельносомолотая (ТУ 9293-006-18932477-2004) и высшего сорта (ТУ 9293-004-77872064-2011), крупа манная марки М по ГОСТ 7022-97. Определялись стандартными общепринятыми методами массовая доля влаги, содержание белка, жира, крахмала, водорастворимых углеводов, клетчатки, золы, натрия, калия, кальция и магния, фосфора, железа; витамина Е, аминокислотный состав. Качество белков муки оценивалось по коэффициенту утилитарности аминокислотного состава и биологической ценности. Энергетическую ценность определяли расчетным методом.

**Результаты.** Изучен состав амарантовой муки цельносомолотой и высшего сорта. На их основе разработаны безглютеновые мучные смеси для выпечки кексов, вафель, печенья (ТУ 9195-001-37972583-2012) как в домашних условиях, так и в промышленных масштабах.

**Выводы.** На основании проведенных экспериментальных исследований и анализа специальной литературы можно сделать вывод о возможности и целесообразности применения амарантовой муки в составе безглютеновой диеты. Основные преимущества амарантовой муки: во фракционном составе белков преобладают альбумины и глобулины при минимальном количестве проламинов и полном отсутствии α-глиадина; содержание белков на 1,2-2,7% больше, чем в манной крупе, причем их биологическая ценность и коэффициент утилитарности выше соответственно на 12,53% и 20,46%; массовая доля усвояемых углеводов, в том

числе крахмала, ниже по сравнению с манной крупой соответственно на 2,0-9,2% и 3,3-11,0%, а клетчатки – выше на 2,9-5,8%; наличие в жировом компоненте муки сквалена и токоферолов.

### 40. Роль адипоцитокинов в прогрессировании метаболических нарушений у пациентов с неалкогольной жировой болезнью печени

Журавлева А.К., Бобронникова Л.Р.

Харьковский НМУ, Украина

**Цель:** изучить влияние нарушений баланса адипоцитокинов на формирование метаболического синдрома у пациентов с неалкогольной жировой болезнью печени (НАЖБП).

**Материалы и методы.** Обследованы 45 пациентов с НАЖБП: 1-я группа (n=29) с абдоминальным ожирением (АО), 2-я группа – (n=16) без АО и контрольная группа (n=20). Определяли окружность талии (ОТ), индекс массы тела (ИМТ), активность АЛТ, АСТ, общий холестерин (ОХС), триглицериды (ТГ), С-реактивный белок (СРБ), индекс НОМА-IR, адипонектин (АН), лептин (ЛН), ФНО-α.

**Результаты.** ИМТ у пациентов 2-й группы был (25,1±3,4) кг/м<sup>2</sup>, 1-й группы – (36,28±3,12) кг/м<sup>2</sup> (p<0,001). Показатель НОМА-IR коррелировал с АСТ (r=0,61; p<0,001), ИМТ (r=0,44; p<0,001) и уровнем ТГ (r=0,39; p<0,001). Установлено увеличение ФНО-α в обеих группах в сравнении с контролем (p<0,001), наибольшее увеличение показателя – в 4,1 раза (p<0,001) имело место в группе с НАЖБП и АО. Уровень АН у пациентов с АО был в 1,2 раза ниже, чем у пациентов 2-й группы (p<0,001) и отрицательно коррелировал с ИМТ (r=-0,41, p<0,05), ОТ (r=-0,36; p<0,01), уровнем ТГ (r=-0,44; p<0,001), АСТ (r=-0,44; p<0,001), СРБ (r=-0,38; p<0,001), индексом НОМА-IR (r=-0,41; p<0,001). Уровень АН сыворотки крови у мужчин с АО был ниже, чем у женщин (p<0,001). Уровень ЛН сыворотки крови был в 2,1 раза выше у больных с АО в сравнении с пациентами 2-й группы (p<0,001). Установлены корреляционные взаимосвязи ЛН с ИМТ (r=0,36; p<0,05), ОТ (r=0,38; p<0,001), индексом НОМА-IR (r=0,36; p<0,001) и СРБ (r=0,34; p<0,05). У женщин с АО уровень ЛН в сыворотке крови был выше, чем у мужчин (p<0,001).

**Выводы.** Течение НАЖБП и АО сопровождается прогрессированием метаболических нарушений, обусловленных инсулинорезистентностью, дислипидемией, развитием системного воспаления, а также дисбалансом адипоцитокинов.

### 41. Фактор некроза опухолей альфа и инсулинорезистентность у больных с неалкогольной жировой болезнью печени в сочетании с сахарным диабетом 2 типа

Журавлева Л.В., Огнева Е.В.

Харьковский НМУ, Украина

**Цель исследования:** установить связь между уровнем фактора некроза опухолей альфа (ФНО-α) и показателями углеводного обмена у больных с неалкогольной жировой болезнью печени (НАЖБП) и при ее сочетании с сахарным диабетом 2 типа (СД-2) с разным трофологическим статусом.

**Материалы и методы.** Обследованы 90 больных: 1-я группа (n=20) – больные с изолированной НАЖБП, 2-я группа (n=20) – больные с сочетанием НАЖБП и СД-2 с нормальной массой тела и 3-я группа (n=50) – больные с коморбидной патологией и ожирением (индекс массы тела не менее 30 кг/м<sup>2</sup>). Контрольная группа (n=20) – практически здоровые лица. Проводилось исследование уровня глюкозы сыворотки крови натощак (ГКН) глюкозооксидантным методом (реактивы «Диабет-тест»), иммунореактивного инсулина (ИРИ) иммуносорбентным сэндвич-методом (реактивы «DRG»), рассчитывался НОМА-IR. Уровень ФНО-α определялся иммуноферментным методом (реактивы «Вектор-бест»).

**Результаты.** В 1-й и 2-й группах больных выявлена достоверная связь ФНО-α только с ИРИ (r=0,33, p<0,05 и r=0,37, p<0,05 соответственно). В 3-й группе больных (с коморбидной патологией и ожирением) выявлена достоверная корреляция между уровнем ФНО-α и ГКН (r=0,46; p<0,05), ИРИ (r=0,78; p<0,05) и НОМА-IR (r=0,64; p<0,05).

**Выводы.** Полученные корреляционные связи между ФНО- $\alpha$  и показателями углеводного обмена согласуются с представлениями о способности ФНО- $\alpha$  усиливать нарушения углеводного обмена, инсулинорезистентность, а также подтверждают роль исследуемого показателя в патогенезе НАЖБП, а именно – в нарушении печеночного глюконеогенеза, особенно у больных с сопутствующим СД-2 типа на фоне ожирения. Кроме того, сами по себе структурно-функциональные изменения в печени при НАЖБП могут вызывать метаболические последствия.

#### 42. 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:** 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 женщин, средний возраст (56,8 $\pm$ 4,6) года) были разделены на две группы: в 1-й (n=43) ИМТ составил (33,07 $\pm$ 3,12) кг/м<sup>2</sup>, во 2-й (n=42) – (26,04 $\pm$ 4,22) кг/м<sup>2</sup>. Наряду с антропометрическими данными изучали функциональное состояние печени, липидный спектр, С-реактивный белок (СРБ), 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; в 1,4 и в 1,9 раза (p<0,001) – 2-й группы. Нарушения пигментной функции печени установлено в 74,5% и 64,5% случаев соответственно и характеризовались увеличением прямого билирубина в 2,7 и в 2,1 раза (p<0,001) и корреляцией с ИМТ пациентов 1-й группы (r=0,46; p<0,01). В 1-й группе содержание общего холестерина (ХС) было в среднем на 22% выше, чем во 2-й группе (p<0,01), триглицеридов (ТГ) – на 26% (p<0,01), ХС ЛПНП – на 28% выше (p<0,01), а уровень ХС ЛПВП на 26% ниже (p<0,01). Отношение ТГ/ХС ЛПВП было на 30% выше у больных 1-й группы. Индекс НОМА-IR составил 3,81 $\pm$ 0,77 и 2,92 $\pm$ 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 с 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 $\pm$ 0,14 и 0,88 $\pm$ 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

#### 43. Результаты изучения цитокинового статуса крови онкологических больных, получающих иммунное питание

Захарова П.А., Хорошилов И.Е., Кораблева Н.П.  
СЗГМУ им. И.И. Мечникова, Санкт-Петербург, Россия,  
e-mail: polina.yankovska@inbox.ru

**Цель исследования:** изучить цитокиновый статус крови онкологических больных до и после проведения нутриционной поддержки с использованием смесей иммунного питания.

**Материалы и методы.** В основу работы положены результаты обследования и лечения 15 онкологических больных с 4 стадией основного заболевания, получавших в дополнение к основному рациону в качестве дополнительной нутриционной поддержки смесь, содержащую аргинин, омега-3-жирные кислоты и нук-

леотиды в объеме 500 ккал в сутки в течение 14 дней. У всех пациентов оценивался цитокиновый статус (IL-10, IL-8, IL-4, IL-6, INF- $\gamma$ , TNF- $\alpha$ , GM-GCF) до и после курса иммунного питания. **Результаты** представлены в табл. 1.

Показатель	До лечения (n = 15)	После лечения (n = 15)	P
ИЛ-2	0,47 $\pm$ 0,20	0,34 $\pm$ 0,12	0,14
INF- $\gamma$	5,53 $\pm$ 2,51	4,87 $\pm$ 2,17	0,13
IL-6	2,07 $\pm$ 0,41	2,53 $\pm$ 0,68	0,46
GM-GCF	0,21 $\pm$ 0,03	0,27 $\pm$ 0,07	0,17
TNF- $\alpha$	1,43 $\pm$ 0,24	1,19 $\pm$ 0,19	0,11
IL-4	0,05 $\pm$ 0,014	0,03 $\pm$ 0,004	0,12
IL-8	3,65 $\pm$ 0,92	2,19 $\pm$ 0,53	<b>0,038</b>
IL-10	0,28 $\pm$ 0,05	0,30 $\pm$ 0,08	0,80

**Выводы.** Строго говоря, в рамках всей выборки существуют разнонаправленные изменения, что характеризует тяжесть общего состояния больных, обусловленную стадией и характером основного заболевания. Общее снижение уровня цитокинов в данном случае, по нашему мнению, объясняется тем, что на 4-й стадии заболевания при метастатическом раке после проведенных курсов химиотерапии имеются признаки выраженной иммуносупрессии, обусловленные истощением ресурсов организма. Наиболее интересным нам показалось изменение IL-6 и IL-8. Потенциальная способность нейтрофилов и моноцитов проявлять антибактериальную и противовирусную активность стимулируется IL-8. Способность В-лимфоцитов дифференцироваться в плазматические клетки и продуцировать антитела стимулируется IL-6. Подводя итог, вышеизложенное можно расценивать как тенденции по двум направлениям: первое – это усиление ангиогенеза, второе – улучшение трофических процессов. По нашему мнению, данный вопрос требует тщательного и длительного изучения для получения более глубоких и объективных результатов.

### И

#### 44. Уровень аланиновой аминотрансферазы при хронической дельта-инфекции у пациентов – коренных жителей Республики Тыва

Ильченко Л.Ю.<sup>1</sup>, Кожанова Т.В.<sup>1</sup>, Кюрегян К.К.<sup>1</sup>, Сарыглар А.А.<sup>2</sup>, Сарыг-Хаа О.Н.<sup>2</sup>, Сонам-Байыр Я.Д.<sup>2</sup>, Михайлов М.И.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>ИПВЭ им. М.П. Чумакова РАМН, Москва; <sup>2</sup>Инфекционная больница, Кызыл, Республика Тыва, Россия

**Цель исследования:** Оценить выраженность активности аланиновой аминотрансферазы (АЛТ) у пациентов с хронической дельта-инфекцией – коренных жителей Республики Тыва (РТ).

**Материалы и методы.** Критерием включения в исследование было наличие у больных хроническим гепатитом В антител к вирусу гепатита дельта (anti-HDV). Обследование 214 пациентов включало оценку жалоб, анамнеза, данных физикального осмотра, клинико-биохимических показателей и результатов инструментальных методов. Серологические маркеры инфицирования HBV и HDV (HBsAg, anti-HBc, HBeAg, anti-HBe, anti-HDV) определяли с использованием иммуноферментных тест-систем, HBV DNA, HDV RNA – в полимеразной цепной реакции.

**Результаты.** У 79,4% (170/214) пациентов установлен диагноз хронического гепатита (ХГ) В+D, у 20,6% (44/214) – цирроз печени (ЦП) В+D. HDV RNA выявлена в 26,2% (56/214) случаев. В 2 образцах anti-HDV и HDV RNA тестировались в отсутствие HBsAg, что указывает на возможность скрытой дельта-инфекции. Маркер активной репликации HBV DNA обнаружен у 35,9% пациентов (77/214). В 6,1% случаев (13/214) отмечалась репликация обоих вирусов. Средний уровень активности АЛТ составил (84,0 $\pm$ 72,8) МЕ/л. Однако у большей части больных как при изолированной репликации HBV и HDV, так и репликации двух вирусов установлен низкий уровень активности АЛТ (до 3N). Лишь у незначительной доли пациентов с репликацией обо-

их вирусов (n=3; 1,4%) зарегистрировано пятикратное повышение активности АЛТ. В целом, значимого различия по уровню АЛТ при ХГ и ЦП классов А, В, С по Child – Pugh не получено. **Заключение.** Хроническая дельта-инфекция у коренного населения РТ характеризуется преимущественно низким или умеренным повышением активности АЛТ независимо от репликации вирусов и стадии заболевания. При этом среди инфицированных тувинцев отмечается быстрое развитие ЦП и высокий уровень летальности, что может быть обусловлено генетическими факторами и особенностями HBV, HDV.

## К

### 45. Проблема лекарственного гепатита в многопрофильном стационаре

Калачнюк Т.Н.

Клиническая больница № 123 ФМБА, Одинцово, Россия

Лекарственное поражение печени (ЛПП) – это поражение органа, вызванное лекарственными веществами, которые применяют по медицинским показаниям в терапевтических дозах. ЛПП составляют около 10% всех побочных реакций организма больного, связанных с применением фармакологических препаратов. За 7 лет работы проанализировано 140 случаев ЛПП. Средний возраст пациентов основной группы составил (41,5±6,8) года, мужчин 86 (61%), женщин 54 (39%). Соотношение мужчин и женщин составило 1,6:1. По этиологическому фактору ЛПП распределились следующим образом: антимикробные препараты различных групп – 63 случая (45%), фитопрепараты (ФП) – 24 случая (17,1%), нестероидные противовоспалительные препараты (НПВС) – 19 случаев (13,6%), пероральные контрацептивы – 19 случаев (13,6%), статины – 15 случаев (10,7%). Длительность приема лекарственных препаратов варьировала от 9 дней до 6 месяцев в зависимости от основного заболевания, средняя длительность заболевания составила (1,8±0,6) месяца. Основными жалобами являлись: общая слабость (100%), дискомфорт в правом подреберье (52,1%), тошнота (50,7%), снижение аппетита (17,8%), изжога (11,4%), желтуха (8,6%), кожный зуд (4,3%), вздутие живота (4,3%). Характер и количество жалоб зависело от этиологического фактора ЛПП. Наибольшее число жалоб отмечено у пациентов, принимавших пероральные контрацептивы и НПВС. По биохимическому варианту ОЛГ все лекарственные поражения печени были распределены на три типа: 1-й тип – поражения с преобладанием гепатоцеллюлярного компонента (АЛТ более 2N, ЩФ – норма), 2-й тип – холестатический (АЛТ норма, ЩФ более 2N) и 3-й – смешанный тип (АЛТ более 2N, ЩФ более 2N). По 1-му типу отмечалось 106 случаев ЛПП (75,7%), по 2-му типу – 19 (13,9%), по 3-му типу – 15 (10,7%). При ЛПП по гепатоцеллюлярному и смешанному типу проводилась терапия адеметионином, при холестатическом – урсодиооксиколовой кислотой. Во всех группах достигнута положительная динамика клинических и лабораторных показателей. Пункционная биопсия печени выполнена 98 пациентам (70%), определен индекс гистологической активности (ИГА) по R.G. Knodell. Максимальный ИГА отмечен в группе пероральных контрацептивов и НПВС.

### 46. Набор реагентов для выявления core-антигена ВГС методом ИФА

Камаганцева М.А., Туманова О.Ю., Ястребова О.Н.  
ЗАО «Вектор-Бест», Новосибирск, Россия

Первичная диагностика (скрининг) ВГС-инфекции основывается на определении антител к вирусу (анти-ВГС) с помощью наборов реагентов для иммуноферментного анализа (ИФА). Характерной особенностью гепатита С является наличие продолжительного периода после инфицирования, в течение которого анти-ВГС у зараженного человека обнаружить не удается (так называемое «серонегативное окно»), хотя вирус в это время присутствует в крови. Применение молекулярно-биологических методов для выявления РНК ВГС позволяет минимизировать возможность инфицирования ВГС. Однако высокая стоимость

наборов и сопутствующего оборудования для ПЦР ограничивает использование этого метода. В качестве альтернативы ПЦР в некоторых странах было предложено проводить лабораторное исследование образцов сыворотки крови на наличие ядерного антигена (core-АГ) ВГС с помощью метода ИФА. Опубликованные данные свидетельствуют о том, что диагностическая чувствительность тестов ИФА для определения core-АГ у инфицированных ВГС лиц в период «серонегативного окна» лишь незначительно уступает NAT-тестированию.

**Цель исследования:** разработка набора реагентов для выявления core-АГ ВГС в образцах сыворотки / плазмы крови человека методом ИФА. Основным свойством набора является способность определять наличие в сыворотке / плазме крови человека core-АГ ВГС за счет его взаимодействия с моноклональными антителами к core-АГ ВГС, иммобилизованными на поверхности лунок полистиролового планшета, с последующим выявлением образовавшегося комплекса с помощью поликлональных антител к капсидному белку ВГС. Для оценки выявляемости набором core-АГ ВГС использовали сероконверсионные панели («ZeptoMetrix Corp.», США) и образцы сыворотки крови доноров (16700 образцов). Специфичность набора оценивали по результатам исследования 1348 образцов сыворотки крови доноров, отрицательных по анти-ВГС в скрининговых тестах «Бест анти-ВГС», ЗАО «Вектор-Бест», Новосибирск и «ИФА-анти-НСV» ООО «НПО Диагностические Системы, Нижний Новгород».

**Результаты.** Тестирование сероконверсионных панелей показало выявление core-АГ ВГС на 20 дней раньше появления анти-ВГС. При тестировании 16700 образцов было выявлено 64 образца (0,38%), не содержащих анти-ВГС в скрининговых тестах «Бест анти-ВГС» и «ИФА-анти-НСV», но содержащих core-АГ ВГС по результатам исследований на наборе реагентов «ВГС core-антиген-ИФА-БЕСТ», в которых методом ПЦР выявлена РНК ВГС ( $10^4$ - $10^7$  МЕ/мл).

В 1348 образцах донорской панели, не содержащих анти-ВГС, на разработанном наборе реагентов core-АГ ВГС не выявлен в 1321 случаях, таким образом, специфичность набора составила 98%.

**Выводы.** Мы полагаем, что новый набор реагентов можно с успехом использовать для подтверждения наличия core-АГ в образцах, давших положительный результат в наборах реагентов для совместного определения core-АГ и анти-ВГС, в комплексной диагностике ГС, а также для научно-исследовательских целей.

### 47. Клинический случай выявления поликистоза печени и почек в пожилом возрасте

Кирпичева Г.Н., Пирогова Ю.Ю.  
Самарский ГМУ, Россия

Больной Н., 64 лет, находился на лечении в гастроэнтерологическом отделении клиник Самарского ГМУ в декабре 2012 г. Поступил в тяжелом состоянии, с жалобами на тяжесть в правом подреберье, одышку, сердцебиение при незначительной физической нагрузке, общую слабость. Указанные жалобы впервые появились в августе 2012 г; ранее считал себя здоровым, профессиональный спортсмен, тренер по боксу. При осмотре – живот увеличен в размере, печень занимает всю эпигастральную и мезогастральную области, бугристая, плотноэластическая. Лабораторно – гипохромная анемия (гемоглобин 90 г/л), гипохромия (ЩФ 197 ед./л, ГГТ 201 ед./л), другие печеночные показатели в пределах нормы, мочевины 13,14 ммоль/л, креатинин 184,9 мкмоль/л, гипохромная анемия умеренной степени. Маркеры вирусного гепатита, альфа-фетопротеин, АМА, АНА – отрицательные. В анализе мочи – удельный вес 1018, лейкоциты – 9000 в мл. На УЗИ и КТ брюшной полости – выраженная гепатомегалия, ларенхима представлена множественными кистами, диаметром от 5 мм до 82 мм, воротная вена 10 мм, портальной гипертензии и спленомегалии не было. Почки увеличены, паренхима – множественные кисты, диаметром от 5 мм до 7,7 мм. ФГДС – признаки сдавления желудка извне, ВРВП отсутствует. Установлен основной клинический диагноз: поликистозная болезнь. Поликистоз печени и почек. Синдром холестаза. Хронический тубулоинтерстициальный нефрит, активная фаза. Вторичная артериальная гипертензия. ХБП III стадия. Хроническая анемия смешанного генеза, уме-

ренной степени. На фоне лечения – гепатопротекторы (урсосан, гептрал), диуретики, эуфиллин, дигоксин, гипотензивные (ингибиторы АПФ), антибиотики – улучшение самочувствия, нет одышки, меньше тяжесть в правом подреберье; пациент поставлен в лист ожидания на трансплантацию печени и почек.

#### 48. Анализ показателей заболеваний органов пищеварения в Закарпатской области Украины

Коваль В.Ю., Архий Э.И.

Ужгородский национальный университет (мед. ф-т),  
Ужгород, Украина, e-mail: cowal.valya@yandex.ua

**Цель исследования:** провести анализ показателей заболеваемости и распространенности по заболеваниям органов пищеварения в Закарпатской области Украины за 2009-2011 годы.

**Материалы и методы:** показатели заболеваемости и распространенности по заболеваниям органов пищеварения на 100000 населения в соответствии с 12 формой статистической отчетности по Закарпатской области за 2009-2011 годы.

**Результаты и их обсуждение.** В структуре заболеваний органов пищеварения среди всего населения в 2009-2011 гг. лидирующее место занимают гастрит и дуоденит – 24,81-23,04%; холецистит, холангит – 16,82-16,30%; язва желудка и двенадцатиперстной кишки – 10,16-10,11%. На четвертом месте – заболевания поджелудочной железы – 9,59-9,76%; на пятом месте – хронический гепатит – 9,03-8,84%; на шестом месте – желчнокаменная болезнь – 4,05-4,20%. В 2011 году показатели распространенности заболеваний органов пищеварения по сравнению с 2009 годом уменьшились на 0,23%. Заболеваемость среди всего населения болезнями органов пищеварения в 2011 г. уменьшилась на 4,44%. Показатели распространенности и заболеваемости по лидирующим заболеваниям в Закарпатье в 2011 г. по сравнению с 2009 г. незначительно уменьшились. Отмечается незначительное увеличение показателей распространенности (на 1,6%) и заболеваемости (на 2,7%) по болезням поджелудочной железы, а также увеличение на 3,34% распространенности желчнокаменной болезни.

**Выводы.** 1. В 2011 году по сравнению с 2009 г. отмечается уменьшение показателей распространенности и заболеваемости по заболеваниям органов пищеварения среди всего населения. 2. В структуре патологии органов пищеварения наблюдается увеличение показателей распространенности и заболеваемости по болезням поджелудочной железы и распространенности желчнокаменной болезни среди всего населения.

#### 49. Оценка эффективности дыхательного уреазного теста ХЕЛИК для диагностики *H.pylori* в желудке

Коноров М.Р., Комлева Е.Н., Мاستыкова Е.К., Катина Е.Л.  
Витебский ГМУ, Белоруссия, e-mail: mkonorev@yandex.ru

**Цель исследования:** оценить эффективность дыхательного уреазного теста ХЕЛИК для диагностики *H.pylori* (Hr) в желудке.

**Материалы и методы.** Проведено поперечное диагностическое исследование с применением четырехпольной таблицы 2×2 для сравнения результатов, полученных при использовании дыхательного уреазного теста ХЕЛИК (ООО «АМА», Россия) с результатом референтного метода диагностики Hr – морфологического метода (субстрат: неизменная слизистая оболочка антрального отдела желудка; n=35). Оценка эффективности проводилась у одних и тех же пациентов (17 мужчин и 18 женщин), возраст которых составлял от 21 года до 65 лет, средний возраст (50,4±16,2) года.

**Результаты** оценки эффективности дыхательного уреазного теста ХЕЛИК (метод сравнения – морфологический): чувствительность (Se) – 95% (95% ДИ: 86-100); специфичность (Sp) – 80% (95% ДИ: 59-100); распространенность (P) – 60% (95% ДИ: 43-77); точность теста (ТА) – 89% (95% ДИ: 78-100); прогностическая ценность при отрицательном результате (–PV) – 92% (95% ДИ: 76-100); прогностическая ценность при положительном результате (+PV) – 0,88 (95% ДИ: 73-100); отношение правдоподобия положительного результата теста (LR+) – 4,5 (95% ДИ: 1,6-12,2); отношение правдоподобия отрицательного результата теста (LR–) – 0,06 (95% ДИ: 0,008-0,449).

**Выводы.** Дыхательный уреазный тест ХЕЛИК имеет высокую клиническую эффективность (Se – 95%, Sp – 80%, ТА – 89%) для диагностики уреазной активности в желудке. Тест ХЕЛИК является неинвазивным методом, прост в использовании и позволяет получить результат в ходе исследования. ХЕЛИК-тест целесообразно применять в терапевтической практике.

#### 50. Структура и коррекция функциональных расстройств ЖКТ у детей раннего возраста

Корниенко Е.А., Кубалова С.С.  
СПбГПМУ, Россия

**Цель:** оценить структуру и эффективность пробиотической терапии и функционального питания при функциональных расстройствах (ФР) ЖКТ у детей раннего возраста.

**Материал и методы.** У 102 детей в возрасте от 1 до 6 месяцев с ФР 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.** Наблюдались следующие ФР: срыгивания – 82%, колики – 65%, запоры – 10%. Лактазная недостаточность выявлена у 23 (22,5%) детей. Дисбиотические изменения при посеве кала обнаружены у всех, они заключались в снижении количества бифидобактерий и увеличении УПФ. Данные посева кала и ПЦР кала не всегда коррелировали. У большинства детей (55,5%), по данным ПЦР, обнаружена *Cl.difficile*. Средний уровень кальпротектина составил 282 мг/г.

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.

#### 51. Клинические и генетические аспекты лактазной недостаточности у детей

Корниенко Е.А., Сердюк Д.Ф.  
СПбГПМУ, Россия

**Цель:** установить ведущие механизмы лактазной недостаточности у детей и совершенствовать ее диагностику.

**Материал и методы:** 120 детей в возрасте от 5 до 17 лет, соответствующих клиническим критериям лактазной недостаточности (ЛН), исследованы с проведением водородного дыхательного теста (ВДТ) с лактозой, сахарной кривой с лактозой, ФГДС с морфологическим исследованием биоптатов двенадцатиперстной кишки. У 15 пациентов проведен экспресс-тест на определение активности лактазы в биоптате слизистая оболочка тонкой кишки. У 37 человек проведена ПЦР-диагностика для определения генетического типа лактазной недостаточности (СТ полиморфизм гена).

**Результаты.** Эндоскопические признаки хронического гастроудуоденита были выявлены у 90% детей с ЛН, гистологически – в 60% случаев выявлены слабые или умеренные признаки атрофии слизистой оболочки двенадцатиперстной кишки. Повышение уровня водорода в выдыхаемом воздухе после нагрузки лактозой было у 74 человек (62%). Сахарная кривая с нагрузкой лактозой коррелировала с результатами водородного теста у всех больных. Экспресс-тест на определение активности лактазы в биоптате слизистой оболочки тонкой кишки в 50% случаев не коррелировал с показателями водородного теста и сахарной кривой. Из 37 пациентов, проходивших ПЦР-диагностику, СТ генотип выявлен у 25 (67,5%), генотип СС – у 9 (24,3%), генотип ТТ – у 3 человек (8,1%).

**Заключение.** У абсолютного большинства детей с ЛН по данным эндоскопии и гистологического исследования имеются признаки хронического воспаления в двенадцатиперстной кишке, что подтверждает вероятность вторичной ЛН. По определению генотипа превалирует генотип СТ и СС, то есть генез ЛН нередко смешанный. Надежными диагностическими методами для установления ЛН являются «плоская» сахарная кривая с нагрузкой лактозой и данные ВДТ.

## 52. Эффективность пробиотической терапии при СРК у детей

Корниенко Е.А., Типикина М.Ю.  
СПбГПМУ, Россия

**Цель:** оценить эффективность пробиотической и комбинированной терапии при СРК у детей.

**Материал и методы.** Обследован 121 ребенок в возрасте от 5 до 17 лет. Все обследованные соответствовали клиническим критериям СРК. Всем детям проведены посев кала на дисбактериоз и водородный дыхательный ( $H_2$ ) тест. Проведена сравнительная оценка эффективности лечения тримебутином, пробиотической терапии (препараты «Линекс», «Энтерол», «Рела Лайф»), а также комбинированной терапии тримедатом и пробиотиком или пробиотиком в сочетании с пребиотиком (препарат «Закофальк»). Все препараты назначались в возрастной дозировке курсом продолжительностью 1 месяц.

**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. УПФ в количестве выше возрастных норм обнаружена у 66 детей (54,5%): *Staphylococcus aureus* у 38 (64%), *Enterobacter cloacae* у 3 (5%), *Pseudomonas aeruginosa* у 1 (1,7%), *Candida albicans* у 9 (15%), *Proteus mirabilis* у 1 (1,7%), *Klebsiella pneumoniae* у 11 (18,6%), *Acinetobacter anitratus* у 1 (1,7%), *Citrobacter* у 2 (3,4%). СИБР был диагностирован у 82,6% детей с СРК. В среднем при всех типах СРК базальный уровень составил  $(18 \pm 3)$  ppm, через 30 минут –  $(33 \pm 4)$  ppm, через 60 минут –  $(50 \pm 6)$  ppm, что выше допустимых значений. После окончания курса терапии более полное купирование симптомов СРК (абдоминальная боль, вздутие, нарушение стула) произошло в группах комбинированной терапии: у 95% получающих пробиотик с тримебутином и у 85% получающих пробиотик с закофальком. Коррекции дисбиотических изменений максимально удалось добиться в группе детей, также получающих комбинированную терапию пробиотиком с тримебутином или с закофальком.

**Заключение.** СРК у детей сопровождается дисбиозом и СИБР. Коррекция биоценоза с помощью пробиотиков приводит к уменьшению симптоматики СРК. Наибольшую эффективность имеет комбинированная терапия пробиотиком и тримебутином или пробиотиком и пребиотиком (закофальк).

## 53. Изменения кишечной микробиоты при ожирении у детей

Корниенко Е.А., Чистякова А.В., Типикина М.Ю.  
СПбГПМУ, Россия

**Цель:** оценка состояния микробиоценоза кала и признаков воспаления в кишечнике у больных с ожирением.

**Материал и методы:** 21 ребенок в возрасте от 6 до 17 лет с ожирением I и 2 степени. Всем проводились водородный дыхательный тест с лактулозой («Лактофан-2»), посев кала на дисбактериоз, фибросигмоскопия с биопсией, морфологическое исследование биоптатов, определение провоспалительных цитокинов IL-8, IFN- $\gamma$  в биоптатах, исследование уровня кальпротектина в кале.

**Результаты.** Признаки дисбиоза кишечника выявлены у всех больных: снижение бифидобактерий на 2-3 порядка, лактоцилл на 3-4 порядка, энтерококков на 2-3 порядка, типичной кишечной палочки на 1-2 порядка, превышение на 1-2 порядка атипичной кишечной палочки. УПФ была повышена у 12 детей: *Staphylococcus aureus* у 9, *Klebsiella pneumoniae* у 3. У 86% детей с ожирением был выявлен СИБР. Эндоскопически у большинства детей с ожирением (62%) были выявлены признаки дистального

колита: незначительная гиперемия, сгущение сосудистого русла, гиперплазия лимфоидных фолликулов. Изменения локализовались в прямой и сигмовидной кишках. Гистологические признаки хронического воспаления в биоптатах СОТК были обнаружены у 95% пациентов. Среди обследованных нами больных с ожирением уровень кальпротектина составил в среднем 49,7 мкг/г. У 23% больных был повышен уровень провоспалительного цитокина IL-8 – в среднем 172,7 пг/мл (норма менее 50 пг/мл), а уровень провоспалительного цитокина INF- $\gamma$  в СОТК был повышен у 52,3% больных и составил 319,5 пг/мл (норма менее 50 пг/мл).

**Заключение.** У всех детей с ожирением наблюдаются изменения кишечного микробиоценоза и СИБР. Гистологически у большинства обнаружен микроскопический хронический дистальный колит с повышением уровня провоспалительных цитокинов в СОТК.

## 54. Инсулинорезистентность, полиморфизм аллелей C282Y, H63D гена HFE, формирование нарушений порфиринового обмена при неалкогольной жировой болезни печени

Кривошеев А.Б., Максимов В.Н., Воевода М.И.,  
Куимов А.Д., Безрукова А.А., Даниленко Д.Б.,  
Куприянова Л.Я., Кондратова М.А.  
Новосибирский ГМУ, НИИ терапии СО РАМН,  
Новосибирск, Россия, e-mail: krivosheev-ab@narod.ru

**Цель исследования:** изучить частоты мутаций C282Y и H63D в ген HFE, инсулинорезистентность и нарушение порфиринового обмена при неалкогольной жировой болезни печени (НАЖБП).

**Материалы и методы.** Наблюдали 57 больных (средний возраст  $(48,7 \pm 2,6)$  года). Определяли показатели порфиринового обмена методом хроматографии с помощью тест-набора «Biosystems» (Испания), иммунореактивный инсулин (ИРИ) с помощью тест-системы «Immulite» (США), базальный уровень гликемии и рассчитывали индекс инсулинорезистентности Homeostasis Model Assessment (НОМА-IR). Частоты аллелей C282Y и H63D определяли в ходе молекулярно-генетического анализа ДНК при помощи ПЦР с последующим ПДРФ анализом.

**Результаты.** Нарушения порфиринового обмена зарегистрированы у 39 больных (68,4%) в виде повышения предшественников порфиринов и фракций порфиринов. Замены C282Y и H63D в гене HFE обнаружены у 16 больных (28,1%). У большинства из них (12 человек, 75%) имелись различные варианты порфиринового дисметаболизма на фоне инсулинорезистентности (индекс НОМА-IR более 5). В группе больных (41 человек) с нормальными гомозиготными генотипами C282C и H63H с нормальным (14 человек, 34,2%) и нарушенным (27 человек, 65,8%) обменом порфиринов инсулинорезистентность имела место, но индекс НОМА-IR был менее 4.

**Выводы.** Нарушения в обмене порфиринов характеризовались неспецифическими изменениями и наблюдались у большинства обследованных – в 68,4% случаев. Расстройства порфиринового обмена чаще регистрировались у больных с заменами C282Y и H63D в ген HFE и сопровождалась более высоким уровнем инсулинорезистентности.

## 55. Потенциальные возможности применения отечественных пробиотических препаратов для коррекции дисбиоза у больных колоректальным раком

Кутлиева Г.Д., Элова Н.А., Исламов Х.Д., Караходжаев Б.,  
Хакимов А.М.  
Институт микробиологии АН РУз, Республиканский  
Онкологический научный центр МЗ РУз, Ташкент,  
Республика Узбекистан, e-mail: aziz0761@gmail.com

Актуальность проблемы: распространенность и неуклонный рост заболеваемости колоректальным раком, наличие отягощающего влияния массивной химио- и лучевой терапии на состояние микрофлоры толстой кишки послужили основанием для проведения исследований у больных с данной патологией.

**Цель и задачи исследований:** изучение микрофлоры кишечника больных колоректальным раком, проведение диагностики дисбиоза с последующей коррекцией отечественными пробиотическими препаратами.

**Материалы и методы.** Начаты микробиологические исследования микробиоценоза кишечника больных раком толстой кишки. Исследования проводятся на базе РОНЦ МЗ РУз в отделении онкоколопроктологии. Объектом исследования послужили 20 больных с колоректальным раком в возрасте 40-75 лет. Для определения дисбактериоза кишечника были отобраны образцы фекалий. Обследования проводили до и после курса лечения. Все микробиологические исследования были проведены в баклаборатории СЭС МСО МЗ РУз.

**Результаты исследований.** Полученные первые результаты свидетельствуют о выраженном дисбактериозе. У всех обследованных был выявлен дисбиоз кишечника 3-4 степени. Из микрофлоры толстой кишки были выделены условно патогенные микроорганизмы: *Enterococcus faecalis* ( $8,9 \log_{10}$  КОЕ/г) – 58%, *Klebsiella pneumoniae* ( $7 \log_{10}$  КОЕ/г) – 18%, *Proteus vulgaris* ( $5,7 \log_{10}$  КОЕ/г) – 10%, *Staphylococcus aureus* ( $4,6 \log_{10}$  КОЕ/г) – 10%, *Candida spp.* ( $6 \log_{10}$  КОЕ/г) – 2%, *Pseudomonas aeruginosa* ( $6 \log_{10}$  КОЕ/г) – 2%. Доля условно патогенных видов при колоректальном раке возросла до 40% по сравнению с 17% у здоровых. У больных колоректальным раком облигатные виды составили 40%, а не 70,1%, как у здоровых. Наиболее стойкими к изменившимся условиям существования оказались кишечные палочки с типичными свойствами, высеваемые у 95,5% больных и сохраняющие концентрацию, близкую к нормальной ( $7 \log_{10}$  КОЕ/г). У 6 больных из 20 наблюдается увеличение лактозагативных кишечных палочек в 2-10 раз. У всех больных отмечено отсутствие лактобактерий (100%), которых в норме должно быть не менее  $10^7$ - $10^8$  КОЕ/г. Бифидобактерии отсутствовали или титр их был очень низким –  $10^1$ - $10^2$  КОЕ/г (в норме до  $10^9$  КОЕ/г). Следует отметить, что лакто- и бифидобактерии являются основными антагонистами патогенов и их низкое количество или отсутствие влечет за собой тяжелые последствия. Коррекцию проводили индивидуально в соответствии с данными бактериологических исследований, используя отечественные препараты «Лактобактерин», «Бифидумбактерин», «Колибактерин» и «Бификол». Для каждого больного был назначен индивидуально пробиотический препарат и его дозировка. Получены первые положительные результаты по восстановлению нормофлоры кишечника. Установлено, что у 80% леченных больных наблюдается изменение течения заболевания в положительную сторону, что связано с восстановлением нормофлоры толстой кишки (титр клеток лакто- и бифидобактерий был восстановлен до  $10^7$ - $10^8$  КОЕ/г). Количество условно патогенных бактерий находится в пределах допустимой нормы.

**Вывод.** Результаты клинических испытаний показали эффективность отечественных пробиотических препаратов для коррекции дисбиотического состояния больных. Коррекция микрофлоры кишечника больных колоректальным раком способствует повышению эффективности лечения, профилактике осложнений после операций, а так же улучшению состояния больных.

## М

56. <sup>13</sup>C-, <sup>14</sup>C-, NH<sub>3</sub>-мочевинный дыхательный тест в диагностике *H.pylori*-ассоциированных заболеваний  
Центральная клиническая больница № 6 ОАО «РЖД», Москва, Россия  
Масев И.В., Самсонов А.А., Рапопорт С.И., Гречушников В.Б., Сакович Л.В.

**Цель исследования:** сравнительная оценка информативности различных методов мочевинового дыхательного теста (МДТ) в диагностике *H.pylori*-ассоциированных заболеваний.

**Материал и методы.** Выявление *H.pylori* в желудке проведено с помощью МДТ у 106 больных (47 (44,3%) мужчин и 59 (55,7%) женщин). Средний возраст больных составил (48,2±4,1) года. После МДТ всем больным проведена ЭГДС. *H.pylori* в биоптатах

определялся гистологическим методом. Определение *H.pylori* с помощью «Хелик-тест» (индикаторные трубки) проведено у 50 больных. У 30 проведены сравнительные исследования определения *H.pylori* гистологическим методом и <sup>13</sup>C-МДТ. Детекция <sup>13</sup>CO<sub>2</sub> в пробах воздуха выполнялась на газовом анализаторе IRIS (Германия). У 16 больных проведены сравнительные исследования определения *H.pylori* с использованием <sup>13</sup>C-МДТ и NH<sub>3</sub>-МДТ с последующим гистологическим определением *H.pylori*. Измерение концентрации NH<sub>3</sub> выполняли газоанализатором «Helico Sense» («НТП "ТКА"», Санкт-Петербург). У 10 проведены сравнительные исследования по одновременному определению *H.pylori* тремя МДТ: NH<sub>3</sub> с использованием прибора «Хелик-аппарат» (АМА, Санкт-Петербург) и двух изотопных МДТ <sup>13</sup>C и <sup>14</sup>C. Для проведения <sup>14</sup>C-МДТ использовали препарат <sup>14</sup>C-Уреакпс. Радиоизотопный анализ полученных проб проводили на жидкостном сцинтилляционном счетчике. Результаты, полученные при проведении МДТ, сопоставлялись между собой и с результатами гистологических методов обнаружения *H.pylori*. Анализ информативности методов проводился по критериям: чувствительность, специфичность, точность.

Результаты проведенных исследований подтверждают имеющиеся в литературе сведения о большей информативной ценности <sup>13</sup>C- и <sup>14</sup>C-МДТ как методов диагностики *H.pylori*. Методики NH<sub>3</sub>-МДТ несложны, не требуют дорогостоящих препаратов и приборов, но их диагностическая точность составляет 72%, что необходимо учитывать при скрининге патологии, ассоциированной с *H.pylori*. Диагностические свойства <sup>14</sup>C-МДТ достаточно высоки и близки к результатам <sup>13</sup>C-МДТ и гистологии. Однако в отличие от методик <sup>13</sup>C-МДТ и с NH<sub>3</sub>-МДТ, проведение этого МДТ в России требует соблюдения условий транспортировки, хранения, работы и утилизации радиоактивных препаратов и отрицательно воспринимается пациентами. Чувствительность NH<sub>3</sub>-МДТ находится на уровне 54%, а <sup>13</sup>C-МДТ – 84%. Специфичность NH<sub>3</sub>-МДТ составила 62%, <sup>13</sup>C-МДТ – 83,3%.

## 57. Влияние эстрогена на секрецию липидов с желчью

Макарчук Н.Е., Боровец О.В., Бондзик Е.В., Решетник Е.Н., Весельский С.П.

Киевский национальный университет им. Тараса Шевченко, Украина, reshetnik74@mail.ru

**Цель исследования:** учитывая эффективное регуляторное воздействие эстрогенов на метаболизм липидов и причастность этих гормонов к развитию связанных с липидным обменом патологий, целью исследования стало выявление особенностей действия эстрогена на секрецию липидов с желчью у самок крыс.

**Материал и методы.** Исследования проведены на самках белых беспородных крыс (180-250 г) после 18-20 часов пищевой депривации. В острых опытах с использованием для наркоза тиопентала натрия (5 мг/100 г, внутривенно) животным канюлировали желчный проток и внутрипортально вводили эстроген (8 мг/100 г), растворенный в 200 мкл физиологического раствора. Животным контрольной группы в аналогичных условиях в воротную вену вводили 200 мкл физиологического раствора. В шести пробах желчи, собранных на протяжении трех часов опыта, методом тонкослойной хроматографии определяли содержание фосфолипидов, холестерина и его эфиров, свободных жирных кислот, триглицеридов.

**Результаты.** Под действием эстрогена к концу опыта концентрация фосфолипидов в желчи уменьшается на 22,95% (p<0,001), холестерина – на 27,05% (p<0,001). После внутривенного введения эстрогена наблюдается также снижение концентрации свободных жирных кислот и эфиров холестерина. Эстроген приводит к увеличению концентрации в желчи крыс триглицеридов на 22,5-30,2% (p<0,05). Значения холатахолестеринового коэффициента желчи при воздействии эстрогена составляют 15,95-21,70, тогда как в контроле этот показатель равен 15,83-18,29.

**Вывод.** Эстроген при однократном внутрипортальном введении в использованной дозе (8 мг/100 г) влияет на процессы обмена и транспорта липидов желчи, не увеличивая при этом ее литогенности.

**58. Изменение спектра желчных кислот в желчи крыс при экспериментальном хроническом алкогольном панкреатите**

Макарчук Н.Е., Горенко З.А., Гринченко О.А., Весельский С.П., Бабан В.Н.  
НИИ физиологии имени академика Петра Богача УНЦ «Институт биологии» Киевского национального университета им. Тараса Шевченко, Украина, geminiz@ukr.net

Эксперименты проведены на самцах белых лабораторных крыс с исходной массой тела 170-200 г. Хронический алкогольный панкреатит у крыс моделировали путем употребления животными 20%-ного раствора этанола в качестве единственного источника питья в течение 13 недель. Животные контрольной группы употребляли водопроводную воду без ограничений. Через 24 часа после окончания алкоголизации животных анестезировали уретаном (1 г/кг массы тела), и после лапаротомии в проксимальный отдел общего желчного протока вставляли полиэтиленовую канюлю для сбора желчи. В течение 3 часов опыта получали шесть 30-минутных порций желчи, учитывая их объем в микролитрах. В каждой отобранной пробе желчи методом тонкослойной хроматографии определяли концентрации отдельных желчных кислот. Результаты наших исследований показали, что при экспериментальном хроническом алкогольном панкреатите у крыс наблюдается статистически значимое увеличение объема секретруемой желчи во всех получасовых промежутках времени. Всего за три часа опыта желчи выделилось на 51,2% ( $p < 0,01$ ) больше, чем у интактных животных. При этом отмечают следующие изменения желчнокислотного спектра: значительно возрастает концентрация конъюгированных с глицином и таурином желчных кислот, что происходит в основном за счет увеличения концентрации дигидроксихололатов. При этом показатели концентрации конъюгированных тригидроксихололатов, а также свободных желчных кислот не имеют статистически достоверных изменений по сравнению с контролем. Такие изменения желчнокислотного спектра свидетельствуют об угнетении процессов гидроксирования в гепатоцитах при экспериментальном хроническом алкогольном панкреатите у крыс.

**59. Аминокислотный состав слюны при реактивном гепатите, холецистите и панкреатите**

Макарчук Н.Е., Дяченко В.Л., Весельский С.П., Решетник Е.Н.  
Киевский национальный университет им. Тараса Шевченко, Украина, reshetnik74@mail.ru

**Цель исследования:** установить изменения содержания отдельных аминокислот в слюне больных реактивным гепатитом, холециститом и панкреатитом.

**Материал и методы.** С помощью хроматографического метода в пробах слюны, собранных натощак у 23 больных, страдающих реактивным гепатитом, холециститом и панкреатитом, определено содержание 12 отдельных фракций аминокислот.

**Результаты.** В слюне больных реактивным гепатитом, холециститом и панкреатитом снижено содержание гистидина и таурина в 2,4 раза ( $p < 0,001$ ) – ( $0,07 \pm 0,06$ ) мг% относительно ( $0,17 \pm 0,06$ ) мг% у 18 здоровых добровольцев, аргинина и серина на 28,75% ( $p < 0,05$ ) – ( $4,98 \pm 3,70$ ) мг% у больных и ( $6,99 \pm 1,30$ ) мг% в контроле, а также аспарагиновой кислоты и глицина на 51,46% ( $p < 0,05$ ) – ( $2,82 \pm 2,16$ ) мг% у больных и ( $5,81 \pm 1,47$ ) мг% в контрольной группе. В то же время содержание глутаминовой кислоты и треонина у обследованных больных увеличено до ( $8,78 \pm 6,28$ ) мг%, на 84,84% ( $p < 0,001$ ) относительно контроля – ( $4,75 \pm 0,99$ ) мг%. Выше контрольных значений также концентрации аланина и метионина – ( $1,42 \pm 1,01$ ) мг%, на 158,18% ( $p < 0,001$ ) больше контроля – ( $0,55 \pm 0,17$ ) мг% и лейцина и триптофана – ( $0,69 \pm 0,47$ ) мг%, на 81,58% ( $p < 0,01$ ) больше, чем в контрольной группе – ( $0,38 \pm 0,11$ ) мг%.

**Заключение.** Установлено, что при реактивном гепатите, холецистите и панкреатите снижается содержание в слюне гистидина, таурина, аргинина, серина, аспарагиновой кислоты, глицина и

увеличивается содержание глутаминовой кислоты, треонина, аланина, метионина, лейцина и триптофана. Это указывает на существенное изменение белкового и аминокислотного обмена. Исследование аминокислотного состава слюны может предоставить ценную дополнительную информацию для разработки максимально эффективной тактики лечения комплекса указанных патологий.

**60. Желчсекреторная функция печени крыс при экспериментальном сахарном диабете**

Макарчук Н.Е., Цапенко П.К., Можитова А.А., Лященко Т.П., Весельский С.П.  
НИИ физиологии им. акад. Петра Богача УНЦ «Институт биологии» Киевского национального университета им. Тараса Шевченко, Украина, e-mail: tsapenkopetr@yahoo.com

Поражение печени является одной из самых частых патологий при сахарном диабете. Однако патогенез заболеваний печени при diabetes mellitus остается неизученным, а данные, полученные разными авторами, противоречивы. Вышеперечисленное и обусловило цель настоящей работы: изучить изменения желчсекреторной функции печени на фоне сахарного диабета.

Опыты проведены на самцах белых лабораторных крыс массой 100-150 г. Сахарный диабет вызывали подкожным введением аллоксана («Sigma», США) в дозе 150 мг/кг. Через две недели после введения аллоксана (на 15-16-е сутки) у наркотизированных тиопенталом (50 мг/кг) крыс проводили лапаротомию и канюлировали желчный проток. На протяжении 3 часов опыта каждые 10 мин собирали секрет, определяя скорость желчтока в мкл. В полученном секрете по методу Весельского С.П. хроматографически определяли количественный и качественный состав желчных кислот и липидных компонентов. Контролем служили животные, которым вместо аллоксана подкожно вводили физиологический раствор.

Результаты наших исследований показали, что скорость желчтока у крыс с экспериментальной моделью сахарного диабета значительно выше ( $p < 0,05$ ), чем в контрольной группе. Содержание желчных кислот статистически достоверно не отличалось у крыс экспериментальной и контрольной групп, но у животных с аллоксановой моделью во всех пробах наблюдалось повышенное содержание фосфолипидов (на 200%,  $p < 0,05$ ), холестерина (на 90-100%,  $p < 0,05$ ) и свободных жирных кислот (на 60-70%,  $p < 0,05$ ) относительно контрольной группы. Содержание триглицеридов и эфиров холестерина не отличалось от контрольных значений.

Таким образом, наши результаты свидетельствуют о том, что с развитием сахарного диабета возрастает объем выделяемой желчи, что может быть связано с возрастанием ее осмолярности. Характер изменений содержания липидных компонентов в желчи крыс с моделью сахарного диабета I типа указывает на возрастание литогенности секрета и лизис гепатоцитов.

**61. Новые возможности в терапии алкогольной болезни печени**

Минушкин О.Н., Масловский Л.В., Иванова О.И.  
УНМЦ УД Президента РФ, Москва, Россия

**Цель исследования:** оценка эффективности и безопасности препарата «Резалют Про» в дозе 2 капсулы 3 раза в день в течение 1 месяца у больных хроническим алкогольным стеатогепатитом легкого и среднетяжелого течения по клиническому, биохимическим, ультразвуковым показателям, и оценке качества жизни.

**Материалы и методы.** Наблюдались 20 пациентов с хроническим алкогольным стеатогепатитом легкого и среднетяжелого течения. Соотношение мужчины / женщины было 1/1, средний возраст составил ( $48,0 \pm 11,8$ ) года, средняя продолжительность заболевания – ( $6,3 \pm 5,0$ ) года. Проводили оценку клинических, биохимических, ультразвуковых (УЗИ) показателей и качества жизни (по опроснику SF-36).

**Результаты.** После лечения наблюдалось полное исчезновение чувства горечи во рту, дискомфорта (боли) в правом подреберье,

слабости и утомляемости или снижение их выраженности до слабой степени. Уровень трансаминаз, гаммаглутаматтранспептидазы, холестерина достоверно снизился. Значимых изменений концентраций щелочной фосфатазы, билирубина (исходно нормальных), триглицеридов в сыворотке крови не было. Отметим рост всех показателей качества жизни, из них достоверно увеличились такие параметры, как интенсивность боли (BP), общее состояние здоровья (GH), социальное функционирование (SF). Полная нормализация показателей цитолиза и холестаза была получена у 13 (65%) пациентов, у 7 (35%) больных показатели существенно снизились, однако не достигли нормальных значений. Размеры печени по данным УЗИ не менялись.

**Выводы.** Монотерапия препаратом «Резалют Про» в дозе 2 капсулы 3 раза в день в течение 1 месяца больных хроническим алкогольным стеатогепатитом легкого и среднетяжелого течения была эффективной. Препарат обладает как гепатопротективным, так и гипохолестеринемическим эффектом. Избранные дозы и продолжительность лечения достаточны для подобных больных. Коррекция гиперлипидемии, по всей вероятности, требует более продолжительного лечения.

- 62. Изучение образа жизни семьи больных хроническим панкреатитом с метаболическим синдромом**  
Михайлова О.Д., Григус Я.И., Булычев В.Ф.  
Ижевская ГМА, Россия, e-mail: yagr@udmlink.ru

**Цель исследования:** изучить социальные и гигиенические особенности семей больных хроническим панкреатитом (ХП) с метаболическим синдромом (МС).

**Материалы и методы.** Обследованы 76 больных ХП с МС в возрасте 26-75 лет, мужчин 28, женщин 48. Диагноз ХП устанавливался в соответствии со Стандартами диагностики и лечения ХП (НОГР, 2010). Верификация МС проводилась согласно современным критериям ВНОК (2009). Характеристики семьи изучались с помощью специально разработанной анкеты. При обработке результатов использован метод корреляционного анализа.

**Результаты.** Большинство исследованных семей (71,1%) были нуклеарными, 15,6% опрошенных были холосты (не замужем), 15,6% вдовы. 52,6% респондентов оценивают свой брачный союз как счастливый, 26,3% – как у всех, 15,8% – как неудачный, 5,3% – как привычку. При обострении заболевания 31,2% опрошенных отметили отсутствие поддержки, равнодушие к их состоянию со стороны членов семьи. При изучении пищевых привычек выявлено, что ежедневно семья собирается за столом у 32,5% пациентов, у 36,4% – только по праздникам. В семьях 47,4% пациентов было принято выяснять отношения во время еды. В ответ на стресс у большинства респондентов (63,2%) происходит повышение аппетита, 42,1% позволяют себе перекусить, 27,3% – принять спиртное, если довольны собой. Выявлена прямая умеренная связь между наличием избыточного веса и повышением аппетита при стрессе ( $r=0,45$ ) и слабая ( $r=0,24$ ) – между наличием избыточного веса и привычкой перекусить в качестве поощрения.

**Заключение.** При проведении профилактических и диспансерных мероприятий необходимо учитывать социально-гигиенические и социально-психологические особенности семьи больных ХП в сочетании с МС.

- 63. Изучение уровня холецистокинина у больных хроническим панкреатитом**  
Михайлова О.Д., Тронина Д.В., Горбунов А.Ю.  
Ижевская ГМА, Россия

**Цель исследования:** изучить уровень холецистокинина у больных хроническим панкреатитом (ХП) и при сочетании его с метаболическим синдромом (МС).

**Материалы и методы.** Обследованы 38 больных билиарным ХП (у всех пациентов был либо хронический некалькулезный холецистит, либо первая стадия желчного камнеобразования), из них у 18 пациентов ХП был в сочетании с МС. Возраст обследованных составил 35-68 лет. Диагноз ХП устанавливался в соответствии со Стандартами диагностики и лечения ХП (НОГР, 2010).

Верификация МС проводилась согласно современным критериям ВНОК (2009). Базальный уровень холецистокинина определяли с помощью иммуноферментного анализа. Контрольную группу составили 20 практически здоровых лиц.

**Результаты.** Уровень холецистокинина составил у здоровых  $(5,2 \pm 0,7)$  нг/мл, при ХП он был существенно снижен – до  $(1,32 \pm 0,19)$  нг/мл, а после традиционной терапии (ингибиторы протонной помпы, спазмолитики, ферменты) наряду с улучшением клинической симптоматики и устранением гиперферментемии уменьшился до  $(0,72 \pm 0,22)$  нг/мл ( $p < 0,05$ ). Это можно расценить как положительный результат терапии, обеспечивающей функциональный покой поджелудочной железы. При сочетании ХП с МС концентрация холецистокинина была существенно снижена – до  $(0,66 \pm 0,18)$  нг/л – как в отношении контроля ( $p < 0,05$ ), так и в отношении больных ХП ( $p < 0,05$ ); в ходе лечения отмечена тенденция к ее увеличению до  $(0,84 \pm 0,23)$  нг/л.

**Заключение.** Полученные данные позволяют предположить, что снижение уровня холецистокинина как гормона пищевого поведения при ХП участвует в формировании МС.

- 64. Опыт применения адалимумаба у больных с тяжелой формой болезни Крона в Московской области**  
Морозова Н.А., Белоусова Е.А., Цодикова О.М.  
МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского, Москва, Россия

**Обоснование.** Применение антицитокиновой терапии, в частности адалимумаба (хумиры) у больных с тяжелой формой болезни Крона (БК) позволяет достичь клинической ремиссии, полностью отменить системные стероиды (СС), избежать повторных операций, значительно улучшить качество жизни каждого пациента.

**Цель исследования:** изучить эффективность терапии адалимумабом (АДА) у проживающих в Московской области больных с тяжелой формой БК.

**Материалы и методы.** Под наблюдением находилось 20 пациентов с БК в возрасте от 19 до 70 лет (средний возраст 34,4 года), М:Ж=11:9. Длительность заболевания составляла от 2 до 24 лет. Все пациенты до назначения биологической терапии получали системные стероиды (СС), 12 пациентов перенесли от 1 до 3 операций по поводу БК. Диагноз и клинические характеристики БК были оценены при полном клинико-инструментальном и лабораторном обследовании, включая обязательное определение уровня СРБ. Всем больным проводили скрининг на ТВС-инфекцию. АДА назначали в стандартной дозировке и по стандартной схеме: индукционный курс – 1 инъекция – 160 мг подкожно, 2 нед – 80 мг, 4 нед – 40 мг, затем по 40 мг каждые 2 недели. Длительность применения АДА составила от 1,5 мес до 2 лет. В комбинации с АДА все пациенты получали азатиоприн в дозе 2-2,5 мг/кг веса в сутки. Для оценки эффективности терапии применялся индекс Беста. До начала терапии он составлял 427-389 баллов.

**Результаты.** Улучшение было отмечено у всех пациентов. Уже после первой инъекции уменьшались боли в животе и диспепсические жалобы, снижалась температура, уменьшалась частота стула. После второго введения всем больным начинали снижать дозы СС, отменить СС у большинства больных удалось после 4-5-й инъекции. Индекс активности к 5-й инъекции АДА снизился более чем на 100 пунктов и колебался в пределах 190-235 баллов. Параллельно отмечено снижение уровня СРБ в 1,5-2 раза. За время лечения никто из больных не подвергался операции. Введение препарата хорошо переносили все пациенты, побочных эффектов не выявлено.

**Выводы.** Применение АДА у больных тяжелыми формами БК позволяет полностью отменить прием СС, снизить активность воспалительного процесса, избежать оперативных вмешательств при просветной форме БК, улучшить работоспособность и самочувствие пациентов.

- 65. Частота туберкулеза у пациентов с воспалительными заболеваниями кишечника, получающих инфликсимаб (ремикеид) в Московской области**  
Морозова Н.А., Белоусова Е.А., Цодикова О.М.  
МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского, Москва, Россия

Обоснование. Применение антицитокиновой терапии, в частности инфликсимаба, может привести к развитию ТВС-инфекции, что обусловлено иммуносупрессивным действием препарата.

Цель исследования: изучить частоту ТВС-инфекции в популяции больных ВЗК Московской области, получавших инфликсимаб (ремикеид).

Материалы и методы. Под наблюдением находился 71 пациент. Возраст больных составил от 18 до 54 лет (средний возраст 37,5 года), М:Ж=31:40. Среди обследованных 45 были с язвенным колитом (ЯК) и 26 с болезнью Крона (БК). Длительность заболевания составляла от 6 месяцев до 11 лет (средняя продолжительность 6,8 года). Длительность применения ремикеида варьировала от 6 месяцев до 5 лет, общая длительность лечения на всех больных составила 9248 пациенто-лет. Перед назначением ремикеида проводился полный скрининг на ТВС-инфекцию (рентгенография грудной клетки, диаскин-тест, опрос пациента для исключения его контакта с больными ТВС и консультация фтизиатра). На фоне лечения скрининг повторяли 1 раз в 6 месяцев. По данным статистики заболеваемость туберкулезом в России составляет 66 случаев на 100 000 населения и 46 случаев на 100 000 по Москве.

Результаты. За период наблюдения у 4 пациентов, получавших ремикеид, был выявлен активный туберкулез (около 0,05 на 100 пациенто-лет). У всех установлена легочная форма заболевания. В 3 случаях выявлена реинфекция ТВС, у 1 пациентки первичное инфицирование. С момента обнаружения ТВС ремикеид был отменен, проводилась туберкулостатическая терапия. При этом по поводу ВЗК больные получали 5-АСК в лечебных дозах. В одном случае препараты 5-АСК сочетали с азатиоприном.

Выводы. В эндемичных по ТВС регионах следует ожидать более высокого риска развития ТВС-инфекции при использовании биологических препаратов у больных ВЗК. Тем не менее, у наших больных частота ТВС не превышала показателей заболеваемости в других странах.

Мы полагаем, что выполнение скрининга на ТВС и повторение его каждые 6 месяцев является обязательной процедурой для пациентов, получающих биологическую терапию. Это снизит угрозу ТВС-инфекции у этой группы пациентов.

- 66. Влияние носительства *Helicobacter pylori* на динамику профилей цитокинов у больных с ишемической болезнью сердца различной степени выраженности**  
Москалев А.В., Павлов О.Н.  
Военно-медицинская академия, Санкт-Петербург, Россия,  
e-mail: sofiam@yandex.ru

Цель исследования: установить выраженность дисфункции профилей цитокинов у больных с ИБС.

Материалы и методы. Обследованы 150 больных с ИБС различной степени выраженности. Изучались профили цитокинов: IL-1 $\beta$ , IL-2, TNF $\alpha$ , IL-8 и MCP.

Результаты. Прогрессирование *H.pylori*-ассоциированного хронического активного воспаления слизистой оболочки во всех отделах желудка и ДПК у больных ИБС представляет собой патогенетический фактор иммуновоспалительного процесса дисфункции эндотелия системного кровотока, оказывающий повреждающее и активирующее действие на эндотелиоциты с разбалансировкой механизмов межклеточного взаимодействия.

Возникновение неблагоприятных исходов у больных ИБС сопряжено с сохраняющимися высокими уровнями профилей провоспалительных цитокинов и особенно IL-8. Сохраняющиеся уровни IL-8 в периоде динамического наблюдения являются прогностическим критерием развития повторных коронарных событий у больных ИБС.

Показатели IL-8, MCP-1 в сыворотке крови больных ИБС по сравнению с теми же показателями у здоровых людей были го-

раздо выше. Продукция хемокинов ассоциирована с носительством *Helicobacter pylori*.

У больных, которым проводилась эрадикационная терапия, профили провоспалительных цитокинов и хемокинов снижались пропорционально снижению выраженности воспаления. Через 12 месяцев динамического наблюдения рецидив ИБС был ассоциирован с ростом концентрации MCP-1 и IL-8.

- 67. Влияние носительства *Helicobacter pylori* на дисфункцию молекул эндотелия у больных с ишемической болезнью сердца различной степени выраженности**

Москалев А.В., Павлов О.Н.

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

Цель исследования: оценить влияние прогрессирования инфекции *Helicobacter pylori* на выраженность дисфункции и повреждение сосудистого эндотелия.

Материалы и методы. Обследованы 150 больных с ИБС различной степени выраженности. Изучались профили молекул дисфункции эндотелия: гомоцистеина, sP-селектина, молекул сосудистой адгезии (sVCAM-1), молекул межклеточной адгезии (sICAM-1).

Результаты. Возникновение неблагоприятных исходов у больных ИБС зависит от степени прогрессирования хеликобактериоза. Прогрессирующий хеликобактериоз является предиктором развития повторных коронарных событий. Прогнозирование возникновения неблагоприятного исхода у больных стабильной стенокардией сопряжено с повышением уровня sICAM-1. Для больных острым инфарктом миокарда значимым прогностическим критерием является уровень sICAM-1, снижение которого и не восстановление его до референтных значений повышает вероятность развития повторных коронарных событий в период после выписки из стационара.

Вывод. Эрадикация *H.pylori* у больных ИБС с прогрессирующим хеликобактериозом способствует стабилизации течения ИБС и может рассматриваться в качестве профилактики неблагоприятных исходов ИБС. Определение в периферической крови титра антител IgG к *H.pylori*, уровней гомоцистеина, VCAM-1 и sP-селектина является прогностическим критерием неблагоприятного исхода с развитием повторных коронарных событий у больных ИБС.

- 68. Детоксикационные и антиоксидантные эффекты гипохлорита натрия в терапии алкогольной болезни печени**

Мязин Р.Г.

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

Цель исследования: оценка лечебных эффектов гипохлорита натрия в терапии алкогольной болезни печени (АБП).

Материалы и методы. Проведено лечение 89 пациентов с АБП со стажем болезни (4,8 $\pm$ 0,7) года. До начала терапии в сыворотке крови у них отмечался рост показателей перекисного окисления липидов (ПОЛ), депрессия ферментов антиоксидантной защиты (АОЗ), активация показателей цитолиза, холестаза и мезенхимального воспаления. Растворы гипохлорита натрия синтезировались на аппарате ДЭО-01 МЕДЭК в концентрации 200 мг/л и вводились пациентам внутривенно капельно во флаконах по 400 мл в локтевую вену в виде монотерапии. На курс лечения проводилось от 3 до 7 ежедневных инфузий. До и после лечения в сыворотке крови исследовались показатели ПОЛ – малоновый диальдегид (МДА), диеновые конъюгаты (ДК), ферменты АОЗ – каталаза (Кат), супероксиддисмутазы (СОД), глутатионпероксидаза (ГП), маркеры цитолиза, холестаза и мезенхимального воспаления.

Результаты. Достоверный положительный эффект (p<0,05) после лечения гипохлоритом натрия отмечен у 76 больных, что составило 85,4% от группы. Уровень ПОЛ снижался: МДА на 32,3%, ДК на 35,3%. Концентрация ферментов АОЗ возрастала: Кат – на 20,7%, СОД – на 19,2%, ГП – на 29,4%. Цитолиз уменьшался за счет снижения активности АЛТ на 65,4%, АСТ на 69%, урoкани-

назы на 78,7% и гистидазы на 86,3%. Уровень общего билирубина снизился на 65%, его непрямая фракция на 56,2%. Отмечено снижение тимоловой пробы на 42,5% и церулоплазмينا на 19,2%. Пациенты отмечали прекращение болей в правом подреберье, улучшение аппетита и сна.

**Выводы.** Монотерапия гипохлоритом натрия при АБП достоверно корригирует процессы ПОЛ, ферменты АОЗ, цитолиз, холестаза, мезенхимальное воспаление, улучшает субъективное состояние пациентов. Метод лечения экономически доступен.

#### 69. Изучение динамики печеночных проб в эксперименте при моделировании острого токсического гепатита у крыс

Мязин Р.Г., Емельянов Д.Н., Снигур Г.Л., Чернышова М.В., Яшина В.Ю.  
Волгоградский ГМУ, Россия, e-mail: nacl@mail.ru

**Цель исследования:** оценить динамику печеночных проб у крыс в эксперименте при моделировании острого токсического гепатита.

**Материалы и методы.** Исследование проведено на 15 здоровых беспородных белых крысах средней массой 180 г. У 5 животных (контрольная группа) из подязычной вены забиралась кровь. Далее после центрифугирования в плазме определялись контрольные показатели нормальных печеночных проб: аланинаминотрансфераза (АЛТ), аспаргатаминотрансфераза (АСТ) и общий билирубин. Средний уровень АЛТ составил 67,5 ед., АСТ – 103,6 ед., общего билирубина – 5,3 мкмоль/л, что согласуется с литературными данными. У остальных 10 животных (опытная группа) до начала эксперимента также проведено исследование указанных печеночных проб, показатели которых совпали с данными контрольной группы. Затем опытной группе животных через зонд в желудок вводили 99% аллиловый спирт из расчета 1 мл вводимой жидкости, содержащей 0,0135 мл отравляющего вещества. За отравляющую дозу аллилового спирта было взято среднее значение 0,075 мл/кг веса крысы. Спустя несколько часов у всех 10 животных опытной группы повторно забирали кровь для оценки динамики печеночных проб.

**Результаты.** Получено 10 результатов возникновения острого токсического гепатита, подтверждающегося как клинически – признаками выраженной интоксикации у животных в первые часы после отравления (апатия к еде, отсутствие или слабая реакция на раздражители, пассивное поведение), так и лабораторно. Во всех десяти пробах крови прослеживалась четкая динамика увеличения уровней АЛТ, АСТ и общего билирубина в 1,5-2,5 раза.

**Выводы.** При моделировании острого токсического гепатита у крыс подтверждено развитие синдромов цитолиза и холестаза.

## Н

#### 70. Оценка состояния желудка и двенадцатиперстной кишки на фоне патологии печени у работников объекта «Укрытие» ЧАЭС

Незговорова Г.А.  
ННЦРМ НАМН Украины, Киев, Украина,  
e-mail: DoktorGalina@ua.fm

**Цель исследования:** оценить изменения слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки на фоне заболеваний печени у лиц, допущенных к выполнению работ в условиях риска инкорпорации трансураниевых элементов ( $^{238}\text{Pu}$ ,  $^{239}\text{Pu}$ ,  $^{240}\text{Pu}$ ,  $^{241}\text{Pu}$ ,  $^{241}\text{Am}$ ), а также  $^{90}\text{Sr}$ ,  $^{137}\text{Cs}$  на объекте «Укрытие» ЧАЭС, до и после выполнения работ, при выявлении повышенного уровня радионуклидов в биоматериале на биофизическом контроле.

**Материал и методы.** Обследованы 260 человек в возрасте от 20 до 55 лет ( $37,2 \pm 3,5$ ), которые прежде не работали в условиях радиационного риска. Состояние желудка, двенадцатиперстной кишки и гепатобилиарной системы оценивалось на основании клинико-anamnestических данных, результатов эзофагогастродуоденофиброскопии, эхосонографии органов брюшной полости, лабораторных исследований крови.

**Результаты.** Изменение категории здоровья допуска к работам на объекте «Укрытие» у обследованного контингента на повторном медицинском контроле было связано в большинстве случаев с обострениями уже имеющихся хронических воспалительных заболеваний желудка и двенадцатиперстной кишки: эрозивный гастрит (12,5%) и эрозивный дуоденит (22,9%), обострение язвенной болезни в виде эрозивно-язвенных изменений желудка (3%), двенадцатиперстной кишки (11,3%), с впервые диагностированной язвой луковицы двенадцатиперстной кишки – у 4% обследованных. Эрозивные изменения слизистой оболочки гастродуоденальной зоны (в виде афтозных эрозий), преимущественно с локализацией в двенадцатиперстной кишке, чаще выявлялись в сочетании с гепатитами минимальной или средней степени активности, невирусного генеза – у 17% обследованных.

**Выводы.** Развитие или обострение имеющихся хронических заболеваний желудка и двенадцатиперстной кишки у лиц, осуществляющих работы по преобразованию объекта «Укрытие» ЧАЭС в экологически безопасную систему, следует рассматривать как результат действия комплекса негативных факторов, среди которых патология печени выступает как одно из ведущих звеньев патогенетической цепи, формирующей основу структурно-функциональных изменений, приводящих к развитию хронических заболеваний желудочно-кишечного тракта, что обуславливает необходимость проведения соответствующих профилактических и лечебных мероприятий.

#### 71. К вопросу разработки биопрепаратов с пробиотическим и специфическим антибактериальным действием

Несчислав В.А., Стукова Г.И., Крылова Т.В., Лыско К.А., Функнер Е.В.  
Филиал НПО «Микроген» Пермское НПО «Биомед»,  
Россия, e-mail: neschislavew@gmail.com

Пробиотики и бактериофаги хорошо зарекомендовали себя в терапии заболеваний, связанных с дисбиотическим состоянием макроорганизма и избыточным ростом или персистенцией условно патогенных микроорганизмов. Представляется рациональным создание комплексных препаратов, объединяющих указанные лекарственные средства, но проблемой является недостаточная технологическая совместимость клеточных пробиотиков и фаговых культур. Более перспективным представляется сочетание метаболитных пробиотических комплексов и фагов.

**Цель исследования:** оценить свойства смеси экзометаболитных комплексов производственных штаммов лакто- и бифидобактерий и фильтратов фаголизатов условно патогенных бактерий.

**Материалы и методы.** рН смеси определяли потенциометрически, неспецифическую антибактериальную активность – с помощью экспресс-теста ингибирования биоломинесценции генно-инженерного штамма *E.coli lum*<sup>+</sup> (патент РФ № 2187801, 1999), специфическую активность бактериофага – титрованием по методу Аппельмана.

**Результаты.** Предварительные исследования свидетельствуют о возможности обеспечить оптимальные значения рН для обоих компонентов и использовать более широкий спектр способов их стабилизации. Эксперименты по количественному соотношению компонентов выявили наличие сочетанного антибактериального действия, как специфического, так и неспецифического, что делает возможным получение композиции с более выраженным ингибирующим влиянием на традиционные тест-штаммы.

**Заключение.** Смеси экзометаболитов производственных штаммов лакто- и бифидобактерий и фильтратов фаголизатов условно патогенных бактерий могут быть использованы при создании комплексных препаратов для лечения кишечных инфекций и нормализации состава микробиоценозов организма человека.

## 72. Метаболический профиль микробного гомеостаза кишечника у детей второго полугодия жизни

Носкова О.Ю., Григорович М.С., Ардатская М.Д., Дудырева Э.В., Попонина М.В.  
Кировский детский городской клинический лечебно-диагностический центр (каф. семейной медицины), Кировская ГМА, Россия

**Цель исследования:** оценить процессы становления микрофлоры кишечника у здоровых детей второго полугодия жизни.

**Материалы и методы.** Под наблюдением находились 103 практически здоровых ребенка в возрасте от 8 до 12 месяцев. Всем пациентам проводились общеклинические исследования в эпикризные сроки, копроцитологическое, микробиологическое и биохимическое (короткоцепочечные жирные кислоты – КЖК) исследование кала для оценки микробиоценоза.

**Результаты** бактериологического исследования кала детей выявили признаки микробиологических нарушений в 99% случаев, с преобладанием дисбактериоза 2 и 3 степени. При оценке уровня КЖК зарегистрированы 2 типа изменений. Для большинства детей (70%) характерен анаэробный тип нарушений с повышением относительного содержания пропионовой и масляной кислот, тенденцией к снижению суммарного абсолютного содержания кислот до  $(4,15 \pm 1,32)$  мг/г и недостоверным снижением суммарного относительного содержания изокислот, отклонением анаэробного индекса (АИ) в отрицательную область до  $(0,504 \pm 0,031)$  ед. в сравнении с референсными показателями. При аэробном типе изменений (30% детей) отмечается выраженная тенденция к снижению суммарного содержания кислот до  $(3,11 \pm 1,16)$  мг/г, повышение относительного количества уксусной кислоты и суммарного относительного содержания изокислот, смещение АИ в область слабо отрицательных значений – до  $(-0,164 \pm 0,010)$  ед. При обоих типах наблюдается резкое увеличение продукции изовалериановой кислоты.

**Выводы.** Полученные данные могут быть использованы для поиска путей рациональной (диетической) коррекции процессов становления микробиоценоза кишечника у детей второго полугодия жизни в зависимости от типа метаболических нарушений.

## О

## 73. Особенности клиничко-эндоскопических проявлений целиакии, ассоциированной с синдромом дисплазии соединительной ткани

Орешко Л.С., Соловьева Е.А., Сушкова Е.А.  
Северо-Западный ГМУ им. И.И. Мечникова, Санкт-Петербург, Россия, e-mail: oreshkol@yandex.ru

**Цель:** оценить влияние дисплазии соединительной ткани на активность воспалительного процесса у больных целиакией.

**Введение.** Целиакия представляет собой хроническое мультифакториальное заболевание с наследственной предрасположенностью, которое протекает с поражением кишечника и других систем организма. Изучение генетических основ предрасположенности к целиакии, связанное с HLA-системой, показало, что носительство определенных HLA-антигенов у пациентов с целиакией сопряжено с признаками дисплазии соединительной ткани. Соединительная ткань в организме выполняет структурообразующую функцию, которая проявляется уже в эмбриональном периоде и оказывает влияние на дифференцировку и организацию тканей на протяжении онтогенеза. Фенотипические и органические диспластикозависимые проявления связаны с преимущественным поражением плотной и рыхлой соединительной ткани, именно этим объясняются нарушения формообразования костной и хрящевой тканей, поражений кожи, сосудистых и клапанных образований сердца, дыхательной и пищеварительной систем. Выделяют недифференцируемые дисплазии соединительной ткани, которые имеют признаки, не соответствующие определенным диагностическим критериям, и подобно дифференцированным синдромам (Марфана, Элерса – Данло) характеризуются многими клиническими симптомами, обусловленными распространенностью соединительной ткани в

организме и развитием функциональной недостаточности одного или нескольких органов, системы в целом (Земцовский Э.В., 2008 г., Нечаева Г.И., 2006 г.). Малые аномалии развития соединительной ткани представляют собой врожденные отклонения органов от нормального анатомического строения, что не ведет к клинически значимым нарушениям их функции, однако указанные дисплазии оказывают влияние на раннее начало заболеваний желудочно-кишечного тракта, выраженность абдоминальных болей, степень иммуно-воспалительных изменений слизистой оболочки желудка и кишечника, затяжное течение репаративных процессов.

**Материалы и методы.** Обследованы 48 пациентов с целиакией. Средний возраст обследованных 30,6 года (от 18 до 57 лет).

Среди обследованных с целиакией у 21 человека были выявлены признаки недифференцированной дисплазии, у 14 пациентов обнаружены малые аномалии развития соединительной ткани, не имели признаков дисплазии 13 больных. Верификация недифференцированной дисплазии соединительной ткани проводилась по внешним фенотипическим и висцеральным признакам.

Всем пациентам проведены эзофагогастродуоденоскопия, гистологическое и морфометрическое исследование, УЗИ органов брюшной полости.

**Результаты.** Результаты проведенного исследования показали, что больные предъявляли разнообразные жалобы: 26 (54,17%) пациентов предъявляли жалобы на вздутие живота и метеоризм, 26 (54,17%) – на расстройство стула; 22 (45,83%) – на абдоминальные боли; 6 (12,50%) – на изжогу; 9 (18,75%) – на отрыжку; 5 (10,42%) – на тошноту; 3 (6,25%) – на ощущение горечи во рту; 8 (16,67%) – на кожные высыпания; у 4 (8,3%) имела место невынашиваемость беременности. У больных, имеющих дисплазию соединительной ткани, чаще встречались такие признаки, как нарушение осанки (сколиоз, лордоз, кифоз) – у 18 (85,70%), гипермобильность суставов – у 12 (57,14%), варикозная болезнь – у 5 (23,80%), слабость мышц живота – у 11 (52,38%), астенический тип телосложения – у 10 (47,62%), деформация грудной клетки – у 3 (14,28%), нарушение зрения – у 5 (23,80%), пролапс митрального клапана – у 16 (76,19%), деформация желчного пузыря – у 7 (33,33%), недостаточность кардии – у 7 (33,33%), ГПОД – у 3 (14,27%), нарушение положения и развития почек – у 3 (14,28%). У пациентов с малыми аномалиями развития наблюдались следующие признаки нарушение осанки (сколиоз, лордоз, кифоз) – у 4 (28,57%), астенический тип телосложения – у 5 (35,71%), пролапс митрального клапана – у 2 (14,29%), недостаточность кардии – у 8 (57,14%), ГПОД – у 2 (14,29%).

При гистологическом исследовании биоптатов слизистой оболочки двенадцатиперстной кишки выявлено, что у больных без признаков дисплазии наблюдался хронический дуоденит низкой степени активности, в то время как у больных с признаками дисплазии и малыми аномалиями хронический дуоденит протекал с умеренной и высокой степенью активности. Результаты морфометрического исследования показали, что у больных, не имеющих признаков дисплазии соединительной ткани, стадии изменений слизистой оболочки двенадцатиперстной кишки соответствовали инфильтративной стадии по March. У пациентов с дисплазией и малыми аномальными признаками наблюдались изменения, соответствующие гиперпластической и деструктивной стадиям.

**Выводы.** У больных целиакией выявлены внешние фенотипические и висцеральные признаки недифференцированной дисплазии соединительной ткани, а именно, нарушение зрения, плоскостопие, нарушение осанки (кифоз, лордоз, сколиоз), гипермобильность суставов, варикозная болезнь, слабость мышц живота, астенический тип телосложения, деформация грудной клетки, пролапс митрального клапана, деформации и аномалии строения и положения внутренних органов, недостаточность кардии, ГПОД.

Установлено, что степень активности хронического дуоденита и выраженность изменений слизистой оболочки двенадцатиперстной кишки зависит от наличия признаков дисплазии ( $p < 0,05$ ).

#### 74. Этиопатогенетические механизмы формирования синдрома раздраженного кишечника с внекишечными проявлениями

Осадчук М.А.<sup>1</sup>, Бурдина В.О.<sup>1</sup>, Кветной И.М.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Первый МГМУ Москва, <sup>2</sup>НИИ акушерства и гинекологии им. Д.О. Отта РАМН, Санкт-Петербург, Россия

**Цель:** определить этиопатогенетическую роль эндокринных клеток толстой кишки, продуцирующих мотилин, в формировании синдрома раздраженного кишечника с внекишечными проявлениями.

**Материалы и методы.** В динамике (в периоде обострения и ремиссии) обследованы 116 пациентов с синдромом раздраженного кишечника (СРК). Все пациенты разделены на 2 группы: первая группа – пациенты с СРК с преобладанием запоров (СРК-З), вторая – больные СРК с преобладанием диареи (СРК-Д). Группу сравнения составили 25 практически здоровых человек. Всем обследованным выполнялась эзофагогастродуоденоскопия (ЭГДС) аппаратом фирмы «Olympus» с прицельной биопсией слизистой оболочки из средней трети сигмовидной кишки. Для верификации эпителиоцитов желудка, иммунопозитивных к мотилину, применяли моноклональные антитела фирмы ICN, Costa Mesa, USA (титр 1: 200). Лечение всех пациентов проводилось в соответствии с Римскими критериями III.

**Результаты.** Определяется прямая зависимость между функциональной морфологией эндокринных клеток, секретирующих мотилин, и формированием патологии СРК с внекишечными проявлениями. Так, значительное уменьшение числа эндокринных клеток, иммунопозитивных к мотилину, наблюдалось в первой группе пациентов с СРК-З. Гиперплазия и гиперфункция эндокринных клеток, продуцирующих мотилин, констатировалась у пациентов второй группы СРК-Д. Уменьшение болевого абдоминального синдрома и наступление ремиссии у больных с СРК сопровождалось нормализацией функционально-морфологического состояния эндокринных слизистой оболочки сигмовидной кишки, продуцирующих мотилин.

**Выводы.** Функционально-морфологическое состояние эндокринных клеток слизистой оболочки толстой кишки (СОТК), являющихся частью диффузной нейроэндокринной системы кишечника, играет одну из ведущих ролей в механизмах формирования СРК с внекишечными проявлениями. Прослеживается высокая степень корреляции между выраженностью болевого синдрома и числом мотилин-иммунопозитивных клеток в СОТК.

## II

#### 75. Характеристика кишечной микрофлоры у больных язвенным колитом

Пазилова Д.У., Расулова А.А., Исмаилжанова Д.Ш., Кутлиева Г.Д.

Республиканский научный центр колопроктологии МЗ РУз; Институт микробиологии АН РУз «Лаборатория генетики молочнокислых бактерий»; Национальный университет Узбекистана им. Мирзо Улугбека, Ташкент, Узбекистан, e-mail: aziz0761@gmail.com

Рост заболеваемости, недостаточная эффективность традиционной базисной терапии в поддержании ремиссии язвенного колита, наличие отягчающего влияния на состояние слизистой оболочки толстой кишки со стороны измененного микробиоценоза послужили основанием для проведения исследований у больных с данной патологией.

**Цель работы:** изучить состояние микробиоценоза толстой кишки у больных язвенным колитом, а также влияние направленной на коррекцию микрофлоры кишечника терапии с использованием отечественных пробиотических препаратов на течение заболевания, частоту развития рецидивов и стойкость клинической ремиссии язвенного колита. Исследования проводились на базе Республиканского научного центра колопроктологии МЗ РУз.

**Материалы и методы.** В динамике изучали состояние микрофлоры толстой кишки, определяли количественный и качественный

состав облигатной и факультативной флоры (до и после лечения). Бактериологическая оценка микробиоценоза толстой кишки основывалась на исследовании микрофлоры кала с определением степеней дисбиоза. Данные микробиологические исследования были проведены на базе бактериологической лаборатории СЭС МСО МЗ РУз.

**Результаты.** Полученные результаты показали 100% наличие дисбиоза кишечника разной степени у всех исследуемых больных язвенным колитом. У 20 больных с тяжелой формой язвенного колита выявлен дисбиоз 3-4 степени (полное отсутствие лактобактерий и бифидобактерий у 80% больных, тогда как в норме количество пробиотических бактерий должно составлять не менее  $10^7$  КОЕ/г фекалий). Обострению неспецифического язвенного колита свойственен дисбиоз толстой кишки, характеризующийся образованием грибково-микробных ассоциаций и оказывающий влияние на структурные особенности слизистой оболочки толстой кишки. У больных с неспецифическим язвенным колитом наряду со значительным снижением количества или отсутствием – при тяжелых формах заболевания – облигатной микрофлоры (бифидобактерий, бактероидов) имело место значительное повышение высеваемости условно патогенных микроорганизмов – клебсиелл (43% случаев), протей (25%), цитробактера (28,5%).

Проведенные микробиологические исследования показали, что среди условно патогенной микрофлоры кишечника доминировали (в  $\log_{10}$  КОЕ/мл): грибы рода *Candida albicans* (4,5-5)±0,5, *Candida tropicalis* 3,5±0,35, *Staphylococcus aureus* 6,1±0,6, *Escherichia coli* 6,8±0,6, *Enterococcus faecalis* (7,3-8,0)±0,7, *Klebsiella pneumoniae* (6,8-7)±0,65, *Proteus mirabilis* 7,0±0,7, *Pseudomonas aeruginosa* 5,1±0,5, *Citrobacter diversus* 4,3±0,4, *Enterobacter aerogenes* 6,0±0,6, *Citrobacter freundii* 5,2±0,5. Для каждого больного был назначен индивидуально пробиотический препарат и его дозировка. Коррекцию проводили отечественными препаратами «Лактобактерин», «Бифидумбактерин», «Жолибактерин» и «Бификол» производства малого предприятия ООО «Отм-биоргеаб». Установлено, что у 80% леченных больных наблюдается изменение заболевания в положительную сторону, связанное с восстановлением нормофлоры толстой кишки (титр клеток лакто- и бифидобактерий был восстановлен до  $10^9$ - $10^{10}$  КОЕ/г).

**Вывод.** Результаты клинических испытаний показали эффективность пробиотических препаратов в поддержании ремиссии и лечении язвенного колита в активной стадии.

#### 76. Динамика оксида азота (NO) и эндотелина-1 (Et-1) в зависимости от тяжести воспалительного процесса гастродуоденальной области у детей

Панова И.В., Дудникова Э.В., Титов А.П., Бухтоярова М.В. Ростовский ГМУ, Россия, e-mail: pan\_tol@list.ru

**Цель исследования:** оценить изменения уровня оксида азота и эндотелина-1 в крови у детей, страдающих хроническим гастродуоденитом (ХГД), с учетом тяжести поражения слизистой оболочки (СО) верхних отделов пищеварительного тракта (ВОПТ).

**Материалы и методы.** Обследованы 77 детей в возрасте 8-15 лет с обострением ХГД. У 42 пациентов (1-я группа) выявлен поверхностный гастродуоденит; у 35 больных (2-я группа) – эрозивный гастродуоденит. Также обследованы 28 здоровых детей (группа контроля). Исследование уровня Et-1 в сыворотке крови проводилось методом иммуноферментного анализа наборами фирмы Biomedica G Gruppe (Германия). Уровень NO определяли колориметрическим методом наборами фирмы R&D (США).

**Результаты.** Установлено, что уровень NO и Et-1 у пациентов 1-й группы не отличался от контрольных значений и не зависел от фактора половой принадлежности ( $p>0,05$ ). У детей 2-й группы определялись более низкие значения NO в сравнении с контролем – (9,32±0,91) мкмоль/л и (14,54±2,44) мкмоль/л соответственно,  $p=0,048$ . Различий показателя у мальчиков и девочек 2-й группы не выявлено ( $p>0,05$ ). Уровень же Et-1 в этой группе был несколько ниже, чем в группе контроля – (0,43±0,11) фмоль/мл и (0,73±0,18) фмоль/мл соответственно (0,10> $p>0,05$ ). Тенденция к

более низким значениям Et-1 определялась у мальчиков по сравнению с девочками – (0,32±0,04) фмоль/мл и (0,64±0,32) фмоль/мл соответственно, 0,10>p>0,05.

**Заключение.** Исследование доказало, что тяжесть поражения СО ВОПТ у детей связана с проявлениями эндотелиальной дисфункции в виде преимущественного снижения уровня оксида азота при эрозивном гастродуодените.

- 77. Психологические особенности и качество жизни пациентов с остеоартрозом, длительно получающих нестероидные противовоспалительные препараты**  
Пахомова И.Г., Егочина В.А.  
Северо-Западный ГМУ им. И.И. Мечникова, Санкт-Петербург, Россия

**Цель исследования:** оценить психологические особенности и качество жизни пациентов с остеоартрозом, длительно получающих нестероидные противовоспалительные препараты.

**Материалы, методы.** Проведено обследование 50 больных (15 (30%) мужчин, 35 (70%) женщины) травматологического отделения с остеоартрозом крупных суставов, ежедневно принимающих НПВП свыше 1 месяца. Средний возраст обследованных составил 58 лет (от 35 до 73 лет). Пациенты были разделены на три группы: 1-я группа – 29 человек (58%), принимающих неселективные НПВП (н-НПВП); 2-я группа – 11 человек (22%), получающих селективные НПВП (с-НПВП); 3-я группа – 10 человек (20%), принимающих как н-НПВП, так и с-НПВП. Все пациенты обследованы по единому плану, включающему использование опросника для оценки качества жизни SF-36, опросника при заболеваниях пищеварительной системы GSRs, госпитальной шкалы тревоги и депрессии, опросника Мини-мульти.

**Результаты.** Среди обследованных больных клинические проявления (изжога, тошнота, солоноватый привкус во рту, дисфагия) отмечались у подавляющего большинства больных – n = 36 (72%). Наиболее выраженные клинические проявления (преимущественно изжога) отмечались в 1-й группе. Жалобы на абдоминальную боль не встречались ни в одной из групп. При оценке качества жизни во всех группах выявлено ухудшение физического функционирования (PF = 35,4/40,9/19,5 соответственно); затруднение выполнения повседневных обязанностей, обусловленных физическим и эмоциональным состоянием, отмечалось в большей степени в 1-й группе (RP = 29,8/22,7/2,5 и RE = 50,2/42,7/40,2 соответственно). Снижение общей жизненной активности (VT = 43/34,1/42,5), а также признаки психологического неблагополучия (MH = 58/50,9/49,4) наиболее значимо отмечались также в 1-й группе. При этом социальная активность сохранялась на достаточно высоком уровне во всех группах (SF = 57/62,7/62,8).

Во всех трех группах выявлено отсутствие достоверно выраженных симптомов тревоги (4,6/4,25/7,2) и депрессии (5,8/7,5/5,7) по Госпитальной шкале тревоги и депрессии. При оценке состояния с использованием опросника GSRs отмечена высокая интенсивность кишечной диспепсии во всех трех группах, с некоторым преобладанием в 1-й и 3-й (7,3/6,4/7,2) и высокая интенсивность запоров в 3-й группе (5,2/4,5/5,8). С помощью опросника Мини-мульти выявлены во всех трех группах низкие показатели депрессии (39,3/36,75/31,3), паранойальности (40,4/34,5/38,8) и гипомании (43,9/36,1/39,6). Кроме того, у пациентов 3-й группы отмечены высокие показатели ипохондрии (61,5/63,25/68,2).

**Выводы.** Изменение показателей психологического статуса и качества жизни в большей степени отмечается у пациентов, принимающих н-НПВП по сравнению с с-НПВП, что обусловлено выраженной диспепсической симптоматикой.

- 78. Качество жизни и психологические особенности пациентов с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью**  
Пирогова Ю.Ю., Кузьмина Т.М.  
Самарский ГМУ, Россия

**Цель исследования:** изучить качество жизни (КЖ) и показатели тревожности у пациентов с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью (ГЭРБ).

**Материал и методы.** Обследованы 33 пациента с ГЭРБ (мужчин 12, женщин 21), обращавшихся за консультацией к гастроэнтерологу в клинику Самарского ГМУ в 2011-2012 гг. Средний возраст больных (39,4±18,5) года. Всем пациентам проводилось общеклиническое обследование, эзофагогастродуоденоскопия. При первом обращении изучалось КЖ путем анкетирования с использованием анкеты «Индекс качества жизни», уровень тревожности исследовался путем анкетирования с использованием шкалы самооценки уровня тревожности (Ч.Д. Спилбергер, Ю.Л. Ханин).

**Результаты.** 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). У 14 человек (42%) выявлен высокий уровень личностной тревожности (ЛТ) – (52,0±4,4) балла; у 19 пациентов (58%) – умеренный уровень ЛТ – (39,2±4,1) балла. Ни у кого не было низкой ЛТ. Реактивная тревожность (РТ) позволяет оценить, является ли ГЭРБ стрессовой ситуацией для пациента и какова интенсивность этого воздействия на него. Высокая РТ выявлена у 6 человек (18%) – (48,5±2,4) балла; низкая РТ – у 4 пациентов (12%) – (28,4±1,0) балла; умеренная РТ – у 23 человек (70%) – (38,4±3,7) балла.

**Выводы.** КЖ больных ГЭРБ снижено. Снижение КЖ в основном обусловлено изменением эмоционального состояния. Более чем у трети пациентов выявлено значительное отклонение от уровня умеренной тревожности. Таким образом, для комплексного лечения пациентам показана психотерапевтическая коррекция.

- 79. Сочетание синдрома избыточного бактериального роста и синдрома раздраженного кишечника в клинической практике**

Плотникова Е.Ю., Борщ М.В., Краснова М.В., Баранова Е.Н.  
Кемеровская ГМА, Кемерово

**Цель исследования:** доступными методами выявить сочетание синдрома избыточного бактериального роста в тонкой кишке (СИБР) и синдрома раздраженного кишечника (СРК) в практике гастроэнтеролога.

**Материалы и методы.** В течение пяти лет работы нами обследованы около полутора тысяч пациентов. Всем пациентам назначались стандартные обследования: кроме общеклинических методов проводились дыхательные водородные тесты с лактулозой (прибор Gastrolyzer 2 производства Bedfont scientific LTD, Великобритания), комплекс методик на выявление целиакии, исследование кала на антиген лямблий, копрограмма, фекальная эластаза-1, компьютерная колоноскопия или ирригоскопия, фиброколоноскопия (по показаниям), психологическое тестирование, а также каждый пациент заполнял опросники «Качество жизни при СРК» (IBS-QOL) и «Госпитальная шкала тревоги и депрессии» (HADS). При выявлении СИБР мы использовали рифаксимин по 400 мг 2 раза в сутки, часто было достаточно одного курса лечения для значительного улучшения самочувствия и для нормализации показателей дыхательного водородного теста. После курса антибактериальной терапии мы назначали про- и пребиотики.

**Выводы.** Если болевой синдром и кишечная диспепсия сохранялись при нормализации показателей дыхательного водородного теста, то данная симптоматика рассматривалась как проявление СРК. При анализе данных, накопленных нами за 5 лет, частота ассоциации СРК и СИБР выявлена более чем у 60% пациентов. В качестве базового лечения у этих больных помимо спазмолитиков, которые часто малоэффективны, необходимо применять психотропные средства с индивидуальным подбором для каждого пациента в соответствии с результатами психологических тестов.

- 80. Психоземotionalный статус у ветеранов локальных войн**

Помыткина Т.Е., Дьячкова О.А., Гзоган А.А.  
Кемеровская ГМА, Россия, e-mail: docent@kemcity.ru

**Цель исследования:** изучить особенности психоземotionalного статуса (ПС) у ветеранов локальных войн (ВЛВ) в Афганистане и Чеченской республике с синдромом раздраженного кишечника (СРК).

**Материал и методы исследования.** Обследованы 30 ВЛВ, средний возраст которых составил (35,1±2,0) года. С целью уточнения диагноза всем пациентам проводили клиническое обследование, общие анализы крови и мочи, биохимический анализ крови, копрограмму, фиброгастроуденоскопию, ультразвуковое исследование органов брюшной полости, колоноскопию, эхокардиографию, суточное мониторирование ЭКГ. Комплекс методик психологического обследования содержал клиническую шкалу самоотчета (SCL-90), шкалу тревоги и депрессии (HADS).

**Результаты исследования.** Нарушения ПС у пациентов с СРК были значительными более чем в 80% случаев. Психологическое обследование с использованием SCL-90 позволило выявить у них наличие, структуру и степень выраженности психоэмоциональных нарушений: соматизация – 1,28 балла, депрессия – 1,32, тревога – 1,28, фобии – 0,79. Патологической считалась величина параметра, превышающая 0,99 балла. По данным шкалы тревоги и депрессии у ВЛВ с СРК следует отметить высокий показатель клинически выраженной тревоги и депрессии – 77,5% наблюдений.

**Заключение.** Клиническая картина СРК у ВЛВ представлена не только кишечными проявлениями, но и высокой частотой нарушений ПС: соматизации, тревоги и депрессии. Использование психологических опросников и выявление нарушений в ПС способствует своевременному подключению консультации узких специалистов (невролога, психиатра) к диагностическому и лечебному процессу.

## Р

### 81. Возможности дифференцированной терапии пациентов с функциональной диспепсией

Романова М.М., Бабкин А.П.

ВГМА им. Н.Н. Бурденко, Воронеж, Россия

**Цель исследования:** повышение эффективности лечения больных с синдромом функциональной диспепсии (ФД) путем дифференцированного подхода к комплексу терапевтических мероприятий.

**Материалы и методы.** Под нашим наблюдением находились 42 пациента (30 женщин и 12 мужчин в возрасте от 20 до 60 лет, средний возраст (37,2±3,9) года) с диагнозом функциональной диспепсии (согласно Римским критериям III). Контрольную (1-ю) группу составили 20 практически здоровых пациентов. Больные были случайным образом разделены на две группы. 2-я группа получала стандартную терапию, 3-я группа помимо стандартной терапии – лечения антидепрессантом «Феварин» в дозе от 100 мг до 150 мг и процедуры магнитолазеропунктуры длиной волны 1,3 мкм в модулированном режиме. Всем пациентам помимо стандартного обследования проводились психологическое обследование по тестовым опросникам, исследование пищевого статуса, вкусовой чувствительности, суточное мониторирование вариабельности сердечного ритма, АД и ЭКГ прибором «Cardio-Tens-01» («Meditech», Венгрия) с анализом результатов программой «Medibase» и косинор-анализом. Полученные данные обрабатывали статистически с помощью программы «Statistica» 6.0 for Windows.

**Результаты и обсуждение.** Результаты суточного мониторирования вариабельности сердечного ритма с последующим косинор-анализом у обследованных пациентов с ФД до лечения характеризовались смещением акрофазы, снижением амплитуды и мезора при сравнении с контрольной группой; у 18 пациентов с клинически выраженными аффективными расстройствами наблюдалась слабая выраженность ритма, амплитуда не превышала 12%. У больных 2-й группы достоверных изменений изучаемых параметров не произошло. У больных 3-й группы отмечено ускорение купирования клинических симптомов, сокращение длительности обострения за счет коррекции психоэмоциональной сферы и суточных хронобиоритмов вегетативного баланса (достоверно нормализовались мезор и акрофаза, соотношение индекса LF/HF, снизилась выраженность аффективных расстройств,  $p < 0,05$ ).

**Заключение.** Таким образом, применение дифференцированного подхода к комплексу терапевтических мероприятий повышает эффективность лечения больных функциональной диспепсией.

### 82. Электронно-микроскопическое исследование бактериальных биопленок на слизистых оболочках желудочно-кишечного тракта животных

Рыбальченко О.В.<sup>1</sup>, Бондаренко В.М.<sup>2</sup>, Орлова О.Г.<sup>1</sup>, Потокин И.Л.<sup>1</sup>, Ларионов И.В.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>СПбГУ, e-mail: ovr@inbox.ru, <sup>2</sup>НИИЭМ им. Н.Ф. Гамалеи, Москва, Россия, e-mail: bvmz@yandex.ru

**Цель:** электронно-микроскопическое исследование структурной организации микробных биопленок на различных участках слизистых оболочек желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) мышей и крыс.

**Материалы и методы:** сканирующая и просвечивающая электронная микроскопия различных участков слизистых оболочек ЖКТ мышей и крыс. Для исследования использовали аутобредных мышей и крыс линии Wistar.

**Результаты.** Исследован процесс колонизации слизистых оболочек ЖКТ, начиная с момента адгезии единичных клеток до формирования колоний, составляющих микробные биопленки. Методами сканирующей и просвечивающей электронной микроскопии проведен анализ ультраструктуры и влияния энтеросептиков на формирование различных типов микробных сообществ на слизистых оболочках ЖКТ мышей и крыс. Данные электронной микроскопии демонстрируют наличие в ЖКТ животных биопленок, включающих клетки бактерий и микроскопических грибов. Выявлены ультраструктурные изменения в организации биопленок на различных участках слизистых оболочек ЖКТ.

**Заключение.** Изучение иммобилизации бактерий и формирования микробных сообществ в виде биопленок на поверхности слизистых оболочек ЖКТ является одним из актуальных научных направлений в исследовании взаимодействий микробиоты и макроорганизма. Иммобилизация зависит от воздействия внешних факторов (энтеросептиков), от вида микроорганизмов, а также характеристики тканей, на которых происходит формирование биопленок. Данные о строении и закономерностях формирования биопленок могут явиться предпосылкой для создания препаратов, предотвращающих развитие микробных сообществ потенциально патогенных (энтеротоксигенных) бактерий в ЖКТ.

## С

### 83. Состав и стратегия использования персонализированных нутрициологических программ у больных с хроническим гастродуоденитом и язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки на реабилитационном этапе

Сергеев В.Н., Щербова З.Р.

Российский научный центр медицинской реабилитации и курортологии, Москва, Россия, e-mail: doc\_svn@mail.ru

**Цель исследования:** изучить влияние функциональных пищевых продуктов – нутрицевтиков и фармаконутриентов на состояние обмена веществ, микробиоценоза кишечника, иммунологический, психоэмоциональный и элементный статус и клиническое течение хронического гастродуоденита и язвенной болезни двенадцатиперстной кишки и разработать на этой основе алгоритм персонализированной нутрициологической коррекции нарушенного пищевого статуса у больных хроническим гастродуоденитом (ХГД) и язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки (ЯБДПК).

В соответствии с задачами исследования все находившиеся под наблюдением больные в зависимости от используемых для коррекции нарушенного пищевого статуса нутритивно-метаболических средств были разделены на пять исследуемых и одну контрольную группы, сопоставимые по всем параметрам.

Больные контрольной группы (56 человек, 37 с ХГД и 19 с ЯБДПК) получали стандартное диетическое питание для данной категории больных – щадящий вариант диеты (приказ № 330 МЗ РФ от 5 августа 2003 года) и медикаментозную терапию (фамотидин по 20 мг 2 раза в день и де-нол по 125 мг 4 раза в день), которая и составила медикаментозный фон в 1-5-й исследуемых групп.

пах. Больные первой исследуемой группы (51 человек, 34 с ХГД и 17 с ЯБДПК) дополнительно к основной диете получали сбалансированную смесь «Нутринор» по 20 г два раза в день, во время второго завтрака и за час до сна; больные второй исследуемой группы (52 человека, 36 с ХГД и 16 с ЯБДПК) получали «Кефирный продукт», содержащий пребиотик инулин и пробиотик (бифидумбактерии), по 150 мл во время второго завтрака и за час до сна; больные третьей исследуемой группы (54 человека, 33 с ХГД и 21 с ЯБДПК) получали фармаконутриент «Эуэйнол», содержащий ПНЖК омега-3, пребиотик агар-агар, бифидум- и лактобактерии, по 2 капсулы 3 раза в день во время завтрака, обеда и ужина; у больных четвертой исследуемой группы (53 человека, 36 с ХГД и 17 с ЯБДПК) для коррекции пищевого статуса использовали витаминно-минеральный антистрессовый комплекс «Би-Стресс», содержащий витамины группы В и С, минералы Са и Mg и экстракт корня валерианы, по 2 капсулы во время завтрака и ужина; у больных пятой исследуемой группы (51 человек, 38 с ХГД и 13 с ЯБДПК) для коррекции пищевого статуса использовали сбалансированную смесь «Нутринор», витаминно-минеральный антистрессовый комплекс «Би-Стресс» и фармаконутриент «Эуэйнол». Время приема и количество используемых метаболических средств соответствовало использованию аналогичных метаболических средств в других исследуемых группах. Длительность курса нутритивно-метаболической терапии, включая оптимизированный рацион питания, составила 21 день – декларированный срок пребывания больного в ЛПУ.

У всех наблюдаемых больных ХГД и ЯБДПК в динамике (начало и конец лечения) проводили клинические, антропометрические, биохимические, инструментальные и другие специальные методы исследования, необходимые для оценки пищевого статуса больных, стадии протекающего патологического процесса, степени компенсации патологического процесса, оценки функциональных резервов организма.

В результате проведенной комплексной оценки динамики клинических, функциональных, эндоскопических и клинико-лабораторных и биохимических исследований у больных ХГД и ЯБДПК под влиянием нутритивно-метаболической коррекции и пищевого статуса установлено достижение наиболее выраженного доказанного терапевтического эффекта в пятой опытной группе, больные которой получали комплексную нутритивно-метаболическую коррекцию пищевого статуса: сбалансированную смесь «Нутринор», антистрессовый ВМК «Би-Стресс» и фармаконутриент «Эуэйнол», содержащий ПНЖК класса омега-3 и пробиотики, которые оказывали воздействие на основные этиопатогенетические механизмы данной патологии. У больных других исследуемых групп отмечалась выраженная положительная динамика лишь «адресных» показателей, связанных с составом используемых средств нутритивно-метаболической коррекции.

Разработанный алгоритм исследования пищевого статуса больных ХГД и ЯБДПК и дифференцированные методы его коррекции нутритивно-метаболическими средствами являются высокоэффективным немедикаментозным методом лечения ХГД и ЯБДПК у взрослых больных, который позволяет улучшить качество жизни, сократить сроки госпитализации и снизить затраты на лечение в целом. Кроме того, предложенный нами метод лечения больных ХГД и ЯБДПК минимизирует негативное влияние на организм больных фармакологических средств, традиционно используемых в лечении данных заболеваний, на фоне снижения их дозы, способствует достижению быстрой и стойкой ремиссии патологического процесса, предупреждает его рецидивирование.

#### 84. Особенности качества жизни у больных циррозом печени

Сирчак Е.С., Архий Э.Й., Сиксай Л.Т., Великоклад Л.Ю.  
Ужгородский национальный университет (мед. ф-т),  
Украина, e-mail: szircsak\_heni@bigmir.net

**Цель исследования:** изучить особенности изменения качества жизни (КЖ) у больных циррозом печени (ЦП).

**Материалы и методы.** Под нашим наблюдением находились 28 больных ЦП, которые лечились в ЗОКБ им. А. Новака. Диагноз ЦП выставлялся с учетом жалоб, анамнестических, лаборатор-

ных и инструментальных методов исследования. Для определения степени поражения печени всем больным проводили <sup>13</sup>C-метащепиновый дыхательный тест.

Оценку КЖ проводили с помощью опросника SF-36 в первые два дня после поступления больных в стационар.

**Результаты.** Больных ЦП распределяли по классам тяжести по Child – Pugh. В класс А вошли 25% больных, в класс В – 42,9%, класс С – 32,1%. У больных ЦП наблюдали достоверно низкие средние показатели физического функционирования (PF) – (71,0±3,2) балла, ролевого физического функционирования (RP) – (46,0±4,4) балла, шкалы интенсивности боли (BP) – (47,0±2,8) балла, общего состояния здоровья (GH) – (45,0±0,9) баллов, жизненной активности (VT) – (42,0±3,5) балла, социального функционирования (SF) – (56,0±2,7) балла, ролевого эмоционального функционирования (RE) – (35,0±4,1) балла, психического здоровья (MH) – (43,0±2,6) балла. Интегрированные показатели физического и психического компонентов здоровья у больных ЦП также были снижены. Средние значения интегрированного показателя физического компонента здоровья (PH) у больных ЦП составило (54,0±4,8) балла, а психического компонента здоровья (MHI) – (48,0±2,2) балла.

**Выводы.** У больных циррозом печени наблюдается снижение качества жизни, что проявляется выраженными изменениями как в физическом, так и в психическом статусе данных пациентов.

#### 85. Эффективность комбинированной терапии препаратами «Тримедат» и «Бактистатин» в профилактике камнеобразования в желчном пузыре

Солянова И.П., Круглякова Л.В., Сулима М.В.  
Алтайская ГМА, Благовещенск, Россия

**Обоснование.** Дуоденальная гипертензия, как следствие микробного обсеменения тонкой кишки, способствует дисрегуляции координированной работы желчного пузыря (ЖП) и сфинктера Одди, застою и увеличению литогенности желчи. Применение нормализатора моторики («Тримедат») и кишечного антисептика («Бактистатин») устраняет застой желчи и риск камнеобразования.

**Материалы и методы.** Обследованы 28 пациентов с ЖКБ начальной стадии (осадок в ЖП) и функциональным расстройством с наличием болевого (90%) и диспепсического синдромов: тошнота, отрыжка, тяжесть и переполнение в эпигастрии (70%), неустойчивый стул, запор, метеоризм (60%). Тримедат назначали по 600 мг в сутки до купирования симптомов с последующим двухмесячным приемом. Бактистатин назначали по три капсулы в сутки в три приема на 10 дней. Эффективность оценивали по динамике болевого, диспепсического синдромов и по состоянию ЖП при УЗ исследовании.

**Результаты исследования.** Под влиянием комбинированной терапии к 10-му дню лечения купирован болевой синдром в 100% случаев. Динамика диспепсических явлений наблюдалась в разном временном диапазоне. Дольше сохранялся неустойчивый стул (у трех больных – 2 недели). В 57% случаев диспепсические расстройства исчезли к 7-8-му дню терапии, нормализовался стул. Контрольное УЗ исследование, проведенное через 1, 2, 3 месяца, не выявило признаков литогенности у 90% больных через 2 месяца; у 10% через 3 месяца лечения сохранялась гипомоторная функция ЖП. Побочных эффектов не выявлено. Установлена высокая эффективность комбинированной терапии в купировании клинических проявлений и профилактике камнеобразования в ЖП при устранении застоя в нем желчи и снижении ее литогенности.

#### 86. Изменения структуры коркового вещества почки в условиях экспериментального диметилгидразинового канцерогенеза

Сорока Ю.В.  
Тернопольский ГМУ им. И.Я. Горбачевского, Украина,  
e-mail: iria\_tetopil@mail.ru

**Цель исследования:** выявить гистологические изменения коркового вещества почки белых крыс при хронической неопластической интоксикации.

**Материал и методы исследования.** Исследование выполнено на 24 половозрелых белых крысах-самцах с массой тела 180-185 г. Неопластическую интоксикацию моделировали введением ДМГ подкожно в лопаточную область животного в дозе 7,2 мг/кг в 0,1 мл раствора на 10 г массы тела однократно еженедельно в течение 30 недель (Дерягина В.П., 2009). Для гистологических исследований материал почки фиксировали в 10% растворе нейтрального формалина с трехкратной сменой фиксатора, обезвоживали в спиртах возрастающей концентрации и заливали в парафиновые блоки. Срезы толщиной 5-6 мкм, окрашенные гематоксилин-эозином, исследовали и документировали с помощью микроскопа SEO-SCAN (Саркисов Д.С., 1996).

**Результаты и их обсуждение.** При гистологическом исследовании коркового вещества почки в условиях смоделированного неопластического эндотоксикоза выявлено наличие гипо- и гипертрофированных почечных телец, а также нарушение структуры всех компонентов фильтрационного барьера. Гемокапилляры сосудистых клубочков гипертрофированных почечных телец расширены и кровенаполнены, стенка утолщена.

В капиллярах гипертрофированных почечных телец отмечается значительное сужение просветов, деструкция эндотелия и базальной мембраны. Выявляются деструктивные изменения эпителиоцитов проксимальных и дистальных почечных канальцев. В интерстициальной ткани отмечается выраженная лимфогистиоцитарная инфильтрация, расширение просветов и кровенаполнение гемокапилляров перитубулярной сети.

**Заключение.** При экспериментальной хронической неопластической интоксикации происходят значительные структурные изменения всех компонентов коркового вещества почки, что ведет к нарушению фазного характера мочеобразования.

#### 87. Ультраструктурные изменения гемокапилляров коры большого мозга при экспериментальном хроническом эндотоксикозе

Сорока И.А.

Тернопольский ГМУ им. И.Я. Горбачевского, Украина,  
e-mail: iria\_temopil@mail.ru

**Цель исследования:** выявить изменения ультраструктуры гемокапилляров коры большого мозга белых крыс при хроническом эндотоксикозе.

**Материал и методы исследования.** Исследование выполнено на 24 половозрелых белых крысах-самцах с массой тела 180-185 г. Хронический эндотоксикоз моделировали путем ежедневного внутрибрюшинного введения 30% масляного раствора  $CCl_4$  в течение 5 дней в дозе 0,5 мл/кг в сутки, на 6-е сутки вводили внутрибрюшинно липополисахарид (LPS) *E. coli* 0111:B<sub>4</sub> (Sigma) в дозе 0,2 мг/кг массы тела, на 7-е сутки манипуляций не проводили. Недельный цикл повторяли 30 суток (Новачдов В.В., 2005). Для ультраструктурных исследований забирали кусочки коры большого мозга, обработку материала проводили по общепринятой методике. Ультратонкие срезы исследовали с помощью электронного микроскопа ЭМ-125.

**Результаты и их обсуждение.** Субмикроскопическими исследованиями было установлено, что в коре большого мозга белых крыс при хроническом эндотоксикозе преобладают кровеносные капилляры с расширенными кровенаполненными просветами. Наблюдается отек цитоплазмы эндотелиоцитов, в ней мало пиноцитозных пузырьков и кавеол. Для многих ядер характерны уменьшение размеров, пикнотические изменения. Глубокая деструкция органелл проявляется повреждением мембран гранулярной эндоплазматической сети, митохондрий. Отмечается значительный периваскулярный отек, который представляет собой набухшие отростки протоплазматических астроцитов.

**Заключение.** При экспериментальном хроническом эндотоксикозе в коре большого мозга происходят значительные повреждения структурных компонентов гематоэнцефалического барьера.

#### 88. Сравнительный анализ показателей портальной гемодинамики и системной гемодинамики у больных хроническим гепатитом

Степанова Н.С., Ноздрачев О.В., Удовикова О.И.

Смоленская ГМА, Смоленская ОКБ, Смоленск, Россия

**Цель:** изучить особенности взаимосвязей портальной и системной гемодинамики у больных хроническим гепатитом (ХГ).

**Материалы и методы.** Основную группу составили 60 больных хроническим гепатитом (ХГ) – 45 мужчин и 15 женщин в возрасте от 19 до 74 лет (средний возраст  $(45,0 \pm 7,5)$  года). Вирусная этиология ХГ определена у 58% пациентов. Контрольную группу (КГ) составили 100 пациентов в возрасте от 17 до 75 лет (средний возраст  $(46 \pm 19)$  лет), из них 58 мужчин и 42 женщины. Методом ультразвуковой доплерографии проводилось исследование портальных сосудов (верхнебрыжечная артерия – ВБА, чревная артерия – ЧА, селезеночная артерия – СА) на УЗ-аппарате «Sonos-2500». Для оценки взаимосвязи портального кровообращения с системной гемодинамикой (СГД) проводилась эхокардиография с расчетом показателей по стандартным методикам.

**Результаты исследования.** При оценке состояния СГД у большинства лиц КГ определен нормокинетический вариант (61%), реже – гипокинетический (24%), значительно реже – гиперкинетический (10%) вариант. В группе больных ХГ преобладал гиперкинетический вариант – 48,3% случаев, нормокинетический вариант выявлен у 33,3% пациентов, гипокинетический – у 5%, неопределенный – у 14,4%. В этой же группе отмечена тенденция к росту ЧСС, АД ср., УО, МОС, УИ, ФВ по сравнению с КГ. СИ в этой группе оказался достоверно ниже (на  $(15,5 \pm 1,2)\%$ ,  $p < 0,05$ ) аналогичного параметра в КГ. С увеличением степени активности ХГ ЧСС, УИ, МОС, СИ имели тенденцию к росту. Уже при минимальной степени активности ХГ имелось достоверное увеличение СИ на 18,34% ( $p < 0,05$ ) по сравнению с КГ. ОПСС с нарастанием степени активности ХГ снижалось. Прямая взаимосвязь показателей системной и портальной гемодинамики у больных ХГ подтверждена результатами корреляционного анализа между МОС и Q ЧА ( $r = 0,52$ ,  $p < 0,05$ ), МОС и Q СА ( $r = 0,32$ ,  $p < 0,05$ ), МОС и Q ВБА ( $r = 0,45$ ,  $p < 0,05$ ), СИ и Q ЧА ( $r = 0,47$ ,  $p < 0,05$ ), СИ и Q ВБА ( $r = 0,41$ ,  $p < 0,05$ ). Существенных различий значений ЧСС, УО, ФВ, ОПСС между группами больных ХГ вирусного и алиментарного генеза выявлено не было.

#### 89. Сравнительный анализ взаимосвязи портального кровообращения и системной гемодинамики у больных циррозом печени

Степанова Н.С., Удовикова О.И., Ноздрачев О.В.,

Зернова Н.И.

Смоленская ГМА, Смоленская ОКБ, Смоленск, Россия

**Цель:** изучить особенности взаимосвязей портальной и системной гемодинамики у больных циррозом печени (ЦП).

**Материалы и методы.** Основную группу составили 55 больных циррозом печени (ЦП) в возрасте от 18 до 75 лет (средний возраст  $(49,0 \pm 9,4)$  года) – мужчин 34, женщин 21. Контрольную группу (КГ) составили 100 пациентов в возрасте от 17 до 75 лет (средний возраст  $(46 \pm 19)$  лет), из них 58 мужчин и 42 женщины. Методом ультразвуковой доплерографии проводилось исследование портальных сосудов (верхнебрыжечная артерия – ВБА, чревная артерия – ЧА, селезеночная артерия – СА) на УЗ-аппарате «Sonos-2500». Для оценки взаимосвязи портального кровообращения с системной гемодинамикой (СГД) проводилась эхокардиография с расчетом показателей по стандартным методикам.

**Результаты исследования.** В группе больных ЦП распределение респондентов в зависимости от типа СГД представилось следующим образом: гиперкинетический вариант – 45,4%, нормокинетический – 32,7%, гипокинетический – 9,1%, неопределенный – 12,8%. Значения ЧСС, УО, УИ у больных ЦП имели тенденцию к росту, МОС и СИ оказались достоверно выше по сравнению с КГ – на  $(16,2 \pm 1,7)\%$  и  $(23,2 \pm 2,1)\%$ , соответственно. ОПСС достоверно выше у лиц КГ (на  $24,5 \pm 2,4\%$ ).

В группе больных ЦП выявлены умеренные прямые связи между УО и Q ЧА ( $r = 0,65$ ,  $p < 0,05$ ), МОС и Q ЧА ( $r = 0,67$ ,  $p < 0,05$ ), МОС

и Q СА ( $r=0,54$ ,  $p<0,5$ ), УО и Q ВБА ( $r=0,56$ ,  $p<0,5$ ), МОС и Q ВБА ( $r=0,55$ ,  $p<0,5$ ), СИ и Q ЧА ( $r=0,68$ ,  $p<0,05$ ), СИ и Q СА ( $r=0,36$ ,  $p<0,5$ ), СИ и Q ВБА ( $r=0,42$ ,  $p<0,5$ ).

УО и МОС в группе больных ЦП с функциональным классом В – С по классификации Чайльда – Пью с выраженным ВРВП (2-3 ст.) (группа Б) достоверно превышали аналогичные показатели в КГ (на  $15,8\pm 1,2\%$  и  $21,1\pm 1,3\%$  соответственно) и в группе больных ЦП с функциональным классом А по классификации Чайльда – Пью с отсутствием ВРВП или с начальной степенью ВРВП (группа А) на  $11,6\pm 1,1\%$  и  $15,8\pm 1,8\%$  соответственно. ОПСС в группе Б было снижено по сравнению с КГ на  $31,2\pm 2,8\%$  (достоверно), с группой А – на  $24,2\pm 2,9\%$  (недостоверно). Существенных различий значений ФВ между группами А и Б выявлено не было.

#### 90. Изменения фосфорно-кальциевого обмена при гипохромной анемии у детей с целиакией и хроническим гастроуденитом

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

**Цель исследования:** сравнить показатели кальция и фосфора в сыворотке крови у детей с гипохромной анемией (ГА) при целиакии (Ц) и хроническом гастроудените (ХГД).

**Материалы и методы.** Проведено обследование двух групп детей обоего пола. Первую группу составили 32 ребенка (средний возраст  $14,1\pm 1,9$  года с диагнозом Ц. Вторую группу составили 15 детей (средний возраст  $13,7\pm 2,1$  года с диагнозом ХГД. Определение у пациентов обеих групп уровня кальция и фосфор а в сыворотке крови производилось стандартными методиками. Наличие ГА у всех пациентов было подтверждено определением уровня гемоглобина и эритроцитов с помощью гематологического анализатора «Coulter-S».

**Результаты.** Средние показатели гемоглобина у детей с Ц составили  $108,4\pm 6,2$  г/л, с ХГД –  $108,3\pm 6,7$  г/л; эритроцитов –  $(4,08\pm 0,32)\cdot 10^{12}/л$  и  $(4,16\pm 0,31)\cdot 10^{12}/л$  соответственно. У 3 человек из группы Ц и 2 из группы ХГД выявлена ГА средней степени, у остальных – легкой. Уровень фосфора в норме у 100% пациентов с ХГД, у пациентов с Ц в норме у 78,1% (25 детей),  $p<0,05$ , у 7 детей (21,9%) отмечалось повышение уровня фосфора в среднем до  $2,17\pm 0,11$  ммоль/л, снижения не наблюдалось. Уровень кальция у детей с Ц в норме у 26 (81,2%), у 6 (18,8%) снижен в среднем до  $1,78\pm 0,18$  ммоль/л, повышения не отмечалось; у детей с ХГД в норме у 12 (80,0%), у 2 (13,3%) снижен в среднем до  $1,95\pm 0,11$  ммоль/л, повышен у 1 (6,7%). Следует отметить, что одновременных изменений кальция и фосфора у пациентов не зафиксировано.

**Заключение.** Достоверных различий показателей кальция между пациентами обеих групп не выявлено. При этом показатели фосфора достоверно выше у пациентов с Ц по сравнению с пациентами с ХГД, что может косвенно указывать на взаимосвязь ГА с метаболизмом фосфора у больных с Ц.

## T

#### 91. Психологические особенности у пациентов с жировой болезнью печени различной этиологии

Талицкая Е.А., Плотникова Е.Ю., Баранова Е.Н.,  
Краснова М.В., Шамрай М.А.  
Кемеровская ГМА, Россия

**Цель исследования:** комплексное изучение психологических особенностей у пациентов с жировой болезнью печени различной этиологии.

**Материалы и методы.** Обследованы 62 пациента с жировой болезнью печени алкогольной этиологии (АЖБП), 60 пациентов с жировой болезнью печени неалкогольной этиологии (НАЖБП), контрольную группу составили 32 здоровых волонтера аналогичного пола и возраста. Диагноз стеатогепатита был подтвержден клинически и морфологически. Психологические особенности оценивались с помощью Сокращенного многофакторного

опросника личности (СМОЛ). Каждый больной подписал «информированное согласие» на участие в исследованиях. Различия между параметрами сравнения считались статистически различными при  $p\leq 0,05$ .

**Результаты и обсуждение.** Профиль СМОЛ у обеих групп исследуемых пациентов статистически значимо не отличался. С профилем контрольной группы были выявлены статистически значимые различия ( $p\leq 0,05$ ) по шкалам: 1 – «невротического сверхконтроля», 4 – «импульсивность», 7 – «личностной (конституциональной) тревожности», 8 – «индивидуалистичность», 9 – «оптимистичность».

**Выводы.** Как показали исследования, психологические особенности пациентов с жировой болезнью отличаются от таковых у здоровых людей, но не отличаются между собой, несмотря на различную этиологию заболевания. Полученные нами данные указывают на высокий уровень эмоциональной лабильности, тревожности и психастении у пациентов с АЖБП и НАЖБП.

#### 92. Гормоны пищевого поведения в патогенезе ожирения

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

В последние годы появилось много работ, посвященных роли гормонов в физиологических процессах поддержания постоянства массы тела, в координации липидного и углеводного обмена и патогенезу развития ожирения. Гормональная регуляция указанных процессов является сложным многокомпонентным системным механизмом. Существенными являются нарушения на любом этапе координации.

**Цель исследования:** изучение роли гормонов, участвующих в биохимических механизмах развития ожирения.

**Материалы и методы.** Обследованы 130 больных с абдоминальным ожирением (мужчин 64, женщин 66) в возрасте от 19 до 60 лет. Контрольная группа включала 15 практически здоровых лиц. Адипонектин, грелин, лептин, холецистокинин и  $\beta$ -эндорфин определяли в крови иммуноферментным методом с использованием готовых наборов реактивов.

**Результаты.** У больных обнаружено статистически значимое отличие между показателями уровня лептина у мужчин и женщин. У больных с избыточной массой тела, страдающих жировым гепатозом, отмечалась значительно более низкая концентрация адипонектина по сравнению с контрольной группой и больными без гепатоза. Полученные данные коррелировали с нарушениями уровня лептина в плазме крови обследованных больных. При снижении индекса массы тела отмечено статистически достоверное уменьшение содержания лептина и грелина в крови. Лечение привело к повышению содержания адипонектина у больных с ожирением; изменение уровня ХЦК достигало контрольных величин.

**Заключение.** Для оценки эффективности проводимого лечения при коррекции веса следует контролировать уровни гормонов пищевого поведения.

#### 93. Лечение вегетативных дисфункций у детей с гепатобилиарными нарушениями, проживающих в условиях высокой антропогенной нагрузки

Толмачева О.Г., Голованова Е.С., Аминова А.И.,  
Маклакова О.А., Румянцева А.Н.

Федеральный научный центр медико-профилактических технологий управления рисками здоровью населения,  
Пермская ГМА им. акад. Е.А. Вагнера, Россия

**Цель работы:** выявить вегетативные дисфункции у детей с гепатобилиарными нарушениями и контаминацией биосред токсикантами антропогенного происхождения, проанализировать эффективность их лечения.

**Материалы и методы.** Обследованы 303 ребенка с гепатобилиарными нарушениями, из них 204 ребенка, проживающих в условиях неблагоприятного воздействия среды обитания, составили основную группу (О). В группу сравнения (С) вошли 99 детей, проживающих в условиях относительно благополучной санитарно-гигиенической ситуации.



$\alpha_1$ -глобулинов выявлена X-фракция. Аналогичная фракция выявляется при выраженной активности хронического вирусного гепатита В (ХВГВ). Увеличено содержание белков группы  $\beta$ -липопротеидов. Уровень гаптоглобина более чем в 2 раза ниже нормы при умеренной активности процесса, при выраженной активности он ниже нормальных значений в 3,5 раза. При выраженной активности появляются дополнительные фракции в зоне посттрансферина и достоверное снижение содержания преальбумина и макроглобулина. Выявлено снижение синтеза альбумина и гаптоглобина, коррелирующее со степенью интоксикации.

Применение мембранорепарирующей терапии вызывало тенденцию к нормализации острофазных белков крови.

При изучении липидных компонентов крови установлено, что включение в состав базисной терапии флавоноидсодержащего препарата оказывало антиоксидантный эффект, снижая уровень продуктов липопероксидации, нормализуя липидные показатели. Таким образом, БАД «Лецитин +экстракт расторопши» как препарат, дополняющий комплексную терапию, оказывает выраженный положительный эффект при лечении ХВГВ.

**97. Аллергологические механизмы гастродуоденальной патологии у лиц, профессионально контактирующих с высокотоксичными химическими соединениями**  
Фомичев А.В., Воложанин Д.А., Голофеевский В.Ю., Бала А.М.

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

**Цель.** Двукратный уровень первичной «желудочно-кишечной» заболеваемости у лиц, работающих с фосфорорганическими соединениями (ФОС), в сравнении общей популяцией побуждает к дальнейшему поиску вероятных патогенетических механизмов развития гастродуоденальной патологии у данной категории специалистов.

**Методы.** В стационаре обследованы 163 пациента длительно контактирующих с ФОС, и 40 пациентов контрольной группы. Проводили комплексное гастроэнтерологическое, а также аллергологическое обследование с оценкой анамнеза и проведением аппликационного «patch-теста» с химическими соединениями, являющимися наиболее частой причиной контактной сенсибилизации («Аллергест»).

**Результаты.** В основной группе при ЭГДФС были наиболее характерны эрозивный гастрит (пятикратно), активный бульбит (в 1,5 раза чаще), язвенная болезнь (в 1,3 раза чаще) в сравнении с контролем. Достоверно чаще выявлен аллергический синдром (явления респираторной аллергии и реакции на контактные аллергены по европейским диагностическим стандартам). Вместе с тем результаты «patch-теста» показали, что в основной группе достоверно чаще выявлена сенсибилизация к тиомерсалу, смеси меркаптанов ( $p < 0,05$ ), фенилендиамину ( $p < 0,05$ ), кватерниюму-15, хлорметилтиазолину ( $p < 0,05$ ), смеси карбаматов, кобальта хлориду, перуанскому бальзаму, ланолину, никеля сульфату. Таким образом, у лиц основной группы контактная сенсибилизация была поливалентной и более интенсивной в сравнении с контролем. Важно, что аллергены, к которым выявлена сенсибилизация, относятся к соединениям промышленного назначения, а не к компонентам косметики или лекарственных средств.

**Вывод.** Сенсибилизация к промышленным химическим веществам является одним из факторов патогенеза гастродуоденальной патологии у лиц, имеющих профессиональный контакт с высокотоксичными химическими веществами.

## X

**98. Гиполипидемический эффект гепатопротектора «Урсосан» в коррекции компонентов метаболического синдрома (МС) у больных с неалкогольной жировой болезнью печени (НАЖБП)**  
Хамрабаева Ф.И.

Ташкентский институт усовершенствования врачей,  
Узбекистан

**Цель исследования:** изучить эффективность гепатопротектора «Урсосан» у больных НАЖБП с компонентами МС.

**Материалы и методы.** Обследованы 28 пациентов с НАЖБП с МС: 18 женщин, 10 мужчин, средний возраст которых составил ( $45,3 \pm 7,1$ ) года.

Диагностические мероприятия включали инструментальное, стандартное клиническое и биохимическое исследование по печеночному профилю с включением липопротеидов и глюкозы крови. Для оценки степени ожирения ориентировались по ИМТ. Основную группу (ОГ) больных, получавшую индап, метформин и урсосан, составили 20 человек, контрольную группу, получавшую индап, метформин и карсил (КГ) – 8.

**Результаты.** В обеих группах под воздействием индапа и метформина наблюдалась нормализация артериального давления и уровня глюкозы в крови – ( $6,1 \pm 4,3$ ) ммоль/л против ( $5,1 \pm 6,1$ ) ммоль/л,  $p < 0,05$ .

Исследование биохимических показателей крови у больных после лечения показало позитивную динамику в ОГ, что выразилось в снижении активности трансаминаз и билирубина по сравнению с КГ. Также у больных ОГ наблюдали тенденцию к повышению уровня липопротеидов высокой плотности, более выраженное снижение уровня триглицеридов – ( $1,2 \pm 0,3$ ) ммоль/л против ( $3,4 \pm 0,4$ ) ммоль/л), нормализацию уровня холестерина – ( $5,0 \pm 4,1$ ) ммоль/л против ( $6,7 \pm 5,1$ ) ммоль/л. У больных контрольной группы видимых изменений в динамике по отношению к последним показателям не наблюдалось.

**Выводы.** Включение в комплекс лечения больных НАЖБП с компонентами МС гепатопротектора «Урсосан» наряду с гепатопротективным эффектом оказывает и выраженный гиполипидемический эффект.

**99. Лечение и профилактика эрозивно-язвенных поражений верхних отделов ЖКТ у больных с ревматоидным артритом**  
Хамрабаева Ф.И.

Ташкентский институт усовершенствования врачей,  
Узбекистан

**Цель исследования:** оценка эффективности применения препарата «Рабемак» в дозе 40 мг в профилактике гастропатий у пациентов с ревматоидным артритом (РА).

**Материалы и методы.** Были обследованы 25 пациентов с РА, средний возраст которых составил ( $49,1 \pm 8,2$ ) года. Эндоскопические исследования выполняли до назначения ИПП (рабемак 40 мг/сут) и через 1 месяц. Также в динамике изучались показатели коагулограммы, общего и биохимического анализов крови.

**Результаты исследования.** Анализ проведенных наблюдений показал, что по данным эндоскопии верхних отделов ЖКТ у всех пациентов имело место поражение пищевода и желудка: эрозии в пищеводе были выявлены у 5, эрозии в желудке – у 13 больных, язвы желудка – у 7 больных РА.

Через 1 месяц лечения наблюдали заживление эрозий в пищеводе у 100% больных, заживление эрозий желудка в 73,2% случаев и рубцевание язвенного дефекта желудка в 89,6% случаев.

**Выводы.** В целях профилактики и лечения НПВП-индуцированных гастропатий целесообразно дополнять схему лечения пациентов с РА ингибиторами протонного насоса. Результаты представленных исследований доказывают эффективность препарата «Рабемак» в заживлении эрозивно-язвенных поражений пищевода и желудка у пациентов с РА.

### 100. Оценка состояния печени у больных хроническим панкреатитом в сочетании с метаболическим синдромом

Хамрабаева Ф.И.

Ташкентский институт усовершенствования врачей (каф. гастроэнтерологии и физиотерапии), Узбекистан

**Цель исследования:** изучить некоторые особенности метаболических нарушений в печени у больных хроническим панкреатитом (ХП) в сочетании с МС.

**Материал и методы исследования.** В исследовании участвовали 52 пациента с ХП (9 мужчин и 43 женщины, средний возраст  $(52,2 \pm 2,6)$  года). Контрольную группу составили 14 человек без проявлений ХП и МС (условно здоровые). Диагностировали МС согласно критериям, предложенным экспертами национальной образовательной программы США по холестерину (2004).

**Результаты и обсуждение.** Представленные результаты исследования показали наличие достоверных изменений в изучаемых показателях крови у больных ХП, сочетанным с МС. Выявленные изменения в липидном спектре крови сопровождались повышением уровня неэтерифицированных жирных кислот в среднем в 3 раза и указывали на нарушение переноса их кровью и поглощения клетками.

По результатам исследований доказано, что наблюдаемые у обследуемых пациентов состояния гипертриглицеридемии, гипергликемии, гиперинсулинемии и гиперлептинемии на фоне высокого уровня свободных жирных кислот активируют процесс глюконеогенеза, ингибируя при этом гликолиз. Маркер процесса глюконеогенеза – фруктозо-1,6-дифосфатаза – в сыворотке крови у обследуемых пациентов превысил исходный уровень в 4,5 раза ( $p < 0,05$ ). Активность фруктозо-1-фосфатальдолазы у обследуемых больных также превысила исходный уровень в 12 раз ( $p < 0,05$ ), что подтвердило использование данного фермента в процессе образования АТФ в дыхательной цепи митохондрий из субстрата – свободных жирных кислот.

**Вывод.** Таким образом, у больных ХП, сочетанным с МС, наблюдаются нарушения в глюкозо-инсулиновом гомеостазе, обусловленные не только гормональными нарушениями, но и изменением метаболизма в клетках за счет основного субстрата – свободных жирных кислот.

### 101. Состояние микробиоценоза толстой кишки у больных неалкогольной жировой болезнью печени (НАЖБП)

Хамрабаева Ф.И.

Ташкентский институт усовершенствования врачей, Узбекистан

**Цель исследования:** оценить эффективность препарата «Энтерожермина» для коррекции микробиоценоза кишечника в комплексной терапии НАЖБП.

**Материалы и методы.** Обследованы 58 пациентов с НАЖБП (женщин 35, мужчин 23), средний возраст которых составил  $(48,8 \pm 5,1)$  года.

Диагностические мероприятия включали стандартное клиническое, биохимическое и инструментальное обследование по печеночному профилю. Для оценки состояния микробиоценоза толстой кишки всем больным проводилось бактериологическое исследование кала в динамике.

48 пациентов составили основную группу (ОГ) и 10 пациентов – контрольную (КГ).

**Результаты исследования.** Анализ полученных результатов показал, что нарушения микробиоценоза кишечника за счет снижения содержания бифидобактерий, лактобактерий, бактероидов имело место у всех пациентов (100%). Проявления диспепсического синдрома у обследованных до лечения распределялись следующим образом: у 62,4% пациентов отмечалась склонность к запорам; у 13,1% – склонность к диарее, 25,4% отмечали чередование поносов и запоров. Все пациенты (100%) отмечали вздутие живота.

В 26,5% случаев по данным УЗИ были выявлены проявления жирового гепатоза, из них в 73,5% случаев со стеатогепатитом.

У 78,4% отмечались проявления специфических гепатологических синдромов: цитолитического, холестатического, астеновегетативного.

Больные КГ получали гепатопротектор «Урсосан» в стандартной дозе. Пациенты ОГ дополнительно получали препарат «Энтерожермина» по 1 флакону 3 раза в день в течение 1 месяца.

На фоне проводимой терапии у всех пациентов ОГ снизились проявления астеновегетативного и диспепсического синдромов и произошло восстановление микрофлоры кишечника за счет повышения содержания бифидо- и лактобактерий и снижения уровня условно патогенной флоры до допустимых величин. При динамическом обследовании в КГ также отмечалась положительная динамика касательно гепатологических синдромов, однако по сравнению с показателями ОГ дисбиоз толстой кишки видимой коррекции не подвергся.

**Выводы.** Использование препарата «Энтерожермина» способствует нормализации микрофлоры кишечника, улучшению клинических и лабораторных проявлений основного заболевания, что повышает эффективность лечения больных НАЖБП с дисбиозом толстой кишки.

### 102. Место гастроэзофагеального рефлюкса в патогенезе ложной стенокардии

Хамрабаева Ф.И., Атабаева С.М., Султанова Д.А.

Ташкентский институт усовершенствования врачей, Узбекистан

**Цель:** определить роль параметров диагностических мероприятий у больных гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью (ГЭРБ) с кардиальными проявлениями.

**Материал и методы.** Обследованы 26 пациентов с ГЭРБ с кардиальными проявлениями (загрудинная боль, одышка, сердцебиения). Для проведения исследования были выполнены ЭФГДС с прицельной биопсией, ЭКГ в покое и с нагрузкой и АД-мониторирование.

**Результаты.** В ходе проведенных исследований установлено, что изменения на электрокардиограмме во время холтеровского мониторирования, совпадающие по времени с эпизодами рефлюкса, отмечались у 30,1% больных. У 28,5% больных были зарегистрированы эпизоды косовосходящей депрессии, синусовая тахикардия регистрировалась у 20,3% больных, синусовая брадикардия – у 8%. Анализ полученных данных дает основание полагать, что у больных ГЭРБ единичные предсердные и желудочковые экстрасистолы наблюдаются гораздо чаще (59,1%), чем парные желудочковые экстрасистолы (29,3%). Артериальная гипертензия во время эпизодов рефлюкса наблюдалась у 12,4% пациентов.

**Выводы.** В патогенезе ложной стенокардии подтверждена роль гастроэзофагеального рефлюкса в нарушении ритма сердца, повышении АД. Проведенные исследования свидетельствуют о целесообразности проведения ЭКГ с нагрузкой и АД-мониторирования у больных с кардиальными проявлениями ГЭРБ.

### 103. Эффективность энтерожермины в лечении язвенной болезни двенадцатиперстной кишки, ассоциированной с *Helicobacter pylori*

Хамрабаева Ф.И., Юлдашева Л.Э., Кадилова С.Р.

Ташкентский институт усовершенствования врачей, Узбекистан

**Цель исследования:** изучить эффективность эрадикационной терапии с включением препарата «Энтерожермина» в качестве профилактики дисбиоза кишечника у больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки (ЯБДПК), ассоциированной *H.pylori*.

**Материал и методы.** В исследовании участвовали 64 пациента с ЯБДПК, ассоциированной с *H.pylori*. Диагноз был верифицирован эндоскопически. Для исследования состояния микробиоценоза толстой кишки проводились бактериологические исследования кала пациентов до и после лечения. Больные методом рандомизации были разделены на 2 группы по 32 пациента в каждой. 1-я группа получала трехкомпонентную терапию в комплек-

се с энтерожерминой по 1 флакону 3 раза в день в течение 14 дней. 2-я группа больных получала только трехкомпонентную терапию с включением ИПП (препарат «Рабемак») и 2 антибиотиков в течение 14 дней.

**Результаты исследования.** Стандартная трехкомпонентная схема эрадикации на основе рабемака и двух антибиотиков оказалась эффективной в отношении рубцевания язвенного дефекта (96,6%), однако, именно у данной группы пациентов к концу лечения по данным бактериологического посева кала отмечался дисбиоз 3 степени, тогда как по результатам тех же исследований у больных 2-й группы, дополнительно получавших энтерожермину, рубцевание язвы достигнуто у 97,2% пациентов без изменений состояния микробиоценоза толстой кишки.

**Выводы.** Результаты проведенных исследований показали, что включение энтерожермины в комплекс эрадикационной терапии пациентов с ЯБДПК, ассоциированной с *H.pylori*, приводит к нивелированию нежелательных воздействий применяемых антибиотиков на облигатную флору толстой кишки.

#### 104. Лечение варикозных пищеводных кровотечений при портальной гипертензии цирротического генеза

Хоронько Ю.В., Дмитриев А.В., Шитиков И.В.  
Ростовский ГМУ, Россия

**Цель:** определить оптимальную тактику лечения больных с варикозными кровотечениями при портальной гипертензии цирротического генеза.

**Методы.** 128 больных находились на лечении в клинике РостГМУ. Определена оптимальная тактика лечения варикозных кровотечений, включающая в себя предоперационную подготовку с использованием селективных вазоконстрикторов, эндоскопическое лигирование пищеводных вариксов у больных с высоким риском рецидива кровотечения с последующим трансъюгулярным внутривенным портосистемным шунтированием (TIPS/ТИПС) и эмболизацией левой желудочной вены. Проведенные исследования включали в себя объективный осмотр, общий и биохимический анализы крови, а также контрольное УЗИ-ДГ системы воротной вены, ФЭГДС.

**Результаты.** Послеоперационный период протекал в ряде случаев с осложнениями. Тромбоз стента возник у 14 больных, из них рецидив кровотечения отмечен у 7 пациентов. 30-дневная послеоперационная летальность зафиксирована в двух случаях (1,6%). В группе больных с выполненным эндоскопическим лигированием вариксов и эндоваскулярной эмболизацией левой желудочной вены повторных геморрагий не отмечено. При тромбозе стента проводилось ре-ТИПС с аспирационной тромбэктомией.

**Выводы.** Определена оптимальная тактика лечения больных с пищеводными варикозными кровотечениями, позволяющая добиться стойкого гемостаза в отдаленном послеоперационном периоде и сокращения сроков госпитализации. TIPS/ТИПС является эффективным эндоваскулярным хирургическим способом портальной декомпрессии, позволяющим нормализовать давление в воротной вене и портосистемный градиент. Эндоскопическое лигирование варикозных вен пищевода и желудка показано всем пациентам при отсутствии противопоказаний к проведению ФЭГДС и должно рассматриваться как этап предоперационного лечения.

## Ч

#### 105. Вариант минидоступа к желчному пузырю и внепеченочным желчным протокам

Чарышкин А.Л., Бикбаева К.И.  
Ульяновский государственный университет (мед. ф-т, каф. факультетской хирургии), Россия,  
e-mail: charyshkin@yandex.ru

**Цель работы:** улучшение результатов малоинвазивной холецистэктомии.

**Материал и методы.** Все 70 пациентов оперированы из минидоступа с помощью «Универсального рамочного ранорасширителя», патент на полезную модель № 35704.

Пациенты были разделены на 2 группы в зависимости от способа минидоступа. 1-я группа – 36 больных, оперированных традиционным способом по Прудкову М.И. 2-я группа – 34 пациента, оперированных из минидоступа (заявка на изобретение № 2013102832), разработанного на кафедре факультетской хирургии Ульяновского государственного университета.

**Результаты исследования.** Конверсия выполнена у 10% больных в первой группе, во второй группе конверсий не было.

Малоинвазивное хирургическое вмешательство обеспечило раннюю активизацию больных в двух группах уже в первые сутки. Полностью болевой синдром купировался в первой группе на (5,4±0,2) сутки, во второй группе на (3,1±0,3) сутки.

Осложнения со стороны послеоперационной раны чаще встречались в первой группе пациентов: нагноение – в 10% случаев, серома – в 15,4%. Послеоперационные осложнения в ране во второй группе пациентов – серома у 10,2% больных. Продолжительность пребывания больных первой группы в стационаре составила (10,5±0,5) суток, во второй группе (8,4±0,3) суток. Послеоперационной летальности не было в обеих группах.

**Заключение.** Предложенный способ минидоступа при холецистэктомии позволяет снизить количество конверсий и гнойные осложнения послеоперационной раны.

#### 106. Результаты лечение больных со стенозом трахеи с тяжелой абдоминальной патологией

Чарышкин А.Л., Ванина Н.В.  
Ульяновский государственный университет (мед. ф-т, каф. факультетской хирургии), Россия,  
e-mail: charyshkin@yandex.ru

**Цель исследования:** профилактика респираторных осложнений при хирургическом лечении постинтубационных и посттрахеостомических стенозов трахеи с использованием аллопластического метода закрытия трахеостомы.

**Материалы и методы.** Под нашим наблюдением за период с 2001 по 2011 годы находились 55 человек со стенозами верхних дыхательных путей (женщин 21, мужчин 24). Средний возраст больных составил (32,7±4,2) года. Причинами стенозов были: выполнение трахеостомии для ИВЛ по поводу тяжелых сочетанных травм – у 25 больных, трахеостомия при тяжелой абдоминальной хирургической патологии – у 27, трахеостомия при операции на сердце – у 1, трахеостомия при тяжелом течении бронхиальной астмы – у 2. При поступлении у 20 больных стенозы были I степени, у 35 – II и III степени. Всем больным проводились общеклинические исследования, фибробронхоскопия, рентгенография органов грудной клетки, рентгенотомография, компьютерная томография трахеи.

Все больные случайным образом были разделены на две группы, отличающиеся способом закрытия трахеостомы. Между группами не было выявлено значимых различий по полу, возрасту, характеру сопутствующей патологии.

В первую группу вошли 30 пациентов с трахеостомой со стенозом трахеи, которым было выполнено закрытие трахеостомы традиционным способом, кожным лоскутом.

Вторую группу составили 25 пациентов с трахеостомой со стенозом трахеи, которым было выполнено закрытие трахеостомы предложенным способом (заявка на изобретение № 2011153674). Для профилактики осложнений в послеоперационном периоде все больные получали антибиотикотерапию. Состояние трахеи в послеоперационном периоде контролировали при проведении фибротрахеоскопии.

**Результаты и обсуждение.** Проведенное клинико-лабораторное исследование позволило выявить дыхательную недостаточность (ДН) у 53 больных со стенозом II и III степени. Компенсированная дыхательная недостаточность встречалась чаще в обеих группах: у 28 (93,3%) больных первой группы, у 23 (92%) второй группы, декомпенсированной дыхательной недостаточности не наблюдали.

ЭКГ изменения у больных с постинтубационным стенозом трахеи проявлялись синусовой тахикардией, синусовой брадикардией, блокадами проводящей системы, гипертрофией левых отделов сердца, ранней реполяризацией желудочков.

Изменения, как правило, носили временный характер и нормализовались после восстановления дыхательной функции.

Из 30 больных 1-й группы у 5 (16,7%) в раннем послеоперационном периоде сформировался свищ трахеостомы, у 2 больных с помощью консервативных мероприятий свищи закрылись. У 3 (10%) больных 1-й группы развился свищ трахеостомы со стенозом просвета трахеи. Им была повторно введена трахеостомическая трубка в дистальный конец трахеи. В результате проведенного лечения в первой группе хорошие клинические результаты получены у 27 больных (90%), хроническими канюлярами остались 3 (10%) больных с тяжелой сопутствующей патологией. Во второй группе больных получены хорошие клинические результаты. Осложнений не наблюдали. Заживление и выздоровление происходило в стандартные сроки. Через 6 и 12 месяцев патологических изменений со стороны трахеи не наблюдалось.

**Заключение.** Таким образом, предложенный способ закрытия трахеостомы у больных со стенозом трахеи способствует снижению ранних послеоперационных осложнений.

#### 107. Результаты лечения больных хроническим парапроктитом

Чарышкин А.Л., Солдатов А.А., Дементьев И.Н.  
Ульяновский государственный университет (мед. ф-т, каф. факультетской хирургии), Россия,  
e-mail: charyshkin@yandex.ru

**Цель исследования:** улучшение результатов хирургического лечения больных хроническим рецидивирующим парапроктитом с экстрасфинктерными ректальными свищами.

**Материал и методы.** В исследование включены 102 больных с диагнозом «хронический рецидивирующий парапроктит», оперированных по поводу экстрасфинктерных ректальных свищей в период с 2000 по 2012 г. Для решения поставленных задач были использованы клиничко-лабораторные, рентгенологический, эндоскопический методы исследования, а также УЗИ. Лечение было двухэтапным: вначале производили вскрытие и дренирование параректального абсцесса, затем, после стихания острых воспалительных процессов, проводили радикальную операцию. Пациенты были разделены на 3 группы в зависимости от способа хирургического лечения экстрасфинктерных ректальных свищей при рецидивирующем парапроктите. Между группами не было выявлено значимых различий по полу, возрасту, характеру сопутствующей патологии. 1-я группа – 60 пациентов, оперированных традиционным методом оперативного лечения, применяли операцию А.Н. Рыжиха. 2-я группа – 36 пациентов, оперированных предложенным способом закрытия внутреннего отверстия свища при сложных формах парапроктита (патент РФ на изобретение № 2472457). Все больные давали информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство. Статистическая обработка результатов производилась с помощью пакета программ Statistica 6.

**Результаты и обсуждение.** Все включенные в исследование перенесли в прошлом острый парапроктит, который заканчивался либо самопроизвольным вскрытием абсцесса (4,3%), либо экстренной операцией (95,7%). Продолжительность послеоперационного болевого синдрома оценена по продолжительности потребности больных во введении анальгетических препаратов и составила (6,5±2,1) суток в первой группе и (4,1±1,4) суток во второй группе. Различия сроков является статистически достоверным ( $p<0,05$ ).

Частота осложнений в группах пациентов распределилась следующим образом: 31,7% (19 больных) в первой, 11,1% (4 больных) во второй. Различия этих показателей статистически достоверно ( $p<0,05$ ).

При рассмотрении этих данных видно, что максимальное число ранних послеоперационных осложнений наблюдается в первой группе больных, а минимальное – во второй. В первой группе с высокой частотой (26,7%) возникали нагноения ран и серомы, кровотечения (3,4%), расхождение краев раны (1,7%). Во второй группе вследствие особенности способа операции возникали кровотечения (5,5%), расхождение краев раны (2,8%), нагноения раны (2,8%). Средние сроки госпитализации при проведении ра-

дикальной операции в первой группе составили (15,4±3,2) суток, а во второй – (12,3±2,1) суток, что в среднем на 3 суток меньше, чем в первой группе ( $p<0,05$ ). В первой группе средний срок временной нетрудоспособности составил (33,4±9,1) суток, во второй – (16,1±8,7) суток ( $p<0,05$ ).

**Заключение.** Улучшение результатов лечения у больных с хроническим рецидивирующим парапроктитом, оперированных по поводу экстрасфинктерных ректальных свищей предложенным способом, связано с полным закрытием внутреннего отверстия свища, малой травматичностью операции, что позволяет уменьшить число рецидивов заболевания, обеспечить профилактику послеоперационной недостаточности анального сфинктера.

### III

#### 108. Решение проблемы запоров у детей

Шапоренко Р.В., Шапоренко Н.С., Назаретян В.Г.  
ДККБ, Краснодар, Россия

**Цель исследования:** выявление влияния ТЭС-терапии как анальгезирующего и противовоспалительного метода (в комплексе с традиционной терапией) у детей подросткового возраста с хроническими запорами.

**Материал и методы исследования.** Объектом клинического исследования были 67 детей подросткового возраста с долихосигмой и функциональными запорами. В контрольную группу вошли 22 больных, лечение которых проводили общепринятыми традиционными методами комплексной терапии (дюфалак в индивидуальной слабительной дозе, средства, нормализующие моторную функцию кишечника, состояние центральной и вегетативной нервной системы, лечебно-физическая культура, физиотерапевтическое лечение). Основную группу составили 45 больных того же возраста, которым на фоне традиционного комплексного метода лечения проводился курс ТЭС-терапии.

**Результаты исследования.** Под влиянием проводимой терапии наблюдалась положительная динамика клинического течения хронического колита. Но у детей, у которых кроме традиционной терапии применяли ТЭС-терапию, эффективность лечения была выше. Так, состояние полной клинической ремиссии в основной группе удалось получить у 40 (89%) подростков, а в контрольной только у 12 (57%).

**Выводы.** ТЭС-терапия способствует улучшению общего состояния, снижению интенсивности болевого синдрома, более быстрой нормализации стула, исчезновению диспепсических расстройств и приводит к снижению частоты рецидивов.

#### 109. Озонотерапия в лечении хронического панкреатита у больных с вирусными поражениями печени

Шелемов Е.Е., Чернышев А.Л., Максимов В.А.,  
Неронов В.А., Гусятникова Е.А.  
МНТО «Гранит», Москва, Россия

**Цель:** изучить эффективность озонотерапии (ОТ) в лечении внешнесекреторной недостаточности поджелудочной железы (ПЖ) у больных хроническим вирусным гепатитом (ХВГ).

**Материал и методы.** Обследованы 34 человека, больных хроническим вирусным гепатитом В (ПЦР ДНК HBV+), и 23 человека, больных ХВГС (ПЦР РНК HCV+). При дуоденальном зондировании и получении панкреатического сока исследовали объем и скорость секреции, концентрацию и дебит амилазы и бикарбонатов. Лечение проводилось внутривенным введением озонированного физиологического раствора (ОФР) в объеме 200 мл, 5-7 введений на курс. Концентрация растворимого озона составляла 3 мг/л.

**Результаты.** До проведения ОТ у всех больных наблюдалось существенное снижение объема секрета ПЖ, особенно второй (через 20 мин) порции – до (39,0±3,3) мл (норма (54±6) мл,  $p<0,05$ ). Отмечено снижение активности амилазы во всех порциях и в среднем за час стимуляции до (176±19) ед./мл (норма (278±31) ед./мл,  $p<0,05$ ) и бикарбонатной щелочности в среднем за час стимуляции до (92,6±5,3) ед./мл (норма (105±6) ед./мл,  $p<0,01$ ). Дебит амилазы был снижен во всех порциях, в среднем

за час стимуляции до  $(4,74 \pm 0,68)$  ед./мин (норма  $(7,29 \pm 1,11)$  мл,  $p < 0,05$ ). Данные нарушения соответствуют гипосекреторному типу панкреатической секреции. После ОТ отмечалось увеличение часового напряжения сока ПЖ с  $(39,2 \pm 7,4)$  мл до  $(54,3 \pm 7,8)$  мл ( $p < 0,05$ ), средней концентрации амилазы с  $(176,1 \pm 19,1)$  ед./мл до  $(211,8 \pm 24,1)$  ед./мл ( $p < 0,05$ ) и бикарбонатов с  $(92,6 \pm 5,3)$  ед./мл до  $(103,5 \pm 6,7)$  ед./мл ( $p < 0,05$ ) за час стимуляции, увеличение дебита бикарбонатов с  $(2,6 \pm 0,7)$  ед./мин до  $(3,11 \pm 1,3)$  ед./мин ( $p < 0,05$ ), то есть восстанавливалась экзокринная функция ПЖ.

**Выводы.** ОТ оказывает существенное влияние на экзокринную функцию ПЖ и может быть использована в комплексном лечении ХВГ.

#### 110. Экзокринная функция поджелудочной железы у HBsAg и HCV носителей

Шелемов Е.Е., Чернышев В.А., Максимов В.А.,  
Неронов В.А., Гусятникова Е.А.  
МНТО «Гранит», Москва, Россия

**Цель:** изучить экзокринную функцию поджелудочной железы (ПЖ) у HBsAg и HCV носителей.

**Материалы и методы.** Обследованы 112 носителей вирусного гепатита (мужчин 60, женщин 52, средний возраст  $(36,0 \pm 4,5)$  года). Из обследованных 92 человека были носителями HBsAg и 20 – HCV. Уровень печеночных трансаминаз (АЛТ и АсАТ) соответствовал норме. Для оценки экзокринной функции ПЖ при дуоденальном зондировании и получении панкреатического сока исследовали: объем и скорость секреции, концентрацию и дебит амилазы и бикарбонатов.

**Результаты.** Снижение объема базальной и стимулированной (в основном за счет первой порции – через 20 мин после стимуляции) секреции наблюдалось у 60 (65,2%) носителей HBsAg и 8 (40%) HCV носителей. Часовое напряжение было снижено у 100% обследованных. Снижение активности амилазы в среднем за час стимуляции менее  $(278 \pm 31)$  ед./мл было выявлено у 43 (46,7%) носителей HBsAg и 17 (85%) HCV носителей. При оценке дебита амилазы отмечалось его снижение во всех порциях и в среднем за час стимуляции менее  $(7,29 \pm 1,11)$  ед./мин у 37 (40,2%) носителей HBsAg и 11 (55%) HCV носителей. Достоверное снижение концентрации бикарбонатов во всех порциях стимулированной секреции и в среднем за час стимуляции менее  $(105 \pm 6)$  ед./мл отмечено у 23 (25%) носителей HBsAg и 6 (30%) HCV носителей. При этом дебит бикарбонатов достоверно был снижен лишь в первой порции стимулированной секреции менее  $(4,9 \pm 0,7)$  ед./мин у 13 (14,1%) носителей HBsAg.

**Выводы.** У HBsAg и HCV носителей выявляются снижение объема базальной и стимулированной секреции ПЖ, снижение концентрации и дебита амилазы и бикарбонатов. Такие нарушения соответствуют гипосекреторному типу панкреатической секреции, что говорит о возможном развитии хронического панкреатита у данной категории лиц.

#### 111. Эффективность препарата «Энерлив» для лечения дислипидемий у больных гастроэнтерологического профиля с повышенным уровнем трансаминаз

Шостак С.Е., Боровик И.О.  
Тернопольский ГМУ им. Горбачевского, Украина,  
e-mail: svitlanadoc@rambler.ru

**Целью исследования** стало изучение эффективности использования препарата «Энерлив» для лечения дислипидемий у больных гастроэнтерологического профиля с повышенным уровнем трансаминаз (ПУТ).

**Материалы и методы.** Обследованы 60 пациентов с дислипидемиями и ПУТ (14 – с холестерозом желчного пузыря, 4 – с некалькулезным холециститом, 16 – со стеатогепатозом, 21 – со стеатогепатитом, 5 – с циррозом печени). Все больные были распределены на две группы, репрезентативные по заболеваниям, возрасту и полу. Для лечения I группы (30 лиц) была назначена стандартная терапия по протоколам в зависимости от патологии. II группа (30 лиц) кроме традиционных средств получала энер-

лив по 2 капсулы трижды в сутки – 1 месяц, далее по 1 капсуле трижды в сутки еще 2 месяца амбулаторно. Обследования проводили в первый и последний дни госпитализации и через 3 месяца от начала лечения.

**Результаты.** Через 3 месяца после лечения в обеих группах пациентов нормализовались показатели биохимического анализа крови. Но во II группе больных существенно улучшилась и липидограмма: уровень холестерина изменился с  $(6,23 \pm 0,05)$  моль/л до  $(4,84 \pm 0,14)$  ммоль/л, уровень триглицеридов – с  $(1,71 \pm 0,13)$  моль/л до  $(1,28 \pm 0,18)$  ммоль/л, ХС ЛПНП – с  $(3,11 \pm 0,12)$  моль/л до  $(2,41 \pm 0,19)$  ммоль/л, ХС ЛПВП – с  $(1,29 \pm 0,14)$  моль/л до  $(1,35 \pm 0,07)$  ммоль/л. В первой группе обследованных комплексная схема терапии, которая не включала энерлив, фактически не повлияла на показатели липидограммы, что является значительным недостатком лечения, особенно у больных с холестерозом желчного пузыря, стеатогепатозом и стеатогепатитом.

**Выводы.** Энерлив – препарат с мембраностабилизирующими и липидонормализующими свойствами – можно рекомендовать для лечения пациентов с дислипидемиями при повышенных уровнях трансаминаз.

#### 112. Исследование эффективности психотропных средств для лечения дисфункциональных расстройств билиарного тракта

Шостак С.Е., Стародуб Е.М.  
Тернопольский ГМУ им. Горбачевского, Украина,  
e-mail: svitlanadoc@rambler.ru

**Цель работы:** изучение эффективности использования психотропных средств (препаратов «Ноофен» или «Адаптол») для лечения пациентов с дисфункциональными расстройствами билиарного тракта (ДРБТ).

**Объект исследования:** 105 больных с ДРБТ, которым кроме обычных общеклинических обследований проводили тестирование по опроснику MMPI (Minnesota Multiphasic Personality Inventory) для выявления вегетативной дисфункции. Всем больным рекомендовали стандартную патогенетическую терапию по протоколам. Кроме того, в зависимости от результатов тестирования по MMPI для лечения ДРБТ назначали ноофен (фенибут) по 250 мг трижды в сутки на 30 дней – при тревожности, астении, депрессии, усталости, или адаптол (мебикар) по 500 мг дважды в сутки в течение 30 дней – при легкой возбудимости, гиперреактивности, склонности к истерии. Контрольная группа (30 человек) психотропных средств не получала.

**Результаты.** При многофракционном дуоденальном зондировании у всех обследованных нами пациентов выявили гипотонически-гипокинетическую дисфункцию желчного пузыря в сочетании с гипертонусом сфинктера Одди. По данным MMPI у больных обнаружили склонность к ипохондрии (у 81,5%), истерии (у 48,1%), депрессии (у 57,1%), психастении (у 58,5%). После проведения комплексного лечения с дифференцированным назначением психотропных средств выявлено улучшение психоэмоционального состояния у большинства больных. При этом у 100% обследованных основной группы уменьшились и признаки ДРБТ, тогда как в контрольной группе положительные результаты лечения отмечены только у 73,33% пациентов.

**Выводы.** Включение психотропных средств в комплексные схемы патогенетической терапии повысило ее эффективность при лечении больных с ДРБТ.

#### 113. Синдром Пейтца – Егерса у ребенка: описание собственного клинического наблюдения

Шумейко Н.К., Завикторина Т.Г., Серебровская Н.Б.,  
Стрижова И.С., Емелина С.Р.  
МГМСУ, ДКБ Св. Владимира, Москва, Россия

Синдром Пейтца – Егерса – состояние, наследуемое по аутосомно-доминантному типу, характеризующееся пигментацией слизистых оболочек и кожи в сочетании с множественными желудочно-кишечными гамартоматозными полипами.

**Цель публикации:** на примере собственного клинического наблюдения продемонстрировать сложности диагностики и лечения син-

дрома Пейтца – Егерса у девочки 8 лет. С первого года жизни обращала на себя внимание пигментация губ, снижение гемоглобина до 60-90 г/л и уровня сывороточного железа до 3,3 мкмоль/л. Получала препараты железа, фолиевой кислоты без стойкого положительного эффекта. С октября 2012 года появились боли в животе, тошнота, головокружение, отвращение к пище. При осмотре кожа бледная, пигментные пятна на губах и слизистой оболочке щек. Живот доступен глубокой пальпации, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены, стул оформленный. Выявлена гипохромная железодефицитная анемия (Hb 60 г/л, снижение эритроцитарных индексов, сывороточное железо 1,3 мкмоль/л). Эзофагогастродуоденоскопия выявила в области тела желудка два полипа 2 см и 1,5 см на ножке, несколько мелких полипов до 0,5 см, гистологически расцененных как гиперпластические, и кровотокающий полип в двенадцатиперстной кишке. Выполнено эндоскопическое его удаление. При видеокапсульной эндоскопии полипы в тонкой кишке не обнаружены. При колоноскопии эндоскопических изменений не выявлено. Сочетание кожно-слизистой пигментации с полипами в желудке, двенадцатиперстной кишке и анемия позволили предположить синдром Пейтца – Егерса, который подтвердился при генетическом обследовании. Лечебные мероприятия были направлены на коррекцию анемии: переливание эритроцитарной массы, препараты железа.

**Заключение.** В настоящее время лечение синдрома Пейтца – Егерса заключается в назначении симптоматической терапии, наблюдении и предупреждении развития осложнений, так как патогенетической терапии этого синдрома не существует.

## Ю

### 114. Глютенная энтеропатия у детей – эндоскопическая и морфологическая диагностика

Юрченко И.Н., Трифонова Е.А., Плохова В.А.,

Чаплыгина С.И., Дмитриева Т.Н.

Самарский ГМУ, Детская городская клиническая больница № 1, Самара, Россия

Эндоскопические признаки целиакии неспецифичны и отражают лишь степень проявления атрофии слизистой оболочки тонкой кишки. Согласно международным критериям Европейского общества гастроэнтерологов и специалистов по питанию, морфологическое исследование биопатов слизистой оболочки тонкой кишки – основной и обязательный этап диагностики целиакии.

**Цель исследования:** изучить эндоскопические и морфологические изменения тонкой кишки у детей с целиакией в зависимости от клинических вариантов проявления.

**Материалы и методы.** Проведено обследование 108 детей в возрасте от 5 месяцев до 18 лет, мальчиков 58, девочек 50. По возрасту дети были разделены на 4 группы: до 3 лет, 3-6 лет, 7-11 лет, 12-18 лет. Всем детям выполнялась ЭГДС с биопсией слизистой оболочки залуковичного отдела двенадцатиперстной кишки, у 37 была проведена эндоскопическая энтероскопия с биопсией. Гистологические изменения оценивали по классификации Марш (Marsh, 2001-2002 гг.). Во всех группах преобладали дети с типичной формой заболевания. Морфологические изменения, характерные для I стадии, чаще отмечены у детей с атипичной формой заболевания (в (33,3±12,2)% случаев), в то время как III стадия встречалась при типичной форме целиакии в (20,9±4,3)% случаев. Ни у одного ребенка не обнаружена IV стадия изменений. При сравнении степени выраженности морфологических изменений в зависимости от формы заболевания нами выявлено, что при всех клинических формах преобладали изменения, характерные для II стадии по Марш, при латентной форме эта стадия изменений слизистой оболочки тонкой кишки встречалась в 100% случаев.

**Выводы.** Эндоскопическая энтероскопия с гистологическим исследованием биопатов необходима, в первую очередь, для диагностики атипичных клинических вариантов течения целиакии.

## Я

### 115. Влияние корвитина на кровоток в слизистой оболочке желудка крысы

Янчук П.И., Вовкун Т.В.

Киевский национальный университет им. Тараса

Шевченко, НИИ физиологии им. Петра Богача, УНЦ

«Институт биологии», Украина, e-mail: yanchuk49@ukr.net

**Цель исследования.** Кроме хорошо известных антиоксидантных свойств кверцетина, показано также его вазодилаторное влияние. Водорастворимый аналог кверцетина – корвитин (КВ) применяется в украинских клиниках для лечения сердечно-сосудистых заболеваний. Так как кверцетин поступает в наш организм естественным путем вместе с растительной пищей через желудок, возник интерес изучить влияние КВ на кровоток в слизистой оболочке желудка (СОЖ), что и явилось целью нашего исследования.

**Материал и методы.** Опыты проводили на голодных белых лабораторных крысах массой 220-280 г, наркотизированных уретаном (1 г/кг). Изучали влияние внутрижелудочного введения КВ в дозах 2,5 мг/кг, 5 мг/кг и 40 мг/кг на локальный кровоток в СОЖ (ЛК), который регистрировали методом водородного клиренса с электрохимической генерацией водорода, используя полярограф LP-9 (Чехия), и на давление в сонной артерии (АД) электроманометром ЭМТ-31 (Швеция).

**Результаты.** Корвитин, вводимый в желудок в дозах 2,5 мг/кг и 5 мг/кг, увеличивал ЛК на 58,6% (p<0,05) и 89,3% (p<0,05) соответственно в сравнении с исходным уровнем, а в дозе 40 мг/кг уменьшал ЛК на 60,5% (p<0,001). АД во всех случаях изменялось слабо и недостоверно.

**Заключение.** Корвитин оказывает выраженное вазоактивное влияние в СОЖ: в дозах 2,5 мг/кг и 5 мг/кг расширяет кровеносные сосуды СОЖ, увеличивая в них кровоток, а в дозе 40 мг/кг суживает эти сосуды, вследствие чего кровоток в них уменьшается.

### 116. Воздействие внутрижелудочного введения корвитина в дозах 10, 20 и 40 мг/кг на секреторную функцию желудка крысы

Янчук П.И., Вовкун Т.В., Штанова Л.Я., Весельский С.П.,

Барановский В.А.

Киевский национальный университет им. Тараса

Шевченко, НИИ физиологии им. Петра Богача, УНЦ

«Институт биологии», Украина, e-mail: shtanova@ukr.net

**Цель исследования.** Ранее мы показали, что после введения в желудок крысы растворимого аналога кверцетина – корвитина в дозах 2,5 и 5 мг/кг в желудочном соке увеличивалась концентрация гексозаминов и цистеина, а объем желудочного сока, общая продукция соляной кислоты (СК) и общего белка не изменялись. Целью настоящей работы было исследование влияния корвитина в дозах 10, 20 и 40 мг/кг на показатели желудочной секреции у крыс.

**Материал и методы.** Голодным белым лабораторным крысам (масса 220-280 г) в желудок вводили 0,5 мл дистиллированной воды (контроль) или водного раствора корвитина в дозах 10, 20 и 40 мг/кг. Желудочную секрецию исследовали методом Шея. В желудочном соке определяли pH, общую продукцию СК, концентрацию общего белка (биуретовая реакция), глюкозамина и цистеина (хроматография на бумаге FN1).

**Результаты.** Корвитин в дозах 10, 20 и 40 мг/кг дозозависимо увеличивал в сравнении с контролем объем желудочного сока: на 23% (p<0,01), 40% (p<0,001) и 120% (p<0,001); продукцию СК: на 29% (p<0,01), 58% (p<0,001) и 431% (p<0,001); снижал концентрацию глюкозамина на 15% (p<0,01), 25% (p<0,001) и 44% (p<0,001) соответственно. Концентрация белка в ответ на 10 и 20 мг/кг препарата возрастала на 26% (p<0,01) и 72% (p<0,001) соответственно, а в ответ на 40 мг/кг – уменьшалась на 59,2% (p<0,001) относительно контроля. Концентрация цистеина в этих же условиях не изменялась.

**Заключение.** Представленные результаты свидетельствуют о том, что корвитин в дозах 10, 20 и 40 мг/кг угнетает функционирование защитных механизмов в желудке крысы и вызывает гиперсекрецию соляной кислоты.

**117. Участие простаноидов в сократительных реакциях воротной вены на катехоламинах**

Янчук П.И., Пасичниченко О.М., Виноградова Е.А.  
УНЦ «Институт биологии» Киевского национального университета им. Тараса Шевченко, Украина

**Цель исследования.** Кроме общепризнанного прямого действия норадреналина (НА) и адреналина (Адр) непосредственно на гладкомышечные клетки сосудов также известно их эндотелий-зависимое действие и модулирующее влияние простаноидов в таких реакциях. Целью работы было изучение роли простаноидов в сократительной активности воротной вены (ВВ) крысы под влиянием адреналина (Адр) и норадреналина (НА), а также определение локализации их синтеза в таких реакциях.

**Материал и методы.** Эксперименты проведены на препаратах ВВ крыс. Изолированные сосуды подлежали пассивному натяжению 5 мН и перфузировались подогретым раствором Тироде. Сокращение ВВ под влиянием НА (5 мкмоль/л), Адр (10 мкмоль/л) регистрировали на тензометрической установке. Блокаду синтеза простаноидов осуществляли индометацином (70 нмоль/л), дезэндотелизацию ВВ – сапонином (0,5 мг/мл).

**Результаты.** Апликация препаратов ВВ индометацином уменьшала силу тонических сокращений на 58% относительно контроля. После дезэндотелизации ВВ сила сокращений, индуцированных НА, снизилась на 52% относительно контроля. Индометацин не влиял на тоническую активность дезэндотелизированной ВВ, обусловленную НА. После предварительной перфузии ВВ индометацином сила ее сокращений на Адр снизилась на 22,5% в сравнении с контролем. Реакции дезэндотелизированных сегментов ВВ на Адр на 12,5% слабее реакций интактных сосудов. Блокада циклооксигеназы дезэндотелизированной ВВ уменьшила силу ее сокращений на Адр на 34,3% относительно контроля.

**Заключение.** Сократительные реакции воротной вены крыс на катехоламинах частично опосредуются эндотелием путем выделения констрикторных факторов, а именно, продуктов циклооксигеназного окисления арахидоновой кислоты, при этом механизмы опосредования простаноидами этих влияний, очевидно, различны.

**118. Особенности желчеобразования при блокаде эндотелиновых рецепторов типа В**

Янчук П.И., Радченко Н.С., Барановский В.А.  
НИИ физиологии им. акад. Петра Богача, УНЦ «Институт биологии» Киевского национального университета им. Тараса Шевченко, Украина

**Цель исследования:** изучить внешнесекреторную функцию печени при блокаде ЭТ<sub>В</sub>-рецепторов селективным антагонистом BQ-788.

**Материал и методы.** В острых опытах на крысах, наркотизированных уретаном (1 г/кг), изучали интенсивность секреции желчи путем сбора проб каждые 10 минут в течение 3 часов эксперимента. Концентрацию желчных кислот определяли методом тонкослойной хроматографии в 6 получасовых пробах желчи. Исследуемой группе животных вводили внутривенно блокатор ЭТ<sub>В</sub>-рецепторов BQ-788 (1 мкг/кг), контрольной группе – физиологический раствор (1 мл/кг).

**Результаты.** Введение крысам BQ-788 повышало уровень холе-секреции по сравнению с контролем на протяжении всего опыта. Максимум изменений (16%;  $p < 0,05$ ) наблюдался в 6-ом десяти-минутном промежутке после введения препарата. Наряду с этим BQ-788 приводил к повышению уровня концентраций тригидроксихолановых кислот, конъюгированных с глицином и таурином, в 6-й получасовой пробе на 32% и 30% ( $p < 0,05$ ) соответственно. Концентрации суммарных гликохолевых и таурохолевых дигидроксихоланов в 6-ом получасовом промежутке под влиянием BQ-788 возрастали еще больше – на 56,1% и 40,1% ( $p < 0,05$ ). Начиная с 3-го получасового периода при этом наблюдалась стимуляция синтеза свободных желчных кислот «de novo», что подтверждается возрастанием концентраций дигидроксихолановых на 28-36,4% ( $p < 0,05$ ) и тригидроксихолановых кислот на 55,8-79,3% ( $p < 0,05$ ).

**Заключение.** Изменение соотношения основных фракций желчных кислот в желчи крыс при блокаде ЭТ<sub>В</sub>-рецепторов указывает на

усиление синтеза свободных желчных кислот «de novo» и процессов конъюгации диоксихолановых кислот с глицином и таурином. Следовательно, в интактном организме циркулирующие в кровеносном русле эндогенные эндотелины угнетают эти процессы.

**119. Участие L-аргинина в регуляции кровообращения и тканевого дыхания печени**

Янчук П.И., Слободяник Л., Бондзик Е.В.  
Киевский национальный университет им. Тараса Шевченко, НИИ физиологии им. Петра Богача, УНЦ «Институт биологии», Украина

**Цель исследования.** Известно, что L-аргинин, как предшественник оксида азота, играет важную роль в нормальном функционировании организма. Вместе с тем, участие L-аргинина в регуляции кровообращения и тканевого дыхания печени почти не изучено. К тому же, как клиницисты, так и экспериментаторы используют эту аминокислоту преимущественно в дозах, в десятки раз превышающую физиологическую ее концентрацию в крови. Целью работы было изучить влияние L-аргинина в дозе, близкой к его физиологической концентрации в крови, на кровообращение и тканевое дыхание печени крыс.

**Материал и методы.** В острых опытах на белых лабораторных крысах массой 200-300 г под уретановым наркозом (1 г/кг) регистрировали давление в сонной артерии (АД) и воротной вены (Двв) электроманометром ЭМТ-31 (Швеция), локальный кровоток в печени (ЛКП) – методом водородного клиренса с электрохимической генерацией водорода, и напряжение кислорода в железе ( $pO_2$ ), используя полярограф LP-9 (Чехия), коэффициент скорости потребления кислорода печенью (К) рассчитывали по кривой падения  $pO_2$  в ней при окклюзии приносящих сосудов.

**Результаты.** Внутривенное (в/п) введение L-аргинина в дозе 5 мг/кг (близкой к концентрации в крови) понижало АД на 14,6% ( $p < 0,05$ ) и Двв на 8,7% ( $p < 0,05$ ), а также увеличивало ЛКП на 36% и К на 56,2% ( $p < 0,01$ ). Уровень  $pO_2$  в печени при этом почти не изменялся. Блокатор NO-синтазы L-NAME (20 мг/кг, в/п) полностью устранял изменения кровообращения, вызванные L-аргинином, и угнетал реакции К на 41,4% ( $p < 0,01$ ).

**Заключение.** L-аргинин расширяет кровеносные сосуды печени, увеличивая в ней кровоток, и усиливает тканевое дыхание в железе,  $pO_2$  в ней при этом не изменяется. Влияние аминокислоты на сосуды осуществляется через NO полностью, а на тканевое дыхание – лишь частично.

**Abstracts in English (A–Z)****120. The degree of small bowel cleanliness depends on the patient bowel cleansing schemes**

Derovs A., Pavlova J., Derova J.<sup>1</sup>, Pokrotnieks J.  
Internal Disease Department, Riga Stradins University,  
<sup>1</sup>Gastroklinik, Latvian Maritime Medicine centre, Riga, Latvia

**Introduction.** Despite the fact that capsule endoscopy (CE) has proved to be a valuable diagnostic tool, there are several factors influencing the quality of this procedure, including impermeable fluids, food remains etc.

**The aim.** To evaluate the most popular currently used bowel preparation schemes (BPS) as a quality index for CE.

**Materials and methods.** One of the 4 BPS were used a day prior to CE: 1) 2L polyethylene glycol (2IPEG) 2) 4l polyethylene (4IPEG) 3) 30 ml of castor oil (Co), or 4) 24 hours of fasting (Fas). The main regimens were either 2IPEG or Co. 4IPEG was chosen in cases if there were suspected delayed intestinal passage. Fas scheme has been used in patients when polyethylene glycol or castor oil was contraindicated. The assessment of the intestinal cleanliness (BCL) according to the utilised by us scale was as follows: very good (no bubbles, no fluid in the lumen); satisfactory (bubbles and fluid are hindering visualisation); poor (due to the bubbles and fluid some areas cannot be visualised). SPSS ver.16. was used for data analysis.

**Results.** Overall, of 350 patients who underwent CE, 270 were entered into the database. 24 (8.9%) pts. were used Fas, 35 (12.9%) – 4IPEG,

41 (15.1%) – Co, 171 (63.1%) – 2IPEG. BCL was as follows: very good – 57 (21.0%) cases, satisfactory – 190 (70.1%), poor – 24 (8.9%). Excellent BCL was ascertained mostly using 2IPEG (25.2%) and 4IPEG (20%), but poor – mostly with Fas (22.2%). The total percentage (very good and satisfactory BCL, when it was able to fully examine small bowel mucosa) was 94.2% in patients with 2IPEG BPS, 92.7% – with Co, 85.7% – with 4IPEG and 75% – with Fas. The positive correlation ( $\chi^2=16,019$ ,  $\phi=0,243$ ,  $p=0,014$ ) was observed between the degree of BCL and BPS.

**Conclusions.** Relatively large percentage of satisfactory bowel cleanliness and comparatively small percentage of bowel cleanliness rated as “very good” when using currently most popular bowel preparation methods point out to the outstanding issues in preparation of the bowel prior to CE. Due to our data better BCL could be obtained using 2IPEG and Co scheme.

#### 121. Different usages for lactic acid bacteria (reduction of allergenicity, conservation of fermented foods and antifungal activity)

El-Ghaish S.<sup>1,2</sup>, Belguesmia Y.<sup>1</sup>, Choiset Y.<sup>1</sup>, Rabesona H.<sup>1</sup>, Haertlé T.<sup>1</sup>, Ivanova I.<sup>3</sup>, Chobert J.-M.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>UR 1268 Biopolymères Interactions Assemblages, Equipe Fonctions et Interactions des Protéines, Institut National de la Recherche Agronomique, rue de la Géraudière, BP 71627, 44316 Nantes Cedex 3, France, <sup>2</sup>Department of Dairy Science, Faculty of Agriculture, Kafrelsheikh University, Kafrelsheikh 33516, Egypt, <sup>3</sup>Department of General and Applied Microbiology, Sofia University, Sofia, Bulgaria, e-mail: chobert@nantes-inra.fr

Lactic acid bacteria (LAB) possessing GRAS status are widely used in dairy industry for their milk acidifying and flavor development properties, but also for their proteolytic activity, antimicrobial activity, probiotic and exopolysaccharides production.

The strains *Lactobacillus fermentum*, *Lactobacillus plantarum*, and *Lactobacillus rhamnosus* isolated from Egyptian dairy products showed a strong proteolytic activity. *Lb. fermentum* and *Lb. plantarum* included PrtP protease, while *Lb. rhamnosus* contained PrtR protease. Proteases produced by isolated *lactobacillus* strains may be classified as PIII type, since they hydrolyzed  $\alpha_{S1-}$ ,  $\alpha_{S2-}$  and  $\beta$ -caseins. Depending on the reduced recognition and binding by IgE of  $\alpha_{S1-}$ , and  $\beta$ -caseins hydrolyzed by *Lb. fermentum*, *Lb. rhamnosus* and *Lb. plantarum* these strains may be used for the production of milk products with reduced  $\alpha_{S1-}$  and  $\beta$ -caseins immuno-reactivity.

*Enterococcus faecium* TX1330 and *Enterococcus faecium* E980 isolated from Egyptian dairy products were proved capable of producing a variety of bacteriocins (*ent A*, *ent B*, *ent P* and *ent L50A*) with considerable activity against *Listeria monocytogenes*. Analysis of *Enterococcus faecium* TX1330 and *Enterococcus faecium* E980 by the methods of molecular biology has revealed the absence of the virulence factor genes as compared with a positive strain (*Enterococcus faecalis* MM4594).

*Enterococcus durans* A5-11 is a LAB strain isolated from traditional Mongolian airag cheese. This strain inhibits the growth of a wide range of microorganisms including Gram-positive and Gram-negative bacteria and some fungi among which *Fusarium graminearum* CBS18532. This LAB produces two bacteriocins, named durancin A5-11a and durancin A5-11b, which contain 43 and 44 amino acids, respectively. Mass spectrometry analysis demonstrated molecular masses of 5206 Da and 5218 Da, respectively. Some synthetic peptides (whole durancins A5-11a and A5-11b, and also N-terminal half (21 amino acids) and C-terminal (22 and 23 amino acids) fragment of these peptides) were produced in order to study their antifungal properties.

Based on the obtained results, the studied strains may be used as safe and useful starter cultures or co-cultures.

#### 122. Relationship between patient complaints and upper gastrointestinal endoscopy findings

Kucinskaite G., Pukitis A., Pokrotnieks J.  
Riga Stradins University, Riga, Latvia

**Aim.** Digestive system disorders are very much appeal to a greater or lesser extent, serves as an indication or upper endoscopy. Relatively

little is known about the complaint link with upper endoscopy findings. The study aim is to establish a possible relationship between the patient's complaints before upper gastrointestinal endoscopy and endoscopic findings in time.

**Materials and methods:** In a retrospective study Digestive Endoscopy Unit pre-endoscopy questionnaire and endoscopic examination reports for the period from May to July 2013. Statistical data analysis was performed using SPSS, Excel, data processing applications and multivariate analysis program “Kulbak” with Informativity criteria ( $I > 1.0$  indicates that the trait is informative).

**Results:** The study enrolled 222 patients, including 158 (71.2%) women and 64 (28.8%) men. The upper gastrointestinal endoscopy was carried out in patients in the age group 60-69 years 47 (21.20%). Co-morbidity observed 126 (56.8%) patients. Of 222 patients 33 (14.9%) said that they do not appeal, 164 (73.9%) said that they have a complaint and 25 (11.3%) had a section on complaints empty. Frequently noted complaints were abdominal pain 90 (40.5%), heartburn was 30 (13.5%), flatulence were 24 (10.8%), epigastric pain were 24 (10.8%) and nausea was 20 (9%) patients.

While the most frequent endoscopic findings were hiatal hernia (37.80%), cardia failure (20.70 gastroesophageal reflux disease with esophagitis – 15.90%, (8.10%), hyperaemic gastropathia (35.10%), chronic active gastritis (33.50%), signs of atrophy of the stomach (24.30%), gastric erosions (16.20%), polyps (19.80%), duodenogastral bile reflux (13.50%), hyperaemic duodenopathy (6.30%), duodenal peptic ulcer scars (6.30%). A statistically significant relationship between the complaints and endoscopic findings were little: abdominal pain statistically significant endoscopic findings were anastomozitis ( $p = 0.05^*$ ) and joint pain endoscopic findings were credible scarring in the esophagus ( $p = 0.05^*$ ).

More correlations were found between age and other characteristics. Age was divided into 2 groups multivariate analysis program "Kulbak". The first group of  $\leq 49$  years old, and the second group of patients  $\geq 50$  year old patients.

The first age group of patients prior to upper gastrointestinal endoscopy complained of abdominal pain ( $p = 0.01$ ,  $I = 2.68$ ), while the second age group, there were no such complaints ( $p = 0.02$ ,  $I = 2.02$ ). The second age group occur endoscopic findings were the situation after gastric resection ( $p = 0.03$ ,  $I = 7.73$ ), dividing anastomosis ( $p = 0.05$ ,  $I = 7.22$ ). The first age group of patients with probable endoscopic findings were hyperaemic gastropathy ( $p = 0.02$ ,  $I = 2.80$ ), whereas the second age group, erosive gastropathy ( $p = 0.02$ ,  $I = 4.55$ ). The second age group was also found signs of atrophy of the stomach ( $p = 0.01$ ,  $I = 4.01$ ).

**Conclusions:** Age was significantly higher association with endoscopic findings than the complaints before the upper gastrointestinal endoscopy.

#### 123. Simbionix GI Mentor simulator for medical students training in gastroenterology

Pokrotnieks J., Derovs A., Lejnicks A., Gardovskis J.  
Riga Stradins University, Riga, Latvia

**Background.** The GI Mentor (Simbionix Ltd., Beit Golan, Israel) is a computer-based simulator used for training in digestive endoscopy. It contains possibilities to simulate main endoscopic procedures and are used as prepatient endoscopy training.

**Aim.** The aim of our study was to evaluate the benefits of the GI Mentor teaching students gastroenterology.

**Method.** Were compared two groups of students to 10 students each. The same teacher for one of them showed endoscopic haemostasis for upper gastrointestinal tract using a simulator model, the other – traditional teaching with discussion and slides. Knowledge was assessed by questionnaire with 10 questions (one question – one correct answer – 1 point).

**Result.** The result was better than average GI Mentor User Group, but not statistically significant. The results are influenced by a relatively small number of our previous experience, the small number of test and the students more focusing on the same simulator (ATEL monitor) instead of medical knowledge.

**Summary.** GI Mentor Simbionix system seems usable tool for additional training medical students in gastroenterology.