

**10-я Юбилейная Северо-Западная  
научная гастроэнтерологическая сессия  
Научного общества гастроэнтерологов России**

**Программа**

**Вторник, 10 декабря 2013 года**

**09<sup>30</sup>-10<sup>35</sup> Открытие сессии**

Сопредседатели: А.В. Силин, Е.И. Ткаченко, В.Г. Радченко

- 09<sup>35</sup>-09<sup>55</sup> Е.И. Ткаченко, СЗГМУ им. И.И. Мечникова, Санкт-Петербург  
Организация гастроэнтерологической помощи в Санкт-Петербурге и Северо-Западном регионе Российской Федерации
- 09<sup>55</sup>-10<sup>20</sup> В.Г. Радченко, СЗГМУ им. И.И. Мечникова, Санкт-Петербург  
Системные проявления при хронических заболеваниях печени
- 10<sup>20</sup>-10<sup>40</sup> С.И. Ситкин, СЗГМУ им. И.И. Мечникова, Санкт-Петербург  
Новые терапевтические мишени при хронических заболеваниях кишечника
- 10<sup>40</sup>-11<sup>00</sup> Л.К. Пальгова, СЗГМУ им. И.И. Мечникова, Санкт-Петербург  
Функциональные билиарные нарушения. Спорные и неясные вопросы классификации и терапии
- 11<sup>00</sup>-11<sup>30</sup> О.А. Саблин, ВЦЭРМ им. А.М. Никифорова МЧС России, Санкт-Петербург  
Эффективная и безопасная антисекреторная терапия у полиморбидного больного
- 11<sup>30</sup>-12<sup>00</sup> М.А. Шевяков, СЗГМУ им. И.И. Мечникова, Санкт-Петербург  
Кандидоз пищеварительного тракта: современная терапия
- 12<sup>00</sup>-12<sup>30</sup> С.М. Захаренко, Военно-медицинская академия, Санкт-Петербург  
Антибиотик-ассоциированная диарея: актуальность проблемы в практике терапевта и гастроэнтеролога
- 12<sup>30</sup>-12<sup>50</sup> Л.И. Буторова, Первый МГМУ им.И.М. Сеченова, Москва  
Экоантибиотики: новая стратегия повышения эффективности антихеликобактерной терапии и профилактики антибиотик-ассоциированной диареи
- 12<sup>50</sup>-13<sup>20</sup> Кофе-брейк**
- 13<sup>20</sup>-16<sup>00</sup> Пленарное заседание «Современные подходы к терапии заболеваний кишечника»**
- Сопредседатели: С.В. Васильев, Е.И. Ткаченко, Е.Б. Авалуева, С.И. Ситкин
- 13<sup>20</sup>-13<sup>40</sup> С.В. Васильев, Первый СПбГМУ им. акад. И.П. Павлова, Санкт-Петербург  
Скрининг колоректального рака: теория и практика
- 13<sup>40</sup>-14<sup>00</sup> М.А. Суворова, Е.А. Тарасова, ООО «НИЛ Диагностика», Санкт-Петербург  
Инновационные методы диагностики микрофлоры желудочно-кишечного тракта
- 14<sup>00</sup>-14<sup>20</sup> Е.Б. Авалуева, СЗГМУ им. И.И. Мечникова, Санкт-Петербург  
Алгоритм выбора пробиотика в клинической практике
- 14<sup>20</sup>-14<sup>40</sup> Л.И. Буторова, Первый МГМУ им.И.М. Сеченова, Москва  
Современные возможности пребиотической терапии в гастроэнтерологической практике

- 14<sup>40</sup>-15<sup>00</sup> В.Б. Гриневиц, И.В. Губонина, Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова, Санкт-Петербург  
Современные возможности терапии тяжелых форм воспалительных заболеваний кишечника – перспективы и вопросы безопасности
- 15<sup>00</sup>-15<sup>20</sup> Е.Б. Авалуева, СЗГМУ им. И.И. Мечникова, Санкт-Петербург  
Аспекты лечения язвенного колита с точки зрения персонализированной медицины
- 15<sup>20</sup>-15<sup>40</sup> И.В. Губонина, Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова, Санкт-Петербург  
Современные аспекты базисной терапии ВЗК
- 15<sup>40</sup>-16<sup>00</sup> Н.Л. Денисов, НМХЦ им Н.И. Пирогова, Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова, Санкт-Петербург  
Прокинетическая терапия при СРК. Едва не утерянные возможности
- 16<sup>00</sup>-16<sup>20</sup> Перерыв**
- 16<sup>20</sup>-19<sup>00</sup> Пленарное заседание «Гастроэнтерология XXI века: от фундаментальных знаний к инновационным технологиям»**
- Сопредседатели: Е.И. Ткаченко, И.А. Оганезова, П.В. Селиверстов
- 16<sup>20</sup>-16<sup>40</sup> О.И. Ефимов, Военно-медицинская академия, Санкт-Петербург  
Ятрогенные дисбиотические нарушения у пациентов с кислотозависимыми заболеваниями
- 16<sup>40</sup>-17<sup>00</sup> И.А. Оганезова, СЗГМУ им. И.И. Мечникова, Санкт-Петербург  
Современные рекомендации по антихеликобактерной терапии
- 17<sup>00</sup>-17<sup>20</sup> П.В. Селиверстов, СЗГМУ им. И.И. Мечникова, Санкт-Петербург  
Профилактика неалкогольной жировой болезни печени
- 17<sup>20</sup>-17<sup>40</sup> Л.Н. Белоусова, СЗГМУ им. И.И. Мечникова, Санкт-Петербург  
Прукалоприд (резолор) в терапии хронического запора. Клинические примеры
- 17<sup>40</sup>-18<sup>00</sup> Н.В. Барышникова, Л.Н. Белоусова, СПбГМУ им. акад. И.П. Павлова, СЗГМУ им. И.И. Мечникова  
Тактика ведения больных хеликобактериозом с учетом региональных особенностей
- 18<sup>00</sup>-18<sup>15</sup> М.В. Кручинина, НИИТПМ СО РАМН, Новосибирск  
Влияет ли степень виремии на особенности оптических параметров крови пациентов с хроническими вирусными гепатитами В и С
- 18<sup>15</sup>-18<sup>30</sup> Р.М. Левит, Ярославская ГМА  
Взаимосвязь уровней гастрин-17, пепсиногенов I и II с характером патоморфологических изменений слизистой оболочки желудка при хроническом гастродуодените у детей
- 18<sup>30</sup>-18<sup>50</sup> Т.В. Решетова, Т.Н. Жигалова, А.А. Газиева, В.В. Петренко, СЗГМУ им. И.И. Мечникова, Санкт-Петербург  
Когнитивно-сберегающая противотревожная терапия у гастроэнтерологических больных
- 19<sup>00</sup> Фуршет**
- Все заседания сессии проходят в конгресс-центре «Московский» отеля Holiday Inn «Московские Ворота» по адресу: Московский пр., 97а (ст. м. «Московские Ворота»).*
- Программа сессии на 11 декабря 2013 года – на с. М1.*

**10-я Юбилейная Северо-Западная  
научная гастроэнтерологическая сессия  
Научного общества гастроэнтерологов России**

**Программа**

**Среда, 11 декабря 2013 года**

**10<sup>00</sup>-13<sup>00</sup> Пленарное заседание «Инновационные подходы к фармакотерапии заболеваний кишечника и гепатобилиарной системы»**

Сопредседатели: Е.И. Ткаченко, Л.К. Пальгова, Т.Н. Жигалова

10<sup>00</sup>-10<sup>20</sup> О.И. Ефимов, Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова, Санкт-Петербург  
Новый взгляд на традиционную терапию синдрома раздраженного кишечника (по данным DDW 2013)

10<sup>20</sup>-10<sup>40</sup> Т.Н. Жигалова, СЗГМУ им. И.И. Мечникова, Санкт-Петербург  
Гормональная терапия болезни Крона

10<sup>40</sup>-11<sup>00</sup> Б.Х. Самедов, КДЦ УД Президента РФ, Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова, Санкт-Петербург  
Дифференцированный подход к диагностике и лечению синдрома запора

11<sup>00</sup>-11<sup>20</sup> Т.Э. Скворцова, СЗГМУ им. И.И. Мечникова, Санкт-Петербург  
Современные подходы к лечению неалкогольного стеатогепатита

11<sup>20</sup>-11<sup>40</sup> Т.В. Ермолова, СЗГМУ им. И.И. Мечникова, Санкт-Петербург  
Неалкогольный стеатогепатит: лечение с позиции доказательной медицины

11<sup>40</sup>-12<sup>00</sup> К.Л. Райхельсон, СЗГМУ им. И.И. Мечникова, Санкт-Петербург  
Проблемы лечения стеатогепатитов различного генеза

12<sup>00</sup>-12<sup>20</sup> П.В. Селиверстов, СЗГМУ им. И.И. Мечникова, Санкт-Петербург  
Пути коррекции дислипидемии при неалкогольной жировой болезни печени

12<sup>20</sup>-12<sup>40</sup> В.В. Стельмах, СЗГМУ им. И.И. Мечникова, Санкт-Петербург  
Липотоксичность и повреждения печени при метаболическом синдроме: новая терапевтическая стратегия

12<sup>40</sup>-13<sup>00</sup> Л.К. Пальгова, СЗГМУ им. И.И. Мечникова, Санкт-Петербург  
Печеночная энцефалопатия у полиморбидного пациента. Вопросы дифференциальной диагностики и возможности коррекции

**13<sup>00</sup>-13<sup>30</sup> Кофе-брейк**

**13<sup>30</sup>-18<sup>00</sup> Пленарное заседание «Фундаментальные и прикладные проблемы взаимоотношений человека и микроорганизмов. Пробиотики, пребиотики, метабиотики и функциональное питание в практике врача»**

Сопредседатели: В.М. Бондаренко, В.П. Добрица, Л.С. Орешко, А.Н. Суворов, Е.И. Ткаченко

13<sup>30</sup>-13<sup>50</sup> Е.И. Ткаченко, СЗГМУ им. И.И. Мечникова, Санкт-Петербург  
Актуальные проблемы клинической микробиологии

13<sup>50</sup>-14<sup>10</sup> А.Н. Суворов, НИИ экспериментальной медицины СЗО РАМН, Санкт-Петербург  
Новые представления о микробиоте человека в условиях патологии и пробиотиках как средствах коррекции патологических состояний, связанных с нарушениями микробиоценоза

14<sup>10</sup>-14<sup>30</sup> В.П. Добрица, СЗГМУ им. И.И. Мечникова, Санкт-Петербург  
Пробиотики и пребиотики: современное состояние проблемы, достижения и перспективы

14<sup>30</sup>-14<sup>50</sup> П.В. Селиверстов, СЗГМУ им. И.И. Мечникова, Санкт-Петербург  
Новые возможности пробиотиков в коррекции микробиоценоза у больных хроническими гепатитами

14<sup>50</sup>-15<sup>10</sup> В.И. Пилипенко, НИИ питания РАМН, Москва  
Диетотерапия ожирения при сопутствующей патологии органов пищеварения

15<sup>10</sup>-15<sup>30</sup> Е.А. Чихачева, СЗГМУ им. И.И. Мечникова, Санкт-Петербург  
Современные рекомендации по коррекции дисбиоза

**15<sup>30</sup>-15<sup>40</sup> Перерыв**

**15<sup>40</sup>-18<sup>00</sup> Пленарное заседание (продолжение)**

15<sup>40</sup>-16<sup>00</sup> В.М. Бондаренко, С.В. Фиалкина, И.Б. Рабаев, НИИЭМ им. Н.Ф. Гамалеи, Москва  
Частота встречаемости генов, контролирующих антилизоцимную активность, у штаммов *Klebsiella pneumoniae* кишечного происхождения

16<sup>00</sup>-16<sup>20</sup> Е.С. Белозеров, И.Р. Каримов, Н.Н. Мурыванова, Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова, Санкт-Петербург, Ульяновский ГУ  
Гастроэнтерологические проблемы ВИЧ-инфекции

16<sup>20</sup>-16<sup>40</sup> Т.Я. Вахитов, Гос. НИИ ОЧБ ФМБА России, Санкт-Петербург  
Изучение механизмов действия метаболитных и бактериально-метаболитных препаратов

16<sup>40</sup>-17<sup>00</sup> Л.С. Орешко, СЗГМУ им. И.И. Мечникова, Санкт-Петербург  
Целиакия и микробиоценоз: нерешенные проблемы и пути их коррекции

17<sup>00</sup>-17<sup>20</sup> О.В. Рыбальченко, И.В. Ларионов, В.М. Бондаренко, О.Г. Орлова, Н.В. Скворцов, СПбГУ, Гос. НИИ ОЧБ ФМБА России, Санкт-Петербург, НИИЭМ им. Н.Ф. Гамалеи, Москва

Сорбция эндотоксина гидрофобным сорбентом «Сфероцелл»

17<sup>20</sup>-17<sup>40</sup> К.А. Шемеровский, НИИ экспериментальной медицины СЗО РАМН, Санкт-Петербург  
Запор и дисбиоз

17<sup>40</sup>-18<sup>00</sup> Обсуждение докладов и дискуссия.  
Закрытие сессии

*Все заседания сессии проходят в конгресс-центре «Московский» отеля Holiday Inn «Московские Ворота» по адресу: Московский пр., 97а (ст. м. «Московские Ворота»).*

*Все доклады, заявленные авторами как стендовые (постеры)\*, опубликованы в Материалах сессии (с. М2–М18) и включены оргкомитетом в программу. Стендовые доклады (постеры) представлены в фойе на 1-м этаже конгресс-центра.*

*\*Рекомендуемый формат постера: А1 (А4 × 8) = 840 × 594 мм (альбомная ориентация).*

**Материалы 10-й Юбилейной Северо-Западной научной гастроэнтерологической сессии Научного общества гастроэнтерологов России**

**А**

**1. Этиологические факторы функциональных расстройств, проявляющихся абдоминальными болями, у детей в возрастном аспекте**

Алленова Ю.Е., Печуров Д.В.

Пензенская областная ДКБ им. Н.Ф. Филатова, Россия

**Цель:** выявить этиологические факторы ФР ЖКТ, проявляющихся абдоминальными болями, у детей в возрастном аспекте.

**Материалы и методы.** Обследованы 98 детей (36 мальчиков и 62 девочки в возрасте от 2 до 17 лет) с ФР ЖКТ. Выделены 4 группы: I – дети в возрасте 2-3 лет (10 детей), II – 4-6 лет (30 детей), III – 7-11 лет (34 ребенка), IV – 12-17 лет (24 ребенка). Проведено анкетирование, сбор анамнеза, объективный осмотр, клинический и биохимический анализ крови, общий анализ мочи, трехкратное копрологическое обследование, ИФА крови к гельминтам, УЗИ, ФГДС.

**Результаты.** Наличие абдоминальных болей отметили 97,9% детей. Связь боли с пищевым фактором отметили 57,1% детей II, III, IV групп, с частым приемом антибиотиков – 28,5% детей I, II, III групп, с приемом НПВС – 25,5% детей II, III групп. У детей I и II групп в 8,1% случаев в анамнезе перенесенные глистные инвазии (лямблиоз, аскаридоз), а также ротавирусный гастроэнтерит – у 23,4% больных I, II, III групп. Аллергические проявления отмечены у 25% детей I и II групп. У 45,9% детей III и IV групп отмечались головные боли, повышенная утомляемость, что указывает на связь с астено-вегетативным синдромом. Изучены социальные и психологические составляющие, связанные с условиями жизни ребенка. Выявлено, что 94,8% детей воспитывались в полных семьях, а 5% детей III и IV группы – в неполных. По нашим данным 43% детей III и IV групп отметили связь обострений с семейными конфликтами, 33% III группы – с поступлением в школу, репетиторством, у 2% детей IV группы боль связана со смертью родственников, 10,2% не отметили провоцирующего фактора.

**Выводы.** ФР ЖКТ, проявляющиеся абдоминальными болями, имеют возрастные особенности. Боль у детей младших групп связана с биологическими факторами, аллергией, а в старших в большей мере с психосоциальными составляющими и вегетативной дисфункцией.

**2. Методика ранней диагностики поражения гепатобилиарной системы у больных ревматоидным артритом**

Антониади И.В., Тотров И.Н., Еналдиева Р.В.,

Джикаева З.С., Дзускаева З.О.

СОГМА (каф. внутренних болезней № 1), Владикавказ, Россия, e-mail: ilona-antoniadi@yandex.ru

**Цель:** разработать методику ранней диагностики поражения гепатобилиарной системы (ГБС) у больных ревматоидным артритом (РА).

**Материал и методы.** Обследован 81 пациент с длительностью РА до 10 лет.

**Результаты.** I этап – целенаправленный сбор жалоб, анамнеза, физикальное обследование больных. Учитывали длительность РА, наличие диспепсических расстройств, их связь с началом заболевания и приемом противоревматоидных средств,отягощенную наследственность и наличие патологии ГБС в анамнезе. Имели в виду, что боль в правом подреберье редко бывает выраженной, что может быть связано с болеутоляющим эффектом противовоспалительных препаратов. Чаще определялось чувство тяжести в правом подреберье. При общем осмотре обращали внимание на окраску кожных покровов и слизистых оболочек, обложенность языка налетом, при пальпации живота большое значение имело обнаружение болезненных точек, отражающих патологию ГБС. На II этапе

определяли в сыворотке крови показатели основных биохимических синдромов: цитолиза (аланин- и аспаратаминотрансферазу, лактагидрогеназу), холестаза (общий, прямой и непрямой билирубин, щелочную фосфатазу), печеночно-клеточной недостаточности (холестерин, холинэстеразу, альбумины), мезенхимального воспаления (тимоловую пробу,  $\alpha$ -,  $\beta$ - и  $\gamma$ -глобулины), показатели белкового (общий белок), углеводного (глюкоза) обмена и исследовали ультразвуковые параметры печени и желчного пузыря. Выполнение этого этапа позволяло сформулировать развернутый клинический диагноз патологии ГБС с учетом не только локализации, но и функционального состояния пораженного органа у больных РА. III этап заключался в разработке рациональных методов лечения, включающих диетические мероприятия и рекомендации к назначению препаратов для коррекции выявленных в ходе обследования изменений.

**Заключение.** Такой подход, с нашей точки зрения, позволит не только избежать нежелательных осложнений со стороны ГБС, но улучшит усвояемость и переносимость лекарственных средств, используемых в лечении РА.

**Б**

**3. Состояние верхнего отдела желудочно-кишечного тракта (ВОЖКТ) у больных саркоидозом**

Басиев З.Г., Хетагурова С.В., Гаглов Н.И., Басиева О.З.

Северо-Осетинская ГМА, Владикавказ, Россия

**Цель исследования:** установить особенности поражения ВОЖКТ у больных при установленном внутригрудном саркоидозе, учитывая малую изученность этой проблемы.

**Материал и методы.** В стационарных условиях обследованы 97 больных, у которых клинически и при компьютерной томографии, а у большинства больных также и бронхоловажным и цитологическим методом был диагностирован внутригрудной саркоидоз. Показанием для проведения эзофагогастродуоденоскопии (ЭФГДС) были проявления дискомфорта в груди и эпигастрии, а у части пациентов – признаки прогрессирования внегочного саркоидоза.

**Результаты.** Из 97 больных с установленным саркоидозом ЭФГДС проведена у 33 пациентов. Все эндоскопии ВОЖКТ сочетались с разными вариантами получения пристеночного материала для цитологического исследования. Неэрозивный эзофагит выявлен в 13 случаях, эрозивный – в 10. Антральный гастрит установлен у 15 больных, эрозивный антральный гастрит – у 4, аксиальная хиатальная грыжа I-II ст. – у 14, хиатальная грыжа, осложненная эзофагитом, – у 7, бульбит разной выраженности – у 23, дуоденогастральный рефлюкс I-III ст. – у 8, рубцовая деформация язвы двенадцатиперстной кишки – у 7, состояние после операции Бильрот 2 с культитом – у 1. Во всех случаях выявления таких патологий проводилась адекватная патогенетическая и симптоматическая терапия без трансгастрального приема гормонов, что ставим обязательным условием комплексного лечения саркоидоза.

**Заключение.** При внутриторакальном саркоидозе поражения ВОЖКТ – явление частое, что ставит перед необходимостью проведения ЭФГДС. С учетом выявленной при этом патологии следует избегать энтерального назначения гормональных средств при лечении саркоидоза.

**4. Пищевая сенсibilизация у больных с сочетанием бронхиальной астмы и гастроэзофагеальной рефлюксной болезни**

Басиева О.З.

Северо-Осетинская ГМА, Владикавказ, Россия

**Цель исследования:** изучение особенностей алерго-иммунологического статуса и определение лечебной тактики у больных с сочетанием бронхиальной астмы (БА), пищевой сенсibilизации (ПС) и гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (ГЭРБ).

**Материал и методы.** ПС выявлена клинико-анамнестически, алергологическими и иммунологическими тестами у 46 из 149 пациентов с ранее установленным диагнозом БА и ГЭРБ. Больные

(91 женщина и 58 мужчин) в возрасте от 18 до 68 лет имели тяжелую и среднетяжелую неконтролируемую форму БА.

**Результаты.** Выявлены рефлюкс-эзофагиты и ГЭРБ I ст. (10%), I-II ст. (18%), II ст. (49%), III ст. (23%). Во всех случаях сочетания ГЭРБ и БА установлены гастриты, гастродуодениты, язвенные и эрозивные процессы. У 34% выявлена контаминация *H.pylori*. Определены этиологически значимые аллергены: пищевые злаки – у 9 больных, рыба – у 8, молоко коровье – у 11, куриное яйцо – у 4, лесина – у 9, цитрусовые – у 12. Все пациенты отмечали связь обострений БА с активацией ГЭРБ. У 28% больных также одновременно обострялись и симптомы ПС. Аллергия к животным белкам достоверно чаще ( $p < 0,005$ ) выявлялась при более тяжелой степени ГЭРБ (II-III). Поливалентная ПС отмечена в группах больных с II-III ст. рефлюкса, а также в сочетании с эрозивными и язвенными процессами в пищеводе и желудке. Уровень общего IgE был выше при атопической БА с III ст. ГЭРБ. Включение в протокол терапии элиминационной диеты в сочетании с ингибиторами протонной помпы и мукопротекторами, а также эрадикационными средствами позволило добиться улучшения состояния и повысить уровень контроля БА у 88% пациентов.

**Выводы.** ПС при сочетании БА и ГЭРБ усиливает степень желудочно-пищеводного рефлюкса. Оптимизацию терапии в таких случаях следует проводить за счет элиминации пищевых аллергенов и коррекции патологии ЖКТ.

##### 5. Клиническое значение эзофагогастроэндоскопического исследования при затянувшейся пневмонии

Басиева О.З., Басиев З.Г.

Северо-Осетинская ГМА, Владикавказ, Россия

**Цель исследования:** эндоскопическим методом определить состояние верхнего отдела ЖКТ (ВОЖКТ) для выяснения одних из значимых механизмов в патогенезе затянувшихся пневмоний (ЗП).

**Материал и методы.** Эндоскопически исследовано состояние ВОЖКТ у 32 больных ЗП в возрасте 19-72 лет, женщин 16, мужчин 14. Эндоскопии дополнялись забором материалов для цитологического и бактериологического исследований. В части случаев (19 больных) в динамике проведены иммунологические исследования.

**Результаты.** Установлены катаральный эзофагит (21), антральный гастрит (13), гастрит тела и антрального отдела желудка (4), эрозивный пангастрит (5), язва желудка (1), бульбит (23), язвы и деформации двенадцатиперстной кишки (2), ДГР (8), признаки состоявшегося кровотечения (2), рак пищевода (1), анемия слизистых (3). У большинства обследованных произведена биопсия для поиска хеликобактерной инфекции. Во всех случаях имелась эндоскопически установленная патология ВОЖКТ. Переносимость фиброэндоскопии, как правило, была благоприятной.

**Заключение.** Несомненно, что выявленная патология ВОЖКТ была одной из реальных причин затяжного течения пневмонии, что может объяснить недостаточную эффективность пероральной антибиотикотерапии, а также снижение иммунитета и функциональные нарушения у обследованных больных.

##### 6. Гастрологические проблемы ВИЧ-инфекции

Белозеров Е.С.<sup>1</sup>, Каримов И.Р., Мурыванова Н.Н.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова,

Санкт-Петербург, e-mail: tessyes@yandex.ru, <sup>2</sup>Ульяновский

государственный университет, Россия

**Цель исследования:** дать характеристику вариантов и частоты поражения желудочно-кишечного тракта у больных ВИЧ-инфекцией. Эпидемия ВИЧ-инфекции в стране продолжается без тенденции к снижению:

– в 2011 г. в день выявляли 170 инфицированных ВИЧ, в 2012 году – 190;

– число зарегистрированных на начало 2013 г. в РФ составляет 761 тыс, по оценкам экспертов ВОЗ в России их 1–1,3 млн;

– вновь было выявлено ВИЧ-инфицированных (т.е. больных): в 2010 г. – 59,3 тыс, в 2011 г. – 60,5 тыс, в 2012 г. – 69,2 тыс;

– хотя полное излечения ни одна из применяемых сегодня комбинаций антиретровирусной терапии не дает, но, как полагают, с

конца 1990-х годов ожидаемая продолжительность жизни для людей с ВИЧ увеличилась в среднем на 13 лет;

– умерло от числа инфицированных за все время регистрации: в 2010 г. – 11%, в 2011 г. – 13%, в 2012 г. – 18% (125 тыс из 761 тыс зарегистрированных);

– растет смертность в возрастной группе 30-40 лет (в 2000 г. она составляла 9,9%, в 2011 г. – 42,1% от всех умерших ВИЧ+);

– без лечения промежутки времени от заражения ВИЧ до развития СПИДа составляет в среднем 9-10 лет, а время доживания в случае стадии СПИД составляет год и менее.

Клинику ВИЧ-инфекции определяют вторичные инфекции, включая онкопатологию вирусной этиологии. Согласно Российской классификации ВИЧ-инфекции (2006 г.), манифестация вторичных инфекций знаменует переход болезни в стадию 4. В Ульяновской области из всех зарегистрированных больных (12,3 тыс) в 2012 г. в стадии 2 находилось 0,11% пациентов, в стадии 3 (субклинической) – 63,4%, в стадии 4 (вторичных инфекций) – 36,5%, в терминальной стадии – 0,05%.

Из гастроэнтерологической патологии наиболее часто встречаются:

– бактериальные и вирусные кишечные инфекции (сальмонеллез выявляется в 20-100 раз чаще, чем у населения в целом, значительно чаще имеет место сальмонеллезный сепсис и рецидивы болезни), протекают тяжелее и упорнее; диссеминированная цитомегаловирусная инфекция выявляется у 90% умерших от СПИДа;

– эзофагит, обусловленный *Candida* (10-20%), цитомегаловирусом (10-20%), вирусом простого герпеса (2,5-5%), бактериями (*Streptococcus viridans*, *Staphylococcus* и др.), простейшими (*P. carinii*, *Cryptosporidium parvum*), на поздних стадиях болезни – идиопатические пищеводные язвы;

– опухоли пищевода и полости рта: саркома Капоши (этиология – герпесвирус 8-го типа), неходжкинская лимфома (возбудитель – вирус Эпштейна-Барр);

– вирусное поражение различных отделов желудочно-кишечного тракта, выявляемое у 1/4 пациентов, обусловленное преимущественно вирусами группы *Herpesviridae*, микроспоридиями, криптоспоридиями, микобактериями, *C.difficile*;

– новообразования (лимфома, саркома Капоши), встречаемые в 10-15% случаев, причем из всех пациентов с выявленным раком в 1/3 случаев процесс локализован в желудочно-кишечном тракте;

– поражение поджелудочной железы (20% случаев) бактериальной (микобактерии) и вирусной (цитомегаловирус, вирусы простого герпеса и Эпштейна-Барр), протозойной этиологии (токсоплазмоз, новообразования вирусной этиологии);

– поражение печени: хронический вирусный гепатит В и особенно часто С (до 70% пациентов из числа потребителей инъекционных наркотиков), токсоплазмоз печени, онкопатология (ходжкинская и неходжкинская лимфома); причиной поражения печени у этой группы больных часто служат лекарственные средства (сульфаниламиды, антибиотики, изониазид, противогрибковые препараты, аналоги нуклеозидов);

– поражение желчевыводящих путей: обструкция внепеченочных желчных путей, стеноз фатерова соска и склерозирующий холангит, внутривнутрипеченочный холестаз.

##### 7. Частота встречаемости генов, контролирующей антилизоцимную активность, у штаммов *Klebsiella pneumoniae* кишечного происхождения

Бондаренко В.М., Фиалкина С.В., Рабаев И.Б.

НИИЭМ им. Н.Ф. Гамалеи, Москва, Россия,

e-mail: bvmz@yandex.ru

**Цель исследования:** выявление в клинических изолятах *Klebsiella pneumoniae*, выделенных от детей с дисфункцией желудочно-кишечного тракта на фоне дисбактериоза кишечника, хромосомных детерминант *ivuC* гена, контролирующей антилизоцимную (Alz) активность.

Ранее нами у клинических штаммов *K.pneumoniae* 22-110 кишечного происхождения была обнаружена конъюгативная R-плазмида размером 60 МДа, в состав которой одновременно входили гены, контролирующей антилизоцимную (Alz) активность. Уровень Alz

достигал около 5 мкг/мл ОП. Антилизозимный фактор был выделен в гомогенном виде и охарактеризован как конкурентный ингибитор лизоцима (Бондаренко В.М. и др. // Журн. микробиол. – 1994. – № 1. – С. 22-28). Штамм *K.pneumoniae* 22-110, несущий указанную плазмиду, обозначенную как pAlz-60, был депонирован в музее культур ГИСК им. Л.А. Тарасевича (Москва). В настоящем исследовании с помощью ПЦР установлено наличие у бактерий *K.pneumoniae* 22-110 двух различных генов, контролирующих синтез ингибиторов лизоцима: *ivyC* (inhibitor vertebrate lysozyme type C) и *plcC* (periplasmic lysozyme inhibitor type C). Использованы пары праймеров для *ivyC* гена – CGCGCAGACGGTGAACCT и TGAGGGCGGCAACACAG (размер ампликона 227 н.п.) и плазмидного *plcC* гена – CCTATCGTCTGCTTGGCTTTGA и TGCTCAGGATGTCTTCGTCTTTT (размер ампликона 288 н.п.) соответственно (Перунова Н.Б. и др. // Журн. микробиол. – 2012. – № 6. – С. 8-12). Установлено, что при тестировании 30 клинических штаммов *K.pneumoniae*, выделенных от детей с дисфункцией желудочно-кишечного тракта, протекающей на фоне дисбактериоза кишечника, у 20 (65%) культур выявлены детерминанты *ivyC* гена, локализованного на бактериальной хромосоме.

## Г

### 8. Коморбидная патология верхнего отдела желудочно-кишечного тракта у больных хронической обструктивной болезнью легких

Гаглов Н.И., Баснев З.Г.

Северо-Осетинская ГМА, Владикавказ, Россия

**Цель исследования:** установить характер коморбидной патологии верхнего отдела желудочно-кишечного тракта (ВОЖКТ) у больных хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ). **Материал и методы.** Эзофагогастродуоденоскопия (ЭГДС) проведена 63 мужчинам в возрасте 32-80 лет с длительностью ХОБЛ 5 и более лет. Показанием для исследования ВОЖКТ были патогномичные для патологии ЖКТ жалобы, а также частые рецидивы ХОБЛ, несмотря на неоднократное лечение органов дыхания в стационарных условиях. 86% больных были табакокурщиками со стажем 5-40 лет.

**Результаты.** Выявлены гастриты тела и антрального отдела (28 больных), эрозивный гастрит (5), гастродуодениты (18), выраженный бульбит (25), антральный бульбит (19), эрозивный бульбит (4), дуоденогастральный рефлюкс I-II ст. (9), язва и рубцовая деформация двенадцатиперстной кишки (2), состояние после операций на желудке (4), рак тела желудка (2), гастроптоз (1), желудочно-пищеводный пролапс (1). У 21 больного имелось метаболическое ожирение I-II класса, 8 больных имели резко пониженную массу тела. Случаев без патологии ВОЖКТ при эндоскопии не было. Признаков ГЭРБ в этой группе обследованных не установлено. Всем больным в условиях клиники была проведена адекватная комбинированная терапия ХОБЛ и коморбидной патологии ВОЖКТ.

**Заключение.** Больным ХОБЛ с целью выявления коморбидной патологии ВОЖКТ показана ЭГДС. Она абсолютно необходима у мужчин-табакокурщиков и при часто рецидивирующей ХОБЛ для формирования комплексной терапии.

### 9. Комбинированные продукты на зернобобовой основе в питании детей с непереносимостью галактозы и коровьего молока

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

ВНИИЖ Россельхозакадемии (отдел детского и лечебно-профилактического питания), Санкт-Петербург, Россия, e-mail: lilia.gaponova@yandex.ru

**Цель исследования:** изучить возможность использования комбинированных продуктов на основе сои, нута, кедрового ореха и миндаля в питании детей, страдающих целиакией, лактазной недостаточностью и аллергией к белкам коровьего молока. **Материалы, методы, результаты.** Во ВНИИЖ разработана технология получения аналогов коровьего молока из зернобобового и

маслянистого сырья методом водной экстракции. В результате получается водная эмульсия или основа, так называемое «молоко», и нерастворимый остаток (окара). Зернобобовая основа может непосредственно использоваться в пищу или служит сырьем для производства напитков, в том числе ферментированных, белкового продукта (аналога творога) и т.д. Нерастворимый остаток является незаменимым компонентом в производстве полуфабрикатов для детского питания (котлеты, биточки, запеканки и т.д.). Рассчитаны оптимальные рецептуры напитков на зернобобовой основе, включающей в себя: соевая основа – 40-50%, нутовая основа – 20-30%, кедровая основа – 15-20%, миндальная основа – 10-15%. Соя и нут являются источниками полноценного белка, витаминов группы В, минеральных веществ (магний, кальций, железо, селен). Кедр и миндаль, содержащие до 50% полноценного растительного жира, позволяют установить жирность напитков на уровне 2,5-3,2% и обеспечить необходимую калорийность продукта, одновременно обогащая его витаминами (токоферолы) и минералами (магний, калий, кальций, железо, марганец, йод). Нерастворимый остаток также обладает высокой питательной ценностью, т.к. содержит до 8% белка, до 4% жира и до 1% клетчатки, витамины и минералы. Проведена клиническая апробация ферментированных напитков на зернобобовой основе и блюд, приготовленных с использованием зернобобовой массы в условиях стационара, которая показала хорошую переносимость указанных продуктов у детей с заболеваниями желудочно-кишечного тракта.

### 10. Синдром избыточного бактериального роста у пациентов с синдромом раздраженного кишечника с запорами

Гуз Н.П., Налетов А.В.

Медицинский центр «Гастро-лайн», Донецкий НМУ им. М. Горького, Донецк, Украина

**Цель исследования:** изучить частоту встречаемости синдрома избыточного бактериального роста (СИБР) у пациентов при синдроме раздраженного кишечника с запорами (СРК).

**Материалы и методы.** В исследовании приняли участие 38 пациентов с СРК с запорами. Диагноз СРК был установлен согласно III Римским критериям. Диагностику СИБР в тонкой кишке проводили при первичном обращении пациента и через 3 месяца при помощи водородного дыхательного теста с нагрузкой лактулозой с использованием анализатора «Лактофан 2» («АМА», Россия). Среди включенных в исследование пациентов было 28 женщин и 10 мужчин, средний возраст которых составил (34,0±3,2) года.

**Результаты.** При первичном обращении у всех пациентов выявлены симптомы хронического запора. Проведение водородного дыхательного теста с нагрузкой лактулозой позволило диагностировать СИБР у 32 (84,2%) больных. Через 3 месяца лечения с использованием осмотических слабительных средств, пробиотиков, коррекции диеты и применения физиотерапевтических методов лечения нормализация ритма дефекации была достигнута у 33 (86,9%) пациентов. При этом среди пациентов с положительным эффектом от использованной терапии СИБР при повторном исследовании выявлен в 6 (18,2%) случаях. Среди всех пациентов с сохраняющимися симптомами хронического запора регистрировался СИБР в тонкой кишке при повторном исследовании в 6 (15,8%) наблюдениях.

**Выводы.** У большинства пациентов СРК с запорами протекает на фоне СИБР в тонкой кишке, что необходимо учитывать в коррекции симптомов хронического запора.

### 11. Клинические особенности ГЭРБ, ассоциированной с грыжей пищеводного отверстия диафрагмы

Гуль И.С.<sup>1</sup>, Ракита Д.Р.<sup>2</sup>

РО ОКБ<sup>1</sup>, РОККД<sup>2</sup>, Рязань, Россия

**Цель исследования:** выявить клинические особенности ГЭРБ в сочетании с грыжей пищеводного отверстия диафрагмы (ГПОД). **Материал и методы.** В исследование были включены 162 пациента с ГЭРБ в возрасте от 17 лет до 71 года (77 мужчин и 85 женщин). Обследование включало анализ жалоб, сопутствующей патологии, ФГДС и рентгеноскопию желудка с контрастированием.

**Результаты.** Из 162 больных ГЭРБ у 137 имела место ГПОД (84,5%), в 85,4% случаев она была аксиальная. Эндоскопическое исследование определило стадии ГЭРБ: ГЭРБ без эзофагита выявлена у 49,4%, ГЭРБ I стадии – у 34,6%, ГЭРБ II стадии – у 9,9%, ГЭРБ III стадии – у 3,7%, ГЭРБ IV стадии – у 2,4% больных. Сопутствующая патология пищеварительной системы была представлена у 38 больных (23,4%) ЖКБ (у 15 в анамнезе холецистэктомия), у 38 (23,4%) – язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки, у 49 (30,2%) – хроническим бескаменным холециститом. При анализе жалоб пациентов выявлено, что 5,6% больных имели бессимптомное течение ГЭРБ; самыми распространенными жалобами были: изжога – 70,5%, боли в эпигастрии – 48,3%, отрыжка воздухом – 39,2%, боли за грудиной – 15%, дисфагия – у 11,1% больных. Жалоба на изжогу ассоциировалась с более молодым возрастом пациентов ( $r = -0,22$ ,  $p = 0,003$ ), с наличием фиксированной ГПОД ( $r = 0,23$ ,  $p = 0,002$ ). Наличие ГПОД у пациентов с ГЭРБ коррелировало с мужским полом ( $r = 0,23$ ,  $p = 0,0025$ ), с наличием жалоб ( $r = 0,38$ ,  $p = 0,000001$ ), с наличием жалоб на изжогу ( $r = 0,34$ ,  $p = 0,000009$ ), жалобы на боли в эпигастрии ( $r = 0,22$ ,  $p = 0,004$ ).

**Выводы.** Таким образом, ГЭРБ, ассоциированная с ГПОД, характеризуется более выраженной клинической симптоматикой, коррелирует с мужским полом. У пациентов с выраженными субъективными признаками болезни необходимо в алгоритм обследования включать рентгеноскопию желудка для выявления ГПОД и определения ее типа.

## Д

### 12. Возможности мультиспиральной компьютерной томографии (КТ) в оценке острого нарушения мезентериального кровообращения

Дроздова О.А., Козлова А.Л.

СПбГМУ им. акад. И.П. Павлова, ГБ № 40,

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

Стертая клиническая картина на ранней стадии заболевания, отсутствия достоверных лабораторных признаков часто не позволяют своевременно заподозрить острое нарушение мезентериального кровообращения. Летальность по-прежнему остается высокой (от 60% до 100%).

**Цель исследования:** оценка возможностей КТ в выявлении причин острого нарушения мезентериального кровообращения.

**Материалы и методы.** Были проанализированы результаты обследований 28 пациентов с клиническими признаками нарушения мезентериального кровообращения, из них 25 окклюзионного типа (тромбоз верхней брыжеечной артерии – 14, тромбоз нижней брыжеечной артерии – 1, тромбоз верхней брыжеечной артерии – 5, тромбоз верхней брыжеечной вены – 6) и 2 неокклюзионного типа.

**Результаты исследования.** Результаты КТ были сопоставлены с данными оперативных вмешательств, заключениями аутопсии.

**Выводы.** КТ-ангиография позволяет быстро и точно визуализировать топографо-анатомические особенности строения мезентериальных сосудов, определить характер их поражения (окклюзионный, неокклюзионный), в случае окклюзии установить ее уровень и протяженность, оценить состояние стенки кишки, выявить наличие осложнений, что способствует определению тактики лечения и объема оперативного вмешательства.

## Е

### 13. Нарушение функции печени при болезни Вильсона и аутоиммунном гепатите у детей

Евлюхина Н.Н., Волюнец Г.В., Пахомовская Н.Л.,

Четкина Т.С.

Научный центр здоровья детей РАМН, Москва, Россия

**Цель исследования:** определение степени нарушения функции печени и динамики ее изменений на фоне терапии при болезни Вильсона (БВ) и аутоиммунном гепатите (АИГ) у детей.

**Материалы и методы.** Проведен ретроспективный анализ историй болезни 101 ребенка с БВ (средний возраст (12,3±2,9) года) и 25 детей с АИГ (средний возраст (9,9±0,9) года). Степень нарушения функции печени (ФП) определяли по балльной шкале, разработанной и запатентованной в ФГБУ «НЦЗД» РАМН.

**Результаты.** При БВ степень нарушения ФП снижена до (40,6±1,2)%. У детей с циррозом печени (ЦП) при БВ ФП была снижена до (48,0±1,7)%, без ЦП – до (35,0±1,4)%. У пациентов при АИГ степень нарушения ФП была снижена до (29,8±2,8)%. У детей с циррозом печени (ЦП) при АИГ ФП была снижена до (34,1±3,4)%, без ЦП – до (22,1±2,0)%. Через 6 месяцев на фоне стандартной терапии степень нарушения ФП при БВ снизилась до (39,1±1,2)%, при АИГ – до (19,7±1,7)%. У детей с ЦП при БВ степень нарушения ФП снизилась до (42,4±1,7)%, у пациентов без ЦП – до (36,4±1,6)%. Через 12 месяцев на фоне стандартной терапии степень нарушения ФП при БВ снизилась до (34,4±1,5)%, однако у пациентов при АИГ выросла до (22,0±2,1)%. У детей с ЦП при БВ степень нарушения ФП снизилась до (36,8±2,3)%, у пациентов без ЦП – до (31,8±1,8)%. Однако у детей с ЦП при АИГ степень нарушения ФП повысилась до (23,0±2,1)%, у пациентов без ЦП при АИГ степень нарушения ФП повысилась до (21,2±2,0)%.

**Заключение.** У детей с БВ функция печени снижена на (40,6±1,2)%, с АИГ – на (29,8±2,8)%, что соответствует умеренным нарушениям функции печени. Проведение стандартной терапии БВ и АИГ у детей в большинстве случаев значительно улучшает функции печени.

## З

### 14. Гериатрический пациент в практике врача-гастроэнтеролога

Задорожная Н.А.

НГУ физической культуры, спорта и здоровья

им. П.Ф. Лесгафта, Санкт-Петербург, Россия,

e-mail: zadorozhnaya\_10@mail.ru

**Цель исследования:** оценить особенности течения заболеваний гастроэнтерологического профиля в гериатрической практике; изучить эффективность воздействия немедикаментозных факторов у больных пожилого и старческого возраста с кислотозависимыми заболеваниями на функционально-морфологическое состояние ЖКТ с учетом полиморбидного фона.

**Материалы и методы.** Под наблюдением находились 90 пациентов (возраст от 65 до 85 лет) с кислотозависимыми заболеваниями желудочно-кишечного тракта (основная группа).

Лечебный комплекс включал МИЛ-терапию от аппарата «Милта» на БАТ с длиной волны 890 нм, диапазоном излучения 800-900 нм, мощностью импульсов 4-7 Вт, с частотой 5 Гц, 15 мин, 10-12 процедур в сочетании с приемом фитосбора по 50 мл 3 раза в день за 30 мин до еды в течение 24 дней.

Состав фитосбора: кипрей, зверобой продырявленный, тысячелистник, пустырник, мята перечная в соотношении 3:3:2:2:2. Контрольная группа: 35 пациентов с аналогичной патологией, получавших магнитолазерную терапию, но без приема фитосбора.

**Результаты.** На фоне проведенного лечения отмечалось улучшение клинической симптоматики. Отмечалось снижение частоты Нр-инфекции. Исследование кислотообразующей функции желудка выявило отсутствие динамики средних значений базальной и стимулированной секреции, однако в обеих группах не было выявлено кислотостимулирующего действия. В основной группе отмечалось достоверное увеличение концентрации нуклеиновых кислот в полости слизи с одновременным уменьшением ее в полости сока ( $p < 0,05$ ) и достоверное увеличение содержания фукозы в желудочном соке, что свидетельствовало об улучшении морфологического состояния слизистой желудочно-кишечного тракта.

**Заключение.** Эффективность лечения в основной и контрольной группе составила: 98,5% и 64,3%. При этом в основной группе не наблюдалось развития патологической бальнеореакции, которая бы ограничивала применение физиофакторов в гериатрической практике.

**И****15. Клинико-лабораторные особенности лактазной недостаточности у детей с перинатальными поражениями центральной нервной системы**

Иванникова Т.И.

Воронежская ГМА им. Н.Н. Бурденко, Россия,  
e-mail: [tativ\\_med@mail.ru](mailto:tativ_med@mail.ru)

**Цель исследования:** определить особенности развития и течения лактазной недостаточности у детей, имевших перинатальные поражения центральной нервной системы (ЦНС).

**Пациенты и методы.** Проведен анализ особенностей течения лактазной недостаточности у 56 детей, диагноз лактазной недостаточности которым был поставлен на основании типичных клинических и лабораторных признаков.

**Результаты.** Анализ особенностей антенатального периода показал у матерей всех детей неблагоприятное течение беременности. У большинства детей отмечались типичные проявления лактазной недостаточности, однако обратили на себя внимание и особенности проявления этой патологии: у 50% детей определена тенденция к развитию диареи, у 42,9% – запоры, у 7,1% – чередование запоров и диареи. У 57,1% обследованных отмечены признаки липазной недостаточности. У всех детей лактазная недостаточность сочеталась с дисбиотическими нарушениями. У 80% детей выявлен дисбиоз кишечника 2-й степени, у 20% – 3-й. Дисбиотические изменения характеризовались снижением количества бифидобактерий до  $(8,1 \pm 0,1) \log_{10}$  КОЕ/мл ( $p < 0,05$ ), у 40% детей выявлено снижение количества лактобактерий, 80% имели в микропейзаже повышенное количество типичных кишечных палочек, 20% – измененные формы кишечных палочек. Условно патогенные энтеробактерии обнаружены при бактериологическом исследовании фекалий у 80% детей.

**Выводы.** Лактазная недостаточность является нередким состоянием у детей с перинатальными поражениями ЦНС, данное состояние у этих детей всегда сопровождается развитием выраженных дисбиотических изменений, диарея отмечается только в половине случаев, часто развивается липазная недостаточность.

**16. Опыт применения немедикаментозных методов коррекции интерферонового статуса у детей раннего возраста с дисбиозами кишечника**

Иванникова Т.И.

Воронежская ГМА им. Н.Н. Бурденко, Россия,  
e-mail: [tativ\\_med@mail.ru](mailto:tativ_med@mail.ru)

**Цель исследования:** изучить влияние светотерапии на показатели  $\gamma$ -интерферона в копрофильтратах у детей раннего возраста с дисбиозами кишечника.

**Пациенты и методы.** Обследованы 40 детей в возрасте от 6 месяцев до полутора лет с дисбиозами кишечника 1 степени. У обследованных определяли уровень  $\gamma$ -интерферона в копрофильтратах до и после применения светотерапии. Использовался аппарат для фототерапии «Дюна Т», обеспечивающий одновременное проникающее воздействие на организм светового потока красного и инфракрасного диапазонов. Применялось контактное воздействие на ответственные зоны ежедневно 1 раз в день в течение 5 дней.

**Результаты.** После 5 дней применения светотерапии у детей исследуемой группы отмечалось достоверное повышение уровня  $\gamma$ -интерферона в копрофильтратах:  $(1,84 \pm 0,05)$  пг/мл – до исследования и  $(7,70 \pm 0,14)$  пг/мл – после,  $p < 0,05$ .

**Выводы.** Применение метода светотерапии является перспективным в отношении усиления антивирусной защиты и может использоваться как для лечения энтеропатий, вызываемых вирусами, так и для профилактики вторичного дефицита интерферонов, развивающегося при повторных вирусных инфекциях и микробиологических нарушениях в кишечнике.

**17. Структура дисбиотических изменений у детей в зависимости от вида вскармливания**

Иванникова Т.И.

Воронежская ГМА им. Н.Н. Бурденко, Россия,  
e-mail: [tativ\\_med@mail.ru](mailto:tativ_med@mail.ru)

**Цель исследования:** определить структуру дисбиотических изменений у перенесших среднетяжелые формы поражения центральной нервной системы (ЦНС) детей, находящихся на различных видах вскармливания.

**Пациенты и методы:** 96 детей, из которых 40 находились на естественном, 26 – на искусственном и 30 – на смешанном вскармливании; всем детям в возрасте 2 месяцев проводилось бактериологическое исследование фекалий.

**Результаты.** У детей, находившихся на естественном вскармливании, состав микрофлоры толстой кишки характеризовался нормальными количественными и качественными показателями основной облигатной флоры; при типировании эшерихий у 40% детей выявлены формы с измененными свойствами. Условно патогенная флора (УПФ) была представлена только стафилококком (80% детей) и грибами рода кандиды (60%). Дисбиотические изменения у детей, находившихся на искусственном вскармливании базовыми смесями, отличались большим полиморфизмом: у 87% обследованных выявлен рост УПФ (протей, клебсиелла, цитробактер, энтеробактер), у 42,8% был обнаружен золотистый стафилококк, почти у 90% детей – грибы рода кандиды. Отмечено угнетение облигатной нормофлоры. У детей на смешанном вскармливании наименьшие изменения выявлены в анаэробном звене, у 50% детей констатирован избыточный рост типичной кишечной палочки, у такого же количества – эшерихий с измененными свойствами. У 67% пациентов зарегистрировано абсолютное отсутствие энтерококков, а УПФ определена у 2/3 обследованных.

**Выводы.** Видовой и качественный состав микрофлоры кишечника детей, перенесших перинатальные поражения ЦНС, имеет выраженную зависимость от вида вскармливания и характеризуется выраженными изменениями не только у детей на искусственном и смешанном вскармливании, но и на естественном (грудном).

**18. Факторы риска изменений слизистой желудка и двенадцатиперстной кишки у больных атеросклерозом**

Иванов М.А., Симонова К.А., Зайцев В.В., Куприш К.А.

СЗГМУ им. И.И. Мечникова (каф. общей хирургии),  
Санкт-Петербург, Россия

**Цель исследования:** выявить факторы, влияющие на состояние слизистой желудка у больных генерализованным атеросклерозом.

**Материалы и методы.** В основу исследования легли результаты наблюдения над 170 пациентами, оперированными по поводу атеросклеротического поражения магистральных артерий. В ходе обследования анализировалась степень выраженности ишемических изменений, функция печени и почек, больным выполнялась эзофагогастроскопия с исследованием на *Helicobacter pylori* (Hр), оценивалась липидограмма, учитывались сопутствующие заболевания. Анализировались причины изменения слизистой желудка с отбором наиболее значимых для гастропатий факторов.

**Результаты.** Исследование причин ЭЯС показало, что в наибольшей степени выражено влияние степени ишемии ( $p = 0,0001$ ). У пациентов с ишемией II Б степени по А.В. Покровскому выявлялись менее значимые поражения слизистой желудка, чем у пациентов с III и IV степенью. Наличие Hр влияло на развитие эрозивно-язвенных поражений слизистой. Пациенты с выраженным поражением Hр чаще страдали эрозивными (50,6%) и язвенными (31,3%) формами гастрита. Отмечается корреляция между тяжестью состояния по ASA и выраженностью изменений слизистой. 71,7% больных с тяжестью состояния II по ASA имели гастрит, у 43% с тяжестью состояния III по ASA определялись эрозивные изменения слизистой. В группе пациентов с тяжестью IV по ASA чаще, чем в других группах, возникали эрозивно-язвенные варианты гастропатии ( $p = 0,01$ ).

**Заключение.** Учитывая перечисленные факторы риска ЭЯС, необходимо заблаговременно использовать превентивные меди-

каментозные мероприятия. Больным с высоким риском гастродуоденальных кровотечений, то есть имеющим тяжелую степень ишемии, язвенный анамнез, находящимся в тяжелом состоянии (в том числе в связи с наличием других заболеваний) показано применение ингибиторов протонной помпы в периоперационном периоде.

## К

- 19. Содержание в крови N-терминального мозгового натрийуретического пептида при циррозе печени**  
Касьянова Т.Р., Левитан Б.Н., Горovenko В.Н., Петелина И.Ю.  
Астраханская ГМА, Россия

**Цель исследования:** определить содержание N-терминального мозгового натрийуретического пептида (Nt-proBNP) в плазме крови у больных циррозом печени (ЦП).

**Материалы и методы.** У 80 больных ЦП и 20 здоровых лиц, составивших контрольную группу (КГ), исследовали концентрацию Nt-pro-BNP в ЭДТА-плазме с помощью коммерческого иммуноферментного набора для количественного определения Nt-pro-BNP фирмы «Biomedica» (Германия).

**Результаты.** Медиана концентрации Nt-proBNP в группе больных ЦП составила 51,2 [14,5; 123] фмоль/мл, что с высокой достоверностью превышает данный показатель в КГ – 11,3 [7,5; 16,2] фмоль/мл. Наблюдалась значительная вариабельность изучаемого кардиомаркера при ЦП – от 6,8 до 213 фмоль/мл. У 17 пациентов (21,3%) значения Nt-proBNP были в пределах нормы, т.е. не превышали 20 фмоль/мл, а у 12 (15%) составляли более 100 фмоль/мл. При сравнении медиан показателей Nt-proBNP у больных ЦП по степени компенсации (22,5% больных класса «А», 51,2% класса «В» и 26,3% класса «С» по Child-Pugh) были выявлены достоверные различия:  $\chi^2=21,0$ ;  $p=0,0002$  (критерий Краскела – Уоллиса). Очевидно, что такая высокая достоверность касается различий между больными ЦП класса «А» и «С», где значения содержания протеина составили соответственно 28 [14,2; 45] фмоль/мл и 89 [65; 126] фмоль/мл. Различия между больными класса «В», где медиана показателя составила 46 [18; 79] фмоль/мл, и класса «С» также были достоверными ( $p<0,001$ ).

**Заключение.** Выявление повышения концентрации Nt-proBNP у больных ЦП, особенно класса «С» по Child-Pugh, помогает оценить степень тяжести хронической сердечной недостаточности, прогнозировать дальнейшее прогрессирование сердечных осложнений при ЦП.

- 20. Выбор метода исследования микробиоценоза кишечника с учетом требований к качеству**  
Корноухова Л.А.  
ЗАО «Северо-Западный центр доказательной медицины», Санкт-Петербург, Россия

**Цель исследования:** сравнить экспресс-диагностику микробиоценоза кишечника методом хромато-масс-спектрометрии микробных маркеров (МСММ) с возможностями современного бактериологического культивирования, проводимого в микробиологической лаборатории, внедрившей систему обеспечения качества ГОСТ Р ИСО 15189.

**Материалы и методы.** Лабораторные исследования проводились пациентам в комплексе с другими диагностическими тестами по назначению врача-гастроэнтеролога. Проанализировано 60 результатов исследований фекалий из одной пробы каждого пациента, из них 30 исследований – количественный бактериологический посев, 30 исследований – МСММ.

**Результаты.** При сравнении методов отмечены следующие трудности: МСММ имеет одну границу нормы, определяется 56 параметров, что затрудняет оценку результатов, отсутствует суммирование показателей общего количества анаэробов и аэробов. Лидирующим в количественном отношении, по нормам МСММ, является род *Eubacterium* (35%). Далее по ранжиру следуют лактобациллы (22%), бифидобактерии (17%), клостридии (7%) и

бактероиды (1%), что противоречит генетическим и культуральным нормам, а также данным автора методики. Отсутствует видовая дифференцировка лакто- и бифидобацилл, *Enterobacteriaceae*. Отмечено несоответствие результатов: у некоторых пациентов в процессе культивирования по ряду параметров не выявлено отклонения от нормы, в то же время расчет методом МСММ указывает на снижение количества микроорганизмов. Это характерно для бифидобактерий и бактериоидов (несоответствие в 17% результатов), лактобактерий (30%), *Enterobacteriaceae* (60%), стафилококков (67%), энтерококков (77%).

**Выводы.** При внедрении новых методов в практическую деятельность необходима оценка достоверности результатов, а также тщательное ознакомление и подготовка врачей-клиницистов к интерпретации данных.

- 21. Риски развития вторичного остеопороза при заболеваниях желудка и двенадцатиперстной кишки у женщин**

Коцеруба Т.А., Губанова Е.И., Фастова И.А., Кузнецова О.А., Дячкова С.Ю.  
Волгоградский ГМУ, областная клиническая больница № 1, Волгоград, Россия

**Цель исследования:** изучить влияние образа жизни на развитие вторичного остеопороза у женщин, страдающих патологией желудка и двенадцатиперстной кишки.

**Материал и методы.** При обследовании женщин с патологией желудка и двенадцатиперстной кишки проведено добровольное анонимное анкетирование по образу жизни. Респонденты разделены на две группы наблюдения: пожилые женщины ( $n=89$ ) и женщины второго зрелого возраста ( $n=64$ ).

Костная плотность у всех пациенток определена с помощью двухэнергетической рентгеновской абсорбциометрии (Dual Energy X-ray Absorptiometry, DXA) поясничного отдела позвоночника и проксимального отдела левого бедра.

**Результаты.** Средний возраст у женщин пожилого возраста составил ( $63,1\pm 0,6$ ) года, у женщин второго зрелого возраста – ( $48,5\pm 0,3$ ) года. У пожилых женщин остеопороз выявлен в 33,71% случаев, остеопения – в 56,18%. У женщин второго зрелого возраста остеопороз выявлен в 12,5% случаев, остеопения – в 39,06%. Пациентки с верифицированным остеопорозом в анкетах достоверно чаще отмечали потребление грубой и острой пищи, злоупотребление алкоголем. Для них характерны пренебрежение полноценным разнообразным питанием, содержащим животные жиры и витамины, нервное перенапряжение на работе и в семейных отношениях, гиподинамия и отсутствие активного отдыха.

Анализ полученных результатов в обеих группах наблюдения показал, что развитию вторичного остеопороза при заболеваниях желудка и двенадцатиперстной кишки способствуют не только постарение, мальабсорбция, нарушение всасывания витамина D и его метаболитов, но и нарушения здорового образа жизни.

**Вывод.** Установлено, что среди рисков развития вторичного остеопороза у женщин с патологией желудка и двенадцатиперстной кишки существенными являются нарушения здорового образа жизни.

- 22. Влияет ли степень виремии на особенности оптических параметров крови пациентов с хроническим вирусным гепатитом В и С**

Кручинина М.В., Курилович С.А., Громов А.А.,  
<sup>1</sup>Генералов В.М., <sup>2</sup>Кручинин В.Н., <sup>2</sup>Рыхлицкий С.В.  
НИИТПМ СО РАМН, Новосибирск, <sup>1</sup>ГНЦ ВБ «Вектор»,  
Кольцово, <sup>2</sup>ИФП СО РАН, Новосибирск, Россия

**Цель:** изучить влияние степени вирусной нагрузки (ВН) на особенности оптических характеристик эритроцитов (Эр), параметров сыворотки крови (СК) у пациентов с хроническим вирусным гепатитом В и С (ХГВ, ХГС).

**Материалы и методы.** Обследованы мужчины (72 человека в возрасте 34–67 лет) с ХГВ и ХГС с различной степенью ВН и 35



условно здоровых мужчин. Электрические и вязкоупругие параметры Эр изучены методом диэлектрофореза, оптические параметры СК – спектральной, отображающей эллипсометрией.

**Результаты.** Нарастание ВН у больных приводило к усилению агрегатообразования, гемолиза Эр на всех частотах, резкому снижению поляризуемости, увеличению электропроводности, снижению емкости мембран Эр, скорости движения клеток к электродам и дипольного момента ( $p < 0,001-0,05$ ), что коррелировало с выраженностью диспротеинемии, иммуно-воспалительного синдрома. При высокой ВН равновесная частота значительно смещена в низко- или высокочастотный диапазон ( $p < 0,03$ ). Эти изменения были связаны со сдвигами в оптических параметрах СК, что отражалось в повышении толщины, степени неоднородности тонких пленок, показателя преломления ( $p < 0,01-0,05$ ). Амплитуда деформации Эр под действием электрического поля при ХГС достоверно меньше, чем при ХГВ при условии одинакового представительства разных ВН в группах ( $p < 0,05$ ), а обобщенные показатели вязкости, жесткости, электропроводности – выше ( $p < 0,001-0,02$ ). Подобные различия, очевидно, связаны с более выраженными нарушениями липидного обмена ( $p < 0,05$ ), развитием инсулинорезистентности при ХГС, что рассматривается как внепеченочные проявления хронической НСВ-инфекции.

**Выводы.** Полученные данные о влиянии ВН на электрические, вязкоупругие параметры Эр, оптические характеристики сывотки крови могут быть использованы для внесения новых акцентов в терапию вирусного гепатита.

## Л

- 23. Исследование устойчивости пробиотических бактерий, входящих в состав препаратов «Флорин форте» порошок для приема внутрь, «Бифидумбактерин» и «Пробифор» к желудочному соку и желчным кислотам**  
Ланских А.Г.  
ЗАО «Партнер», Москва, Россия

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

Пробиотические лекарственные препараты обычно применяют после антибиотикотерапии бронхитов и пневмоний, часто развивающихся в детском возрасте. Однако следует отметить, что эффективность пробиотических бактерий зависит от их устойчивости к действию соляной кислоты, желчных кислот и способности сохранять биологическую активность при прохождении через ЖКТ.

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 бычьей сухой, 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=(7,20±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  $10^{-6}$  или  $10^{-7}$ .

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

В результате проведенных экспериментов нами 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% со-

ответственно, 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 этим воздействиям.

- 24. Взаимосвязь уровней гастрин-17, пепсиногенов I и II с характером патоморфологических изменений слизистой оболочки желудка при хроническом гастродуодените у детей**  
Левит Р.М., Спивак Е.М., Аккуратова И.С., Надежин А.С.  
Ярославская ГМА, Россия

**Цель исследования:** установить диагностическое значение определения гастрин-17, пепсиногенов I и II для оценки степени воспаления в слизистой оболочке желудка у детей.

**Материал и методы.** Обследованы 110 детей и подростков 7-17 лет с верифицированным диагнозом «хронический гастродуоденит». Уровни гастрин-17 (Г-17), пепсиногенов I (П I) и II (П II) определялись с помощью набора «Гастропанель» (производство Biohit, Финляндия). Морфологическая оценка воспаления в слизистой оболочке желудка (СОЖ) осуществлялась в соответствии с визуально-аналоговой шкалой.

**Результаты.** Установлено, что концентрации Г-17, П I и П II увеличиваются по мере усиления воспаления в теле желудка. Аналогичная закономерность наблюдается и в антруме, но только для пепсиногенов, тогда как уровень Г-17 вырастает только при выраженном процессе, сохраняясь на нормальных значениях при незначительном и умеренном воспалении. Среди обследованных больных выделена группа, состоящая из 22 пациентов, у которых имелись морфологические признаки атрофии СОЖ. Выявлено, что у этих больных отсутствуют достоверные отличия в показателях Г-17, П I и П II по сравнению с детьми без атрофии.

**Заключение.** Таким образом, ХГД у детей сопровождается увеличением сывороточных концентраций Г-17, П I и П II, что коррелирует со степенью выраженности и активности воспаления в СОЖ. Указанные показатели дают представление о воспалительном процессе, но не являются маркерами атрофии.

- 25. Состояние кожной микроциркуляции при хронических диффузных заболеваниях печени под влиянием плазмафереза**  
Левитан Б.Н., Иванников В.В., Сальникова Г.Г.  
Астраханская ГМА, Россия

**Цель исследования:** изучить динамику показателей кожной микроциркуляции (КМ) по данным лазерной доплеровской флоуметрии (ЛДФ) при хронических диффузных заболеваниях печени (ХДЗП) до и после курса дискретного плазмафереза (ПФ).

**Материал и методы.** У 23 больных ХДЗП (16 – хроническим гепатитом, 7 – циррозом печени) до и после курса из 3-5 процедур ПФ было проведено исследование КМ методом ЛДФ на аппарате ЛАКК-01 (НПП «Лазма», Россия). Контрольную группу (КГ) составили 23 здоровых донора. Исследования проводились в точке 1, расположенной в биологически активной зоне печени, и в точке 2 – на правом предплечье. При анализе ЛДФ-грамм определяли показатель микроциркуляции (ПМ), среднеквадратическое отклонение (СКО) и коэффициент вариации (Кв).

**Результаты.** При анализе ЛДФ-грамм в точке 1 у больных ХДЗП до ПФ имелось усиление базального кровотока: достоверное ( $p < 0,05$ ) увеличение ПМ и СКО по сравнению с КГ (соответственно  $(13,9 \pm 1,3)$  прф.ед. и  $(1,8 \pm 0,2)$  прф.ед. против  $(7,8 \pm 1,5)$  прф.ед. и  $(1,0 \pm 0,2)$  прф.ед.). После курса ПФ показатель ПМ достоверно ( $p < 0,05$ ) снизился до  $(9,4 \pm 1,4)$  прф.ед., приближаясь к показателям в КГ. Значения СКО и Кв после курса ПФ также снижались, но различия с исходными данными не были достоверными. Результаты в точке 2 как до лечения, так и после курса ПФ показали, что изменения КМ здесь были выражены в меньшей степени, чем в точке 1. До проведения ПФ при ХДЗП имелось лишь достоверное ( $p < 0,05$ ) увеличение средних значений ПМ по сравнению с КГ. Изменения остальных параметров

не были достоверными. После курса ПФ у больных ХДЗП в точке 2 также наблюдалась положительная динамика параметров ЛДФ, но различия не были достоверными.

**Заключение.** Имеется положительная динамика в проявлении нарушений КМ у больных ХДЗП после курса ПФ. Метод ЛДФ может быть использован для оценки реокорректирующего эффекта ПФ.

## 26. Запор: частота встречаемости клинических проявлений

Лызлова С.М., Белоусова Л.Н.

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

**Цель исследования:** оценить частоту встречаемости жалоб у пациентов с запорами.

**Материалы и методы.** Проанкетированы 18 пациентов с жалобами на запор. Соотношение мужчин и женщин 1:8, средний возраст 59 лет. Опрашиваемым задавались вопросы относительно наличия у них признаков запора (в частности, частота дефекаций за неделю, преобладающий тип стула по Бристольской шкале), также оценивались такие клинические проявления, как болезненность дефекации, чувство неполного опорожнения, позывы на дефекацию с невозможностью самой дефекации, вздутие и распирание живота, ощущение неполного опорожнения, боли в нижних отделах живота и их связь с дефекацией. Отдельно оценивалась частота приема слабительных средств различных фармакологических групп.

**Результаты.** Более половины опрошенных (56%) постоянно имеют стул не чаще 1–2 раз в неделю. У 50% больных 1–2 тип кала по Бристольской шкале, у 6% – гетерогенный стул (от 1 до 7 типа). Только 50% респондентов отметили стул преимущественно в утреннее время суток. 78% больных ощущают чувство неполного опорожнения, из них у 71% болезненная дефекация. Наличие позывов на дефекацию с невозможностью самой дефекации отмечают 78%, у 89% есть необходимость натуживания. Жалобы на вздутие и распирание живота предъявляют 72% больных. Боли в нижних отделах живота испытывают 61% опрошенных, среди них у 46% боли слабо выраженные, у 36% – умеренно выраженные, у 18% – значительно выраженные; 100% из них отметили, что боли уменьшаются (проходят) после дефекации. 33% проанкетированных больных постоянно принимают слабительные средства, преимущественно препараты лактулозы.

**Выводы.** Частота встречаемости клинических проявлений запора различна, что обуславливает необходимость индивидуального подбора терапии с учетом превалирующих в клинической картине жалоб.

## М

### 27. Опыт лечения ущемленных диафрагмальных грыж

Мазурин В.С., Прищепо М.И., Титов А.Г., Кригер П.А., Шестаковская Е.Е.

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

Ущемленные грыжи диафрагмы являются довольно редкой патологией, однако, в связи со сложностью диагностики больные поступают в хирургическое отделение в тяжелом состоянии с клиническими явлениями перитонита, эмпиемы плевры, выраженными электролитными нарушениями. У многих больных посттравматическая грыжа сочетается с другими повреждениями, что значительно утяжеляет их состояние. По данным Sangster G., Ventura V. 2009 г. летальность при ущемленных диафрагмальных грыжах достигает 50%.

**Цель исследования:** улучшение результатов лечения ущемленных диафрагмальных грыж.

**Материалы и методы.** За период с 1995 по 2013 гг. в хирургическом торакальном отделении ГБУЗ МО МОНИКИ проходили лечение 11 больных (5 мужчин и 6 женщин) с диагнозом «ущемленная диафрагмальная грыжа». Средний возраст пациентов составил (42±2) года. Все больные были переведены из больницы Московской области в разные сроки от начала заболевания.

Средняя продолжительность от начала заболевания до поступления в хирургический стационар составила 1–3 дня, время до постановки диагноза – от 1 до 8 дней, в среднем (4±1) дня. У 7 больных выявлена посттравматическая грыжа левого купола диафрагмы, у 3 – параэзофагеальная, у 1 больной была ущемленная грыжа после лапароскопической фундопликации. У всех больных был ущемлен желудок, у 5 – ободочная кишка и большой сальник, у 1 – селезенка. У больных с посттравматическими грыжами диафрагмы во всех 7 случаях была грыжа левого купола диафрагмы, у 1 больной – двух куполов (правосторонняя грыжа была выявлена только на аутопсии). «Свежая» травма наблюдалась у 2 (3 и 7 дней), остальные поступили в сроки от 2 до 12 лет с момента травмы.

Оперированы в МОНИКИ 6 больных, у 5 операции были выполнены в других стационарах области. В 8 случаях доступ был лапаротомный, в 2 – передне-боковая торакотомия слева, в 1 – одновременно выполнена лапаротомия и торакотомия. Во время операции выявлен некроз стенки ущемленных органов у 4 пациентов, что потребовало выполнить резекцию пищевода в 1 случае, желудка – в 2, толстой кишки – в 1; у 1 больного выполнено погружение линии некроза на желудке узловыми серозно-мышечными швами, у 2 – ушивание перфораций в желудке после попытки дренирования.

В послеоперационном периоде умерли 3 больных: 1 вследствие ОПН, 1 – в результате прогрессирования сердечно-легочной недостаточности, 1 – в связи с тяжелой сопутствующей черепно-мозговой травмой.

Послеоперационные осложнения отмечены у 1 больного – некроз кардиоэзофагеального перехода с перфорацией после левосторонней торакотомии, в связи с неадекватной ревизией.

**Выводы.** 1. Ущемленные диафрагмальные грыжи – редкая патология, представляющая большие сложности в диагностике. 2. При ущемленной диафрагмальной грыже показано экстренное хирургическое лечение в объеме ликвидации грыжи и пластики грыжевых ворот. 3. При ущемленной диафрагмальной грыже оптимальным доступом является срединная лапаротомия, при которой возможно выполнение резекционных операций. 4. Результат лечения зависит от длительности заболевания.

## Н

### 28. Комбинации генотипов *Helicobacter pylori* у детей при язвенной болезни двенадцатиперстной кишки

Налетов А.В., Гуз Н.П.

Донецкий НМУ им. М. Горького, Медицинский центр «Гастро-лайн», Донецк, Украина

**Цель исследования:** изучить распространенность *vacA* и *cagA* генотипов *Helicobacter pylori* (HP) у детей с язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки (ЯБДПК).

**Материалы и методы.** Обследованы 60 детей с ЯБДПК. HP диагностирована у всех пациентов двумя методами: быстрым уреазным тестом с биопсийным материалом и уреазным дыхательным «Хелико»-тестом («АМА», Россия). Генотипирование HP проводили с использованием наборов реагентов «Хеликопол» («Литех», Россия).

**Результаты.** Ген *vacA* выявлен у 57 (95,0±2,8)% детей. Наиболее часто регистрировались комбинированные генотипы сигнального и среднего участка аллелей гена *vacA*. Так, генотип *vacAs1s2* выявлен у 44 (73,3±5,7)% пациентов, а генотип *vacAm1m2* – у 41 (68,3±6,0)%. Наиболее часто имело место сочетание смешанных аллелей гена *vacA*. Генотип *vacAs1s2/m1m2* выявлен у 41 (68,3±6,0)% ребенка. Генотип *vacAs1m1* установлен в 13 (21,7±5,3)% наблюдениях. Известно, что сочетание генов *vacA* и *cagA* HP обладает наибольшей активностью к адгезии и внутриклеточной инфильтрации. Среди детей с ЯБДПК антиген *cagA* выявлен у 47 (78,3±5,3)% пациентов. Отмечен высокий процент встречаемости смешанного генотипа HP *vacAs1s2/m1m2* в сочетании с маркером островка патогенности – геном *cagA*. Так, комбинированный генотип HP *vacAs1s2/m1m2+cagA* выявлен у 30 (50,0±6,5)% пациентов с ЯБДПК.

**Выводы.** Для детей с ЯБДПК характерно наличие цитотоксических штаммов НР с комбинированным генотипом. Причиной полиморфизма штаммов, вероятно, является нестабильность генома НР, а также присутствие нескольких штаммов микроорганизма у одного больного.

## II

### 29. Эффективность комбинированных спазмолитических препаратов при синдроме раздраженного кишечника

Павленко А.Ф.  
Ставропольская ГМА, Россия

**Цель исследования:** оценить влияние комбинированного растительного препарата «Иберогаст» на клиническое течение синдрома раздраженного кишечника (СРК) с психосоматическими расстройствами и показатели аноректальной манометрии (АМ). **Материалы и методы.** Под наблюдением находились 15 пациентов с отсутствием эффекта от проведенной двухнедельной монотерапии спазмолитическими средствами. Пациенты имели следующие клинические проявления СРК: болевой синдром, императивные диарейные эпизоды в сочетании с вегетативными расстройствами. Исследовали методом АМ следующие показатели висцеральной чувствительности: пороговые значения ректальной чувствительности, позыва на акт дефекации и болевых ощущений, а также проводили психологическое тестирование в динамике двухнедельного лечения иберогастом. Контрольную группу составили 10 здоровых добровольцев.

**Результаты.** У больных, получивших терапию иберогастом, наблюдали положительную клиническую динамику заболевания в виде устранения абдоминалгии, императивных позывов на дефекацию, улучшения консистенции фекальных масс, нормализацию показателей висцеральной чувствительности в сочетании со снижением выраженности вегетативных нарушений по данным тестируемых параметров психологического статуса.

**Заключение.** Комбинированный растительный препарат «Иберогаст» может быть использован для многоцелевой терапии, так как обладает широким спектром действия, позитивно влияет как на клинические проявления СРК и восстановление показателей висцеральной чувствительности, так и повышает уровень психологической защиты, что позволяет повысить эффективность и безопасность при СРК.

### 30. Роль нейротензина при язвенном колите

Павленко В.В., Александрова С.Б., Катаганова Г.А.,  
Кораблина Н.В.  
Ставропольская ГМА, Россия

**Цель исследования:** изучить содержание нейротензина (НТ) в сыворотке крови и ткани толстой кишки (СОТК) больных активным язвенным колитом.

**Материалы и методы.** Обследованы 42 больных (17 мужчин и 25 женщин) в возрасте 20–60 лет с различной степенью активности ЯК в период обострения заболевания. Контрольную группу составили 20 практически здоровых людей. Содержание НТ определяли в сыворотке крови методом ИФА. Результаты выражали в нг/мл. Ткань толстой кишки получали при колоноскопии, взвешивали, гомогенизировали, центрифугировали. В надосадочной жидкости определяли содержание нейротензина методом ИФА. Результаты выражали в нг/г сырой ткани. Содержание НТ в контрольной группе в сыворотке крови составило  $(0,68 \pm 0,19)$  нг/мл, в СОТК –  $(1,58 \pm 0,19)$  нг/г. Полученные результаты обработаны статистически с использованием t-критерия Стьюдента для малых выборок, при уровне значимости  $p < 0,05$ .

**Результаты.** Содержание НТ в сыворотке крови у больных с легким течением ЯК (1 группа) снижено и составило  $(0,07 \pm 0,04)$  нг/мл ( $p < 0,001$  с контролем и между группами). При среднетяжелом и тяжелом течении ЯК регистрировались более низкие показатели нейротензида в сыворотке крови, но достоверных различий между группами не выявлено:  $(0,025 \pm 0,009)$  нг/мл

и  $(0,022 \pm 0,010)$  нг/мл соответственно,  $p < 0,05$  с контролем,  $p > 0,05$  между группами. В СОТК уровень НТ был повышен прямо пропорционально тяжести заболевания: 1 группа –  $(0,28 \pm 0,13)$  нг/г, 2 группа –  $(0,64 \pm 0,01)$  нг/г, 3 группа –  $(0,86 \pm 0,17)$  нг/г соответственно,  $p < 0,05$  с контролем и между группами.

**Заключение.** В период обострения ЯК содержание НТ в сыворотке крови снижено обратно пропорционально тяжести заболевания, а в СОТК повышено прямо пропорционально тяжести ЯК.

### 31. Содержание вазоинтестинального пептида в сыворотке крови и ткани толстой кишки при язвенном колите

Павленко В.В., Александрова С.Б., Катаганова Г.А.,  
Кораблина Н.В.  
Ставропольская ГМА, Россия

**Цель исследования:** изучить содержание вазоинтестинального пептида (VIP) в сыворотке крови и ткани толстой кишки (СОТК) больных активным язвенным колитом.

**Материалы и методы.** Обследованы 42 больных (17 мужчин и 25 женщин) в возрасте 20–60 лет с различной степенью активности ЯК в период обострения заболевания. Контрольную группу составили 20 практически здоровых людей. Содержание VIP определяли в сыворотке крови методом ИФА. Результаты выражали в нг/мл. Ткань толстой кишки получали при колоноскопии, взвешивали, гомогенизировали, центрифугировали. В надосадочной жидкости определяли содержание нейротензина методом ИФА. Результаты выражали в нг/г сырой ткани. Содержание VIP в контрольной группе в сыворотке крови составило  $(0,03 \pm 0,01)$  нг/мл, в СОТК –  $(0,18 \pm 0,01)$  нг/г.

**Результаты.** Содержание VIP в сыворотке крови у больных активным ЯК повышено. При 1-й степени активности показатели VIP составили  $(0,26 \pm 0,05)$  нг/мл ( $p < 0,001$  с контролем,  $p < 0,05$  между группами). При 2-й и 3-й степени активности ЯК регистрировались более высокие показатели нейротензида –  $(0,43 \pm 0,22)$  нг/мл и  $(0,59 \pm 0,16)$  нг/мл соответственно,  $p < 0,001$  с контролем,  $p < 0,05$  между группами. В СОТК уровень VIP снижен. При 1-й степени активности ЯК содержание VIP составило  $(0,052 \pm 0,019)$  нг/г,  $p < 0,001$  с контролем,  $p < 0,05$  между группами. При 2-й и 3-й степени активности регистрировались более низкие показатели нейротензида –  $(0,04 \pm 0,02)$  нг/г и  $(0,02 \pm 0,01)$  нг/г соответственно,  $p < 0,001$  с контролем, но достоверной разницы между группами не выявлено.

**Заключение.** В период обострения ЯК содержание VIP в сыворотке крови повышено, а в СОТК снижено в зависимости от активности иммуно-воспалительного процесса.

### 32. Проапоптотический маркер CD-95-L при язвенном колите

Павленко В.В., Катаганова Г.А., Александрова С.Б.,  
Кораблина Н.В., Урусова Ф.И.  
Ставропольская ГМА, Россия

**Цель исследования:** изучить экспрессию CD-95-L полиморфно-ядерными нейтрофилами периферической крови у больных язвенным колитом (ЯК) в зависимости от активности воспалительно-деструктивного процесса в толстой кишке.

**Материалы и методы исследования.** Обследованы 80 больных ЯК в возрасте от 18 до 60 лет (43 женщины и 37 мужчин). В 63,75% случаев встречались признаки активности, характерные для 2-й (умеренной) степени. Максимальная степень воспалительно-деструктивного процесса отмечена у 21,25%, минимальная степень у – 15% обследованных больных. Контрольную группу составили 20 практически здоровых людей. Содержание Bcl-2 в периферической крови определяли методом проточной цитометрии. Уровень экспрессии CD-95-L ПМЯЛ периферической крови в контрольной группе составил  $(10,3 \pm 0,9)\%$ .

**Результаты.** Установлено, что в период обострения ЯК экспрессия CD-95-L ПМЯЛ периферической крови была снижена и составила  $(7,1 \pm 2,3)\%$  ( $p < 0,05$  с контролем). Установлена обратно пропорциональная зависимость между экспрессией CD-95-L и степенью активности иммуно-воспалительного процесса. Так,

наименьшее количество нейтрофилов, экспрессирующих CD-95-L наблюдалось при максимальной степени активности воспалительно-деструктивного процесса в СОТК ( $3,75 \pm 1,23\%$ ,  $p < 0,05$  с контролем и между группами), а наиболее высокие показатели экспрессии CD-95-L ПМЯЛ регистрировались при 2-й и, особенно, 1-й степени активности процесса ( $5,71 \pm 0,27\%$  и  $(7,22 \pm 0,52)\%$  соответственно,  $p < 0,05$  с контролем и между группами).

**Выводы.** Установлена обратно пропорциональная зависимость между уровнем экспрессии CD-95-L нейтрофилов периферической крови у больных ЯК и активностью воспалительно-деструктивного процесса, что, видимо, отражает определенную зависимость тяжести ЯК от апоптотической готовности нейтрофилов.

### 33. Влияние ремикейда на синтез некоторых провоспалительных цитокинов больных язвенным колитом

Павленко В.В., Кораблина Н.В., Александрова С.Б.,  
Удовиченко Т.Г., Катаганова Г.А.  
Ставропольская ГМА, Россия

**Цель исследования:** изучить влияние первой инфузии препарата «Инфликсимаб» («Ремикейд») на синтез провоспалительных цитокинов ИЛ-1 $\beta$ , ИЛ-8, ФНО- $\alpha$  мононуклеарными клетками (МНК) и полиморфноядерными лейкоцитами (ПМЯЛ) больных язвенным колитом (ЯК).

**Материалы и методы.** Обследованы 37 пациентов с гормонорезистентными формами ЯК (индекс Рахмилевича более 16 баллов). Спонтанный и стимулированный синтез цитокинов в клетках крови изучали до и через 24 часа после первого введения инфликсимаба (на пике максимальной сывороточной концентрации препарата). МНК и ПМЯЛ выделяли из гепаринизированной крови, отмывали, стандартизировали, инкубировали в присутствии липополисахарида *E. coli* – 10мкг/мл (ЛПС). ИЛ-1 $\beta$ , ИЛ-8, ФНО- $\alpha$  определяли в клеточных супернатантах методом ИФА. Контрольную группу составили 10 практически здоровых людей. Статистическую обработку полученных результатов проводили с использованием программ SPSS 13.0.

**Результаты.** Установлено, что исходный (до введения инфликсимаба) спонтанный и стимулированный синтез ИЛ-1 $\beta$ , ИЛ-8, ФНО- $\alpha$ , МНК и ПМЯЛ зависел прямо пропорционально от клинической активности ЯК и был повышен в среднем в 3,5 раза. После инфузии инфликсимаба продукция ФНО- $\alpha$  МНК и ПМЯЛ снизилась (не до нормы), а синтез ИЛ-1 $\beta$ , ИЛ-8 иммунными клетками крови оставался повышенным ( $p < 0,05$  с контролем), причем как в спонтанных, так и в стимулированных условиях.

**Заключение.** Динамика синтеза провоспалительных цитокинов лейкоцитами крови под влиянием первой инфузии ремикейда может быть одним из предикторов клинического ответа на антицитокиновую терапию.

### 34. Изменения иммунного статуса у больных с вирусным циррозом печени

Пашенко И.Г., Визе-Хрипунова М.А., Муканеева Д.К.,  
Кочеткова Е.А., Барилко М.С., Колбинова А.Н.  
Ульяновский государственный университет, Россия

**Цель:** выявить характер и выраженность иммунологических нарушений у больных вирусным циррозом печени.

**Материал и методы.** Проведены иммунологические исследования у 39 больных циррозом печени (ЦП): женщин 24 (61,5%), мужчин 15 (38,5%), средний возраст 55,4 года. Маркеры HBV выделены из крови у 9 больных (23,1%), HCV – у 30 (76,9%). ЦП класса А (по Чайльду – Пью) диагностирован у 8 (20,5%), класса В – у 18 (46,2%), класса С – у 13 (33,3%). Во всех случаях ЦП активность воспаления была минимальной. Количественное определение иммунокомпетентных клеток периферической крови проводилось методом иммуномагнитной сепарации с использованием реагентов фирмы Дупал. Концентрация иммуноглобулинов в крови исследовалась методом Mancini. Контрольную группу составили 45 доноров станции переливания крови.

**Результаты.** У больных ЦП количество лейкоцитов, общих лимфоцитов, CD3 было в пределах нормы. Отмечалось повышение

содержания CD4 (хелперов) и CD8 (супрессоров) (соответственно  $(583 \pm 22) \times 10^9$ /л и  $(358 \pm 31) \times 10^9$ /л,  $p < 0,05$ ). Соотношение CD4/CD8 было увеличено статистически недостоверно ( $2,4 \pm 0,7$ ,  $p > 0,05$ ), а содержание CD19 (В клетки) составило  $474 \pm 41$ , у доноров  $283 \pm 22$  ( $p < 0,001$ ). У больных ЦП класса В и С отмечалось наиболее высокое содержание CD4 и тенденция к снижению CD8 ( $p > 0,05$ ). Концентрация иммуноглобулинов (Ig) зависела от степени компенсации основного заболевания. У больных ЦП класса А содержание Ig A, Ig M, Ig G было в пределах нормы. При ЦП класса В и С наблюдалось статистически достоверное повышение их концентрации.

**Вывод.** Таким образом, умеренный характер изменений в иммунном статусе преимущественно у больных ЦП классов В и С свидетельствует о повышении напряженности клеточного и гуморального иммунитета при прогрессировании процесса.

## Р

### 35. Сорбция эндотоксина гидрофобным сорбентом «Сфероцелл»

Рыбальченко О.В., Ларионов И.В., Бондаренко В.М.,  
Орлова О.Г., Скворцов Н.В.  
СПбГУ, Государственный НИИ особо чистых  
биопрепаратов, Санкт-Петербург, НИИ эпидемиологии и  
микробиологии им. Н.Ф. Гамалеи, Москва, Россия

**Цель исследования:** оценка сорбционной активности оригинальной целлюлозной матрицы «Сфероцелл», включающей гидрофобные лиганды алифатической природы.

В настоящее время повсеместно регистрируют микробиологические и иммунные нарушения при патологии желудочно-кишечного тракта, липидном дистресс-синдроме, диабете 2-го типа, ожирении и других заболеваниях с торпидным течением. При этом отмечают усиление транслокации эндотоксина – липополисахарида (ЛПС) – из просвета кишечника в системный кровоток с угрозой развития хронической эндотоксинемии, приводящей к срыву и истощению антиэндотоксинавого иммунного ответа и развитию «медиаторного хаоса». Первым звеном патогенетической цепи является белок сыворотки крови (LBP – Lipid Binding Protein), который в комплексе с ЛПС реагирует с рецептором CD-14, обеспечивая представление эндотоксина TLR-4 на поверхности фагоцитов, активируя транскрипционный ядерный фактор NF-kb. Важным этапом устранения ЛПС является его сорбция и выведение из просвета кишки. Для этого исследовали сорбцию ЛПС *E. coli* O55:B5 (Sigma, USA) из модельных растворов, содержащих различное количество ЛПС при совместном инкубировании с сорбентом в течение 24 час. Сорбцию в альбумине проводили в условиях предварительного насыщения сорбента 10% раствором альбумина. Количество ЛПС до и после сорбции определяли Chromo-LAL тестом. Показан уровень снижения концентрации ЛПС в интервале ~1800-3000 раз; в присутствии альбумина уровень снижения концентрации ЛПС в интервале ~50-280 раз; емкость сорбента по ЛПС в условиях конкуренции с альбумином составляла 37000 нг/мл сорбента. Установлено, что матрица «Сфероцелл» активно сорбирует ЛПС, а в условиях предварительного насыщения матрицы альбумином сорбция ЛПС проходит хуже, что свидетельствует о частичной блокировке активных центров сорбента белком.

## С

### 36. Нарушения функции пищеварения – основа медико-социальной экспертизы при язвенной болезни

Сергеев В.В., Сошина А.А.  
СПБИУВЭЖ ФМБА России, Санкт-Петербург, Россия

**Цель исследования:** оценка стойких нарушений функции пищеварения у больных с различными клиническими формами язвенной болезни.

**Материалом для исследования** послужили акты освидетельствования в БМСЭ СПб больных язвенной болезнью желудка (ЯБЖ) и двенадцатиперстной кишки (ЯБДПК) за период 2009–2011 гг.

В группу обследованных включен 131 больной: 61 пациент с ЯБЖ (средний возраст (53,1±1,2) года) и 70 – с ЯБДПК (средний возраст (51,1±1,1) года). Средний возраст манифестации заболевания составил среди пациентов с ЯБЖ (38,4±0,4) года, у больных с ЯБДПК – (30,1±0,3) года. Наиболее часто отмечалось длительное (более 10 лет, 50,8% пациентов с ЯБЖ и 57,2% с ЯБДПК), тяжелое (57,4% и 41,4% соответственно) течение заболевания, при этом чаще у мужчин, чем у женщин. Осложнения выявлены в 68,9% случаев при ЯБЖ и в 51,4% – при ЯБДПК. Чаще всего отмечались желудочно-кишечное кровотечение (44,3% и 22,9%) и пилородуоденальный стеноз (27,9% и 40,0%).

По данным лабораторного исследования в 34,4% случаев при ЯБЖ и в 24,3% случаев при ЯБДПК был выявлен анемический синдром: железодефицитная анемия (26,2% и 18,6% соответственно) отмечалась чаще, чем В<sub>12</sub>-дефицитное состояние (8,2% и 5,7%,  $p<0,01$  и  $p<0,05$ ). У 14,8% пациентов с ЯБЖ и 10,0% с ЯБДПК определялась белково-энергетическая недостаточность легкой степени тяжести, у 6,6% и 2,9% соответственно – среднетяжелой степени. Нарушения функции пищеварения 1-й степени были выявлены у 21,3% больных с ЯБЖ и 15,7% пациентов с ЯБДПК, 2-й степени – у 16,4% и 8,6% соответственно, 3-й степени – у 4,9% и 4,3%. Инвалидами III группы признаны 44,3% пациентов с ЯБЖ и 34,3% с ЯБДПК, инвалидами II группы – 4,9% и 4,3% соответственно.

Таким образом, стойкие нарушения функции пищеварения, приводящие к ограничениям жизнедеятельности в виде ограничения способности к самообслуживанию, самостоятельному передвижению и трудовой деятельности индивида, определялись тяжестью течения заболевания в виде учащения обострений в течение года, наличием анемического синдрома, белково-энергетической недостаточности и желудочно-кишечной диспепсии с нарушением полного пищеварения.

### 37. Вопросы диагностики и коррекции кишечного дисбиоза у пациентов с раком легкого, получающих химиотерапию

Серкова М.Ю.<sup>1</sup>, Авалуева Е.Б.<sup>1</sup>, Иванов С.В.<sup>1</sup>, Орлов С.В.<sup>2</sup>  
<sup>1</sup>СЗГМУ им. И.И. Мечникова, <sup>2</sup>НИИ пульмонологии  
 СПбГМУ им. акад. И.П. Павлова, Санкт-Петербург, Россия

**Цель исследования:** усовершенствование технологий лечения пациентов с раком легкого, получающих химиотерапию, на основании использования в составе комплексной терапии сорбционно-пробиотического комплекса «Бактистатин».

**Материалы и методы исследования.** Обследованы 30 пациентов с раком легкого, получающих курс химиотерапии. Пациенты основной группы (n=21) получали на фоне курса химиотерапии сорбционно-пробиотический препарат «Бактистатин». Пациенты контрольной группы (n=9) получали только химиотерапевтические препараты. Каждому пациенту до и после лечения проводили стандартизированный респонс для выявления гастроинтестинальных жалоб, исследование метаболитов микроорганизмов в крови методом газожидкостной хроматографии – масс-спектрометрии.

**Результаты.** У пациентов с раком легкого основной жалобой был запор (у 67%), также наблюдалось снижение в крови уровня метаболитов *Lactobacillus* (у 70%), *Bifidobacterium* (у 50%), *Bacteroides* (у 60%). После курса лечения сорбционно-пробиотическим комплексом «Бактистатин» у пациентов основной группы отмечено улучшение количественного состава кишечной микрофлоры (увеличение уровня метаболитов лакто- и бифидофлоры), снижение частоты встречаемости запоров с 67% до 28%, в то время как у пациентов контрольной группы значимых изменений изучаемых показателей не наблюдалось.

**Заключение.** Назначение сорбционно-пробиотического комплекса «Бактистатин» пациентам с раком легкого способствует поддержанию уровня исходного количества облигатных микроорганизмов, снижению частоты и выраженности гастроинтестинальных жалоб на фоне курса иммуносупрессивной терапии.

### 38. Антихеликобактерная терапия 2-й линии

Старостин Б.Д.

Городская поликлиника № 38, Санкт-Петербург, Россия,  
 e-mail: borstar56@yandex.ru

**Введение.** В процессе практической деятельности более чем в 20–50% случаев антихеликобактерная терапия 1-й линии оказывается неэффективной.

**Цель исследования:** оценить эффективность левофлоксацин-содержащей антихеликобактерной терапии.

**Материалы и методы.** В 1-й (исследуемой) группе (n=31) пациенты с Н.р.-ассоциированными заболеваниями (хронический гастродуоденит, язвенная болезнь) принимали ингибитор протонной помпы рабепразол (париет) по 20 мг 2 раза в день + амоксициллин (флемоксин) по 1,0 г 2 раза в день + левофлоксацин по 0,5 г 1 раз в день в течение 14 дней на фоне пребиотической терапии флоролактом по 5,0 г 2 раза в день в течение 1 месяца. Во 2-й группе (n=25) пациенты принимали пантопразол (санпраз) по 0,04 г 2 раза в день, амоксициллин (флемоксин) по 1,0 г 2 раза в день, де-нол по 240 мг 2 раза в день, левофлоксацин по 0,5 г 1 раз в день в течение 14 дней, также на фоне пребиотической терапии флоролактом, а в 3-й группе (n=21) пациенты принимали пантопразол (санпраз) по 0,04 г 2 раза в день, амоксициллин (флемоксин) по 1,0 г 2 раза в день, тинидазол по 0,5 г 2 раза в день, левофлоксацин по 0,5 г 1 раз в день в течение 14 дней на фоне адьювантной терапии флоролактом по 5,0 г 2 раза в день.

**Результаты.** В 1-й группе показатели эрадикации составили 87% среди всех вошедших в исследование и 90% среди закончивших исследование по протоколу; во 2-й группе – соответственно 84% и 91%, а в 3-й группе – 86% и 90%. Наличие эрадикации Н.р. подтверждалось только при отрицательных результатах всех трех контрольных тестов – быстрого уреазного теста, гистологически и моноклонального теста определения антигена Н.р. в стуле.

**Выводы.** Левофлоксацин-содержащие антихеликобактерные режимы (левофлоксацин-содержащая тройная терапия, левофлоксацин-висмут-содержащая терапия, левофлоксацин сопутствующая терапия) 2-й линии обладают высокой эффективностью.

### 39. Антихеликобактерная терапия с ацетилцистеином

Старостин Б.Д.

Городская поликлиника № 38, Санкт-Петербург, Россия,  
 e-mail: borstar56@yandex.ru

**Введение.** *Helicobacter pylori* (Н.р.), как и другие бактерии, входит в состав биопленки, покрывающей, как одеяло, слизистую оболочку желудка.

**Цель исследования:** оценить эффективность проведения антихеликобактерной терапии после приема ацетилцистеина (АЦЦ).

**Материалы и методы.** Проведено открытое мультицентрическое исследование по специально составленному протоколу. 1-ю (исследуемую) группу (n=65) составили пациенты с язвенной болезнью, хроническим гастродуоденитом, ассоциированными с Н.р. Пациенты этой группы принимали АЦЦ по 600 мг 1 раз в день в течение 7 дней до проведения антихеликобактерной терапии: рабепразол по 20 мг 2 раза в день – 10 дней, флемоксин по 1,0 г 2 раза в день – первые 5 дней, а с 6-го дня лечения – кларитромицин (фромилит) по 0,5 г и тинидазол по 0,5 г 2 раза в день 5 дней. Во 2-й группе (n=47) пациенты с язвенной болезнью, хроническим гастродуоденитом получали только стандартную последовательную терапию (СПТ). Эрадикация Н.р. подтверждалась при отсутствии Н.р. по данным быстрого уреазного теста, гистологически и по результатам моноклонального теста определения антигена Н.р. в стуле.

**Результаты.** В 1-й (исследуемой) группе при предварительном приеме АЦЦ с последующей СПТ эрадикация Н.р. была установлена у 61 из 65 пациентов, вошедших в исследование (94%), и у 61 из 64 закончивших лечение по протоколу (95%). Во 2-й (контрольной) группе при проведении только СПТ эрадикация Н.р. была отмечена у 40 из 47 пациентов, вошедших в исследование (85%), и у 40 из 46 закончивших исследование по протоколу (87%). Различия между группами соответственно

9% и 8%, что сравнимо с такими методами повышения показателей эрадикации Н.р., как увеличение продолжительности анти-Н.р. режима или увеличение дозы ингибитора протонной помпы. **Выводы.** Предварительное применение АЦЦ повышает показатели эрадикации Н.р. до оптимальных значений.

#### 40. Гибридная антихеликобактерная терапия

Старостин Б.Д.

Городская поликлиника № 38, Санкт-Петербург, Россия,  
e-mail: borstar56@yandex.ru

**Введение.** Субоптимальный характер эрадикации *Helicobacter pylori* в различных ранее проводимых анти-Н.р. режимах требует поиска новых вариантов лечения.

**Цель исследования:** оценить эффективность гибридной антихеликобактерной терапии у пациентов с *Helicobacter pylori*.

**Материалы и методы.** Проведено открытое исследование, в котором пациенты с Н.р.-ассоциированными заболеваниями (хронический гастрит – n=21, хронический гастродуоденит – n=37, язвенная болезнь с локализацией язвенного дефекта в двенадцатиперстной кишке – n=19 или в желудке – n=11) получали гибридную последовательно-сопутствующую терапию: ингибитор протонной помпы (санпраз) по 40 мг 2 раза в день, амоксициллин (флемоксин) по 1,0 г 2 раза в день 14 дней, а с 8-го дня лечения – кларитромицин (фромилит) по 0,5 г и тинидазол по 0,5 г 2 раза в день в течение 7 дней. Эрадикация Н.р. подтверждалась только при отрицательных результатах всех трех проводимых тестов (быстрый уреазный тест во время эндоскопического исследования, гистологически и моноклональный тест определения Н.р. в стуле не ранее чем через 4 недели после прекращения проведения анти-Н.р. режима).

**Результаты.** Эрадикация Н.р. была отмечена у 18 из 21 пациентов с хроническим гастритом (85%), у 32 из 37 пациентов с хроническим гастродуоденитом (86%); у 17 из 19 пациентов с язвенной болезнью с локализацией дефекта в двенадцатиперстной кишке (89%) и у 8 из 11 пациентов с язвенной болезнью с локализацией дефекта в желудке (82%).

**Выводы.** Гибридная антихеликобактерная терапия существенно превышает показатели эрадикации при стандартной тройной терапии, но не достигает оптимальных значений, требуя усиления (введение пробиотика – бифидорм, энтерол или пребиотика – флоролакт).

#### 41. Комбинированная терапия эрозивной формы ГЭРБ

Старостин Б.Д.

Городская поликлиника № 38, Санкт-Петербург, Россия,  
e-mail: borstar56@yandex.ru

**Цель исследования:** оценить эффективность медикаментозной терапии эрозивной формы гастроэзофагеальной рефлюксной болезни на фоне адьювантной терапии препаратом «Гевискон двойное действие».

**Материалы и методы.** Исследование проведено по специально составленному протоколу. Критериями включения в исследование были: возраст старше 18 лет, пациенты с симптомами ГЭРБ и наличием эрозивных изменений по данным фиброэзофагогастродуоденоскопического исследования в соответствии с Лос-анджелесской классификацией. Пациенты в течение 8 недель принимали пантопрозол (санпраз) по 40 мг 1 раз в день при ГЭРБ степени А или В (n=69) или пантопрозол (санпраз) по 40 мг 2 раза в день при ГЭРБ степени С или D (n=11) по Лос-анджелесской классификации. Адьювантно все пациенты в течение всего 8-недельного курса принимали препарат «Гевискон двойное действие» по 10 мл 4 раза в день. Проведен эндоскопический и симптоматический контроль, оценена удовлетворенность проведенным лечением через 8 недель от начала адьювантной терапии. Оценка самочувствия пациентом осуществлена по визуальной аналоговой шкале (ВАШ) до и после лечения.

**Результаты.** Через 8 недель от начала терапии эрозивные изменения слизистой пищевода были устранены у 63 из 69 пациентов с ГЭРБ А и В по ЛА классификации (91%) и у 8 из 11 пациентов с ГЭРБ С и D по ЛА классификации (72%). Симптомы заболева-

ния были полностью устранены соответственно у 82% и 55%. Удовлетворенность проводимым лечением составила 87%. ВАШ до лечения 8,5, а после проведенной комбинированной терапии санпразом и гевисконом двойное действие – 2,3.

**Выводы.** Результаты исследования свидетельствуют о целесообразности и обоснованности проведения терапии эрозивной формы ГЭРБ с использованием ингибитора протонной помпы (санпраз) и алгинат/антацидного препарата «Гевискон двойное действие».

#### 42. Лечение хронического панкреатита

Старостин Б.Д.

Городская поликлиника № 38, Санкт-Петербург, Россия,  
e-mail: borstar56@yandex.ru

**Введение.** Актуальность лечения хронического панкреатита (ХП) чрезвычайно высока.

**Цель исследования:** оценить эффективность комбинированной терапии ХП.

**Материалы и методы.** В 1-й (исследуемой) группе (n=31) пациенты с хроническим вторичным панкреатитом принимали пантопрозол (санпраз) по 40 мг 1 раз в день, витамин Е Vitrum по 400 МЕ 2 раза в день, пребиотик «Флоролакт» по 5,0 г 2 раза в день, а у пациентов 2-й группы (n=29) с секреторной недостаточностью (показатель эластазы в стуле менее 200 в граммe кала) дополнительно креон 40000 МЕ по липазе 3 раза в день. Критериями включения в исследование являлось наличие ХП по клиническому и ультразвуковому данным. У всех пациентов изучалась микрофлора кишечника до и после исследования. В 3-й группе пациенты (n=19) с ХП получали лечебный режим 1-й группы, но без флоролакта, а в 4-й группе (n=19) – без витамина Е.

**Результаты.**  $M_{cp} \pm m$  болевого синдрома в исследуемой группе до проведения лечения  $2,77 \pm 0,05$ . После проведенного лечения через 4 недели  $M_{cp} \pm m$  болевого синдрома в исследуемой группе –  $0,47 \pm 0,13$ . Различия в стихании болевого синдрома на фоне проведенной комбинированной четырехнедельной терапии статистически значимы –  $p < 0,001$ . Во 2-й группе также отмечена существенная статистически значимая динамика болевого синдрома, положительная динамика секреторной функции поджелудочной железы: повышение показателей эластазы на фоне дополнительной ферментативной терапии,  $p < 0,01$ . У пациентов обеих групп отмечено существенное улучшение качества жизни по SF-36. В ходе исследования было доказано, что добавление флоролакта и витамина Е усиливает анальгезирующий эффект терапии ХП.

**Выводы.** Комбинированная терапия: ИПП (пантопрозол – санпраз), антиоксидант витамин Е, пребиотик «Флоролакт» является высокоэффективным вариантом лечения ХП. При наличии секреторной недостаточности целесообразно дополнительно назначать ферментный препарат.

#### 43. Модифицированная последовательная терапия

Старостин Б.Д.

Городская поликлиника № 38, Санкт-Петербург, Россия,  
e-mail: borstar56@yandex.ru

**Введение.** Неудовлетворенность показателями эрадикации *Helicobacter pylori* способствует поиску новых вариантов лечения.

**Цель исследования:** оценить эффективность модифицированной последовательной терапии (МПТ) у пациентов с Н.р.-ассоциированными заболеваниями.

**Материалы и методы.** Проведено мультицентрическое исследование, в котором пациенты 1-й группы (n=57) с различными Н.р.-ассоциированными заболеваниями (хронический гастродуоденит – n=33, язвенная болезнь с локализацией дефекта в двенадцатиперстной кишке – n=15 или желудке – n=9) принимали пантопрозол (санпраз) по 0,04 г 2 раза в день в течение 14 дней, амоксициллин (флемоксин) по 1,0 г 2 раза в день – первые 7 дней, а с 8-го дня лечения вместо амоксицилина – кларитромицин (клайд) и тинидазол каждый по 0,5 г 2 раза в

день в течение 7 дней. Во 2-й группе (n=51) пациенты также с Н.р.-ассоциированными заболеваниями получали стандартную последовательную терапию с аналогичными препаратами. Сравнимые группы не имели значимых различий, которые могли бы повлиять на результаты исследования. Верификация Н.р. проводилась инвазивным методом – быстрый уреазный тест во время фиброзофагогастроуденоскопии и гистологически, а эрадикация Н.р. – быстрым уреазным тестом, гистологически и моноклональным тестом определения антигена Н.р. в стуле.

**Результаты.** В 1-й группе эрадикация Н.р. отмечена у 51 из 57 вошедших в исследование (89%) и у 51 из 55 закончивших исследование (93%). Во 2-й группе эрадикация Н.р. отмечена у 44 из 51 вошедших в исследование (86%) и у 44 из 50 закончивших исследование по протоколу (88%) (различия между группами не являются статистически значимыми).

**Выводы.** Модифицированная последовательная терапия и стандартная последовательная терапия *Helicobacter pylori* не достигают показателей оптимальной и требуют усиления (ацетицистин или пребиотическая терапия).

#### 44. Персонифицированная антихеликобактерная терапия

Старостин Б.Д.

Городская поликлиника № 38, Санкт-Петербург, Россия,  
e-mail: borstar56@yandex.ru

**Введение.** Знание и учет особенностей *Helicobacter pylori* и макроорганизма может способствовать улучшению результатов антихеликобактерной терапии – повышению показателей эрадикации, снижению частоты побочных эффектов.

**Цель исследования:** оценить эффективность персонифицированной терапии при проведении анти-Н.р. лечения.

**Материалы и методы.** Факторами, определяющими недостаточную эффективность антихеликобактерного режима, являются: низкий комплаенс, антибактериальная резистентность Н.р., Саg А-негативные штаммы Н.р., полиморфизм CYP2C19, гиперацидность, курение, употребление алкоголя, ошибки анти-Н.р. режима. С учетом перечисленных факторов всем пациентам очень тщательно был объяснен выбранный антихеликобактерный режим с подтверждением, что пациент может объяснить режим, определена до проведения анти-Н.р. режима резистентность Н.р. к различным антибактериальным препаратам для выбора соответствующих препаратов, определены полиморфизм CYP2C19 и кислотность желудочного сока. Все пациенты прекращали курение и употребление алкоголя на время проведения анти-Н.р. режима, проведена санация полости рта. В состав диеты вводились дополнительно продукты, богатые витаминами С и Е. Исследуемую группу составили 23 пациента, у которых были выполнены все условия. Анти-Н.р. терапия проводилась на фоне пребиотической – флоролакт по 5,0 г 2 раза в день. В качестве анти-Н.р. терапии за основу была взята стандартная последовательная терапия, но при гиперацидности доза рабепразола (париет) или пантопразола (санпраз) была увеличена; при резистентности Н.р. к кларитромицину проводилась висмут-содержащая квадротерапия.

**Результаты.** Показатель эрадикации составил 100%, то есть у всех 23 пациентов, включенных в протокол, была достигнута эрадикация Н.р.

**Выводы.** Достижение оптимальных результатов эрадикации *H.pylori* возможно лишь при учете всех особенностей микро- и макроорганизмов.

#### 45. Поддерживающая терапия дивертикулярной болезни толстой кишки

Старостин Б.Д.

Городская поликлиника № 38, Санкт-Петербург, Россия,  
e-mail: borstar56@yandex.ru

**Введение.** Дивертикулярная болезнь толстой кишки (ДБТК) сопровождается нарушением микрофлоры толстой кишки и наличием хронического воспаления.

**Цель исследования:** оценить эффективность применения курсового лечения пребиотическим препаратом «Флоролакт» на фоне приема месалазина.

**Материалы и методы.** Проведено сравнительное мультицентрическое исследование по специально составленному протоколу, в котором пациенты 1-й группы (n=31) с подтвержденной по данным эндоскопического исследования ДБТК принимали месалазин по 1,0 г 2 раза в день и флоролакт по 5,0 г 2 раза в день 10 дней каждого месяца в течение 12 месяцев. Пациенты 2-й группы (n=27) принимали только месалазин по 1,0 г 2 раза в день в аналогичном режиме. Возникновение рецидива заболевания оценивалось по характерным симптомам (боль, запоры, поносы и другие симптомы). При включении в исследование у всех пациентов была определена ремиссия ДБТК по клинико-лабораторным данным (отсутствие симптомов и показатель кальпротектина менее 50 мкг).

**Результаты.** В 1-й (исследуемой) группе при сочетании курсовом приеме месалазина и флоролакта 10 дней каждого месяца рецидив ДБТК определялся в течение 12 месяцев суммарно у 3 из 31 пациента, вошедшего в исследование (9,7%), и у 3 из 29 пациентов, закончивших исследование по протоколу (10%), тогда как во 2-й группе при использовании только месалазина без пребиотического комплекса «Флоролакт» рецидив суммарно был отмечен у 13 из 27 пациентов, вошедших в исследование (48%) и у 13 из 25 закончивших исследование по протоколу (52%).

**Выводы.** Сочетанная терапия месалазин + флоролакт при ДБТК является более эффективной поддерживающей терапией, чем монотерапия месалазином.

#### 46. Сравнительная эффективность стандартной последовательной терапии с рабепразолом и эзомепразолом

Старостин Б.Д.

Городская поликлиника № 38, Санкт-Петербург, Россия,  
e-mail: borstar56@yandex.ru

**Цель исследования:** оценить показатели эрадикации хеликобактерной инфекции у пациентов с Н.р.-ассоциированными заболеваниями.

**Материалы и методы.** В открытом сравнительном исследовании оценены показатели эрадикации *Helicobacter pylori* (Н.р.) у пациентов с Н.р.-ассоциированными заболеваниями. В 1-й группе (n=37) пациенты с хроническим хеликобактерным гастритом, язвенной болезнью с локализацией дефекта в двенадцатиперстной кишке принимали рабепразол (париет) по 20 мг 2 раза в день 10 дней, амоксициллин по 1,0 г 2 раза в день 5 дней, а с 6-го дня лечения кларитромицин (клацид) и тинидазол по 0,5 г 2 раза в день 5 дней. Пациенты 2-й группы (n=29) принимали вместо париета эзомепразол (нексиум) по 40 мг 2 раза в день. Наличие Н.р. было установлено у всех пациентов быстрым уреазным тестом (БУТ) и гистологически. Контроль эрадикации Н.р. проводился БУТ, гистологически и моноклональным тестом определения антигена Н.р. в стуле. Пациенты обеих групп для повышения показателей эрадикации и предупреждения развития нежелательных явлений дополнительно принимали флоролакт по 5,0 г 2 раза в день на фоне проведения анти-Н.р. режима и в течение 2 недель после его завершения.

**Результаты.** В 1-й группе среди всех вошедших в исследование показатель эрадикации Н.р. составил 89%, а по протоколу среди всех закончивших исследование – 92%, тогда как во 2-й группе соответственно 83% и 85%. Различия между группами не достигали статистически значимых значений. Следует отметить, что только режим последовательной терапии с дополнительным приемом флоролакта следует признать оптимальным, так как показатель эрадикации превышает 90%.

**Выводы.** Режим последовательной терапии с париетом и дополнительным приемом флоролакта – один из возможных вариантов анти-Н.р. терапии.

**47. Флоролакт в лечении метаболического синдрома**

Старостин Б.Д.

Городская поликлиника № 38, Санкт-Петербург, Россия,  
e-mail: borstar56@yandex.ru

**Введение.** По данным ВОЗ отмечается значительное увеличение числа пациентов с избыточной массой тела и ожирением, что приводит к росту распространенности различных заболеваний (метаболические заболевания, онкологические, астма, нейродегенеративные и другие).

**Цель исследования.** Оценить эффективность флоролакта у пациентов с метаболическим синдромом.

**Материалы и методы.** Проведено мультицентрическое исследование, в котором пациенты с метаболическим синдромом принимали пребиотический комплекс «Флоролакт» по 5,0 г 2 раза в день. Критериями включения в исследование являлось наличие у пациента неалкогольного жирового заболевания печени (стеатоз печени или неалкогольный стеатогепатит), гипергликемии, гиперхолестеринемии, гипертриглицеридемии. В контрольной группе пациенты подверглись повторному осмотру с контролем различных биохимических показателей через 3 месяца. Пациенты данной группы не принимали лекарств.

**Результаты.** В 1-й и 2-й группах пациентов с НАЖЗП выявлено умеренное повышение АЛТ и АСТ, билирубина общего и гамма-глутамилтранспептидазы, а также гипергликемия, гиперхолестеринемия, гипертриглицеридемия и повышенное содержание липопротеидов высокой плотности, повышение коэффициента атерогенности. Через 3 месяца непрерывной пребиотической терапии флоролактом отмечены положительная динамика функциональных печеночных проб, снижение показателей глюкозы в сыворотке крови, выраженности гиперхолестеринемии и гипертриглицеридемии, снижение коэффициента атерогенности. В 1-й группе отмечено умеренное снижение массы тела. Нормализация показателей холестерина, глюкозы ассоциировались с нормализацией микрофлоры толстой кишки.

**Выводы.** Флоролакт проявляет гипохолестеринемическое, гипогликемическое действие, снижает содержание триглицеридов и коэффициент атерогенности, оказывает опосредованное гепатопротекторное действие.

**48. Фитотерапия вирусного гепатита В**

Старостин Б.Д., Старостина Г.А.

Городская поликлиника № 38, Санкт-Петербург, Россия,  
e-mail: borstar56@yandex.ru

**Введение.** Хронический вирусный гепатит (ХВГ) В приводит к развитию цирроза печени, печеночной недостаточности или гепатоцеллюлярной карциноме. Противовирусная терапия ХВГ В сопровождается значительными побочными эффектами и характеризуется крайне высокой стоимостью, в связи с чем закономерен поиск более безопасного и экономичного лечения.

**Цель исследования:** оценить эффективность растения шлемник байкальский (*Scutellaria baicalensis*) у пациентов, инфицированных вирусом гепатита В.

**Материалы и методы.** В исследуемой группе (n=29) пациенты с подтвержденным наличием вируса гепатита В принимали экстракт шлемника байкальского, основным действующим компонентом которого является вогонин. Все пациенты принимали шлемник байкальский следующим образом: 20 г растения на 1,5 стакана горячей кипяченой воды нагревать на водяной бане 30 минут, пить по 1/3 полученного объема 3 раза в день в течение трех месяцев, после чего оценивалось наличие HBeAg, HBsAg и HBV ДНК.

**Результаты.** Через 3 месяца у каждого пятого пациента HBV ДНК не определялась, тогда как HBsAg и HBeAg не определялись у каждого второго.

**Выводы.** В связи с безопасностью и экономичностью данного варианта лечения следует помнить о фитотерапевтических возможностях лечения вирусного гепатита В.

**Т****49. Протективное действие пробиотических штаммов лактобактерий и природного гомологичного ИФН-γ при экспериментальной стафилококковой инфекции**

Тимошок Н.А., Чейпеш А.В., Шинкаренко Л.Н.,

Лазаренко Л.М., Подгорский В.С., Спивак М.Я.

Институт микробиологии и вирусологии

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

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

**Цель:** исследовать сочетанное воздействие пробиотических штаммов лактобактерий с природным гомологичным ИФН-γ на персистенцию стафилококков у экспериментальных животных.

**Материалы и методы.** Инфекцию генерировали у мышей СВА внутрибрюшинным введением *Staphylococcus aureus* 8325 LD50 ( $5 \cdot 10^8$  КОЕ/мышь). Инфицированным мышам ежедневно перорально вводили культуры *L.delbrueckii subsp. bulgaricus* LB86 ВКПМ-В-5788 или *L.rhamnosus* LB3 IMB В-7038 ( $1 \cdot 10^6$  кл./мышь) в течение четырех дней. Этим же животным однократно вводили мышинный ИФН-γ в дозе  $1 \cdot 10^3$  ед./мышь. Группы сравнения состояли из животных, которые отдельно получали ИФН-γ ( $1 \cdot 10^3$  ед./мышь) сразу после инфицирования, и животных, которым отдельно ежедневно вводили в течение четырех суток опытные лактобактерии ( $1 \cdot 10^6$  кл./мышь). Контрольно инфицированные животные получали 0,15M NaCl.

**Результаты.** Изучение действия препаратов на элиминацию стафилококков из организма мышей показало, что сочетанное использование ИФН-γ и лактобактерий к шестым суткам сопровождалось очищением почек (наиболее инфицированный орган животных) от возбудителя. Введение только ИФН-γ или лактобактерий позволяло сократить сроки персистенции инфекционных агентов в очаге воспаления и уменьшить количество персистирующих бактерий в организме с полной элиминацией стафилококков на девятые сутки опыта. В то же время у контрольно инфицированных животных персистенция стафилококков наблюдалась в течение 15 суток.

**Выводы.** Таким образом, комплексное использование ИФН-γ и лактобактерий проявляет значительное протективное действие при стафилококковой инфекции, однако механизмы их синергидных эффектов требуют дополнительных исследований.

**50. Стенозирующий эзофагит у ВИЧ-инфицированных**

Титов А.Г., Евсюков О.А., Прищепо М.И., Павлова Л.Е.

МОНИКИ им. М.Ф.Владимирского, Инфекционная  
клиническая больница № 2, Москва, Россия

На 1 ноября 2012 г. в РФ официально зарегистрировано 703781 ВИЧ-инфицированных. По оценкам эпидемиологов общее количество ВИЧ-инфицированных в РФ составляет около 1,2 млн, показатель заболеваемости на 100 тыс населения – 43,4. С 2010 года ВИЧ/СПИД вышел в России на 3-е место среди причин преждевременной смерти. Отмечается ежегодный прирост заболеваемости в среднем на 5%. Одним из проявлений ВИЧ-инфекции является развитие тяжелого эзофагита со стенозированием просвета. По данным Джона Барлетта, Джоэла Галланта (Медицинская школа Университета Джона Хопкинса) частота кандидозного эзофагита у ВИЧ-инфицированных составляет 50-70%, цитомегаловирусного (ЦМВ) – 10-20%, герпетического – 2-5%, афтозного эзофагита – 10-20%. По данным Трефильевой Е.И., ТБ № 11 ДЗ г. Москвы, причиной стеноза пищевода у ВИЧ-инфицированных является кандидозный эзофагит. По нашему мнению, стенозирующий эзофагит встречается только при ЦМВ поражении.

Государственное казенное учреждение здравоохранения города Москвы «Инфекционная клиническая больница № 2» – 960-кочная больница, специализирующаяся преимущественно на лечении ВИЧ-инфицированных. Отмечается неуклонный рост количества ВИЧ-инфицированных, которым оказана помощь в ИКБ № 2: в 2010 г. поступило 5744 ВИЧ-инфицированных, в 2011 г. – 6025, в 2012 г. – 6725. За год производится около 16000



эндоскопических исследований верхних отделов ЖКТ. Для диагностики ЦМВ-эзофагита проводятся следующие исследования:

- лабораторные: иммунограмма (ЦМВ-эзофагит развивается у пациентов с количеством лимфоцитов CD4<50 кл-1); определение ДНК ЦМВ в крови методом ПЦР;
- фиброэзофагогастродуоденоскопия с гистологическим исследованием биоптата слизистой пищевода.

Эндоскопическая картина острого ЦМВ-эзофагита очень вариабельна. Визуальная картина представлена либо наличием мелких множественных язвочек слизистой до единичных гигантских язв длиной до 10 см или диффузного поверхностного эзофагита. Поражение пищевода более выражено в средней и дистальной его части.

Гистологическая картина ЦМВ специфична. ЦМВ чаще поражает фибробласты подслизистого слоя и клетки эндотелия сосудов, а также клетки гладкой мускулатуры, поэтому для верификации диагноза биопсию следует брать из центра язвы. Наиболее заметным гистологическим признаком ЦМВ эзофагита является изъязвление слизистой оболочки, появляющееся обычно на внешне неизменном фоне и имеющее вариабельную глубину. Основными морфологическими признаками ЦМВ-инфекции являются образование цитомегалических клеток и интерстициальная лимфогистоцитарная инфильтрация. Цитомегалические клетки в 2–4 раза крупнее окружающих клеток и достигают 28–30 мкм. Они часто содержат расположенные эксцентрично и окруженные светлым ореолом внутриядерные амфифильные включения размером 8–10 мкм, что делает клетку похожей на глаз совы.

За период с 2010 по 2013 гг. в ИКБ № 2 диагностировано 4 стенозирующих эзофагита на фоне ЦМВ инфекции. Среди пациентов трое мужчин и одна женщина. Средний возраст составил 35,3 года. Длительность ВИЧ-инфекции в среднем 9,8 года. На учете в МГЦ СПИД состояли трое больных. Ни один пациент не принимал ВААРТ. У всех больных было выявлено протяженное рубцовое поражение пищевода. У троих поражение локализовалось в нижней трети пищевода, у одного – в средней и нижней трети.

Восстановление проходимости всем больным выполнялось путем курсового бужирования полыми рентгеноконтрастными бужами Savary-Gilliard (Wilson-Cook) № 93/221 по атравматической струне-направителю под эндоскопическим контролем. Длительность лечения в стационаре в среднем составила 14 койко-дней. Бужирование выполнялось через день и проводилось в стадии рубцевания на фоне противовирусной и РРІ-терапии. У всех больных был отличный результат бужирования, пищевод дилатирован бужем максимального диаметра (Fr-54).

**Результаты.** Осложнений после бужирования не было. У одного пациента через 10 месяцев возник рестеноз (больной не получал консервативную терапию ЦМВ инфекции), что потребовало повторного курсового бужирования пищевода.

**Выводы.** Стенозирование пищевода при инфекционном эзофагите у ВИЧ-инфицированных связано с наличием ЦМВ и отсутствием противовирусной терапии.

С целью улучшения качества жизни больных со стенозирующим эзофагитом показано проведение бужирования на фоне специфического лечения.

Бужирование является эффективным методом лечения инфекционного стенозирующего эзофагита.

#### 51. Анализ частоты встречаемости поражений пищевода в зависимости от инфицированности НР

Троцюк Д.В.<sup>1</sup>, Белоусова Л.Н.<sup>1</sup>, Барышников Н.В.<sup>2</sup>

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

**Цель исследования:** оценить частоту встречаемости поражений пищевода у НР(+) и НР(–) пациентов и определить степень влияния инфекции *H.pylori* на поражение пищевода.

**Материал и методы исследования.** В ходе исследования был проведен сравнительный анализ результатов ФГДС 60 пациентов с различными патологиями: по 30 больных с НР(+) и НР(–). В первую группу вошли пациенты с выявленной инфекцией

*H.pylori*, во вторую – пациенты с отрицательными анализами на наличие *H.pylori*. Верификация инфекции *H.pylori* проводилась с помощью быстрого уреазного теста (Ассоциация медицины и аналитики, Санкт-Петербург). В указанных группах сравнения оценивались следующие показатели: наличие эзофагита, эрозий, язв, хиатальной грыжи, недостаточности кардии, гастроэзофагеального рефлюкса.

**Результаты.** В группе НР(+) пациентов количество выявленных признаков по исследуемым критериям преобладало над результатами во 2-й группе. Эзофагит в 1-й группе встречался в 70% случаев, во 2-й группе – в 37%. Частота встречаемости эрозивно-поражения пищевода составила в 1-й группе 33%, во 2-й – 20%. Язвенное поражение пищевода присутствовало только у больных с НР(+) и составило 10%. Наличие хиатальной грыжи встречалось в обеих группах: в 1-й группе – в 67% случаев, во 2-й – в 60%. Недостаточность кардии среди больных с НР(+) составила 43%, у больных с НР(–) – 33%. Гастроэзофагеальный рефлюкс имел место у 80% пациентов 1-й группы и у 70% – 2-й группы.

**Выводы.** По результатам проведенного исследования было выявлено преобладание частоты поражений пищевода у пациентов с НР(+) по сравнению с НР(–). В обеих группах пациентов преобладающим явилось наличие эзофагита, у большинства обследуемых как в 1-й, так и во 2-й группе было выявлено наличие хиатальной грыжи и гастроэзофагеального рефлюкса; язвенное поражение пищевода присутствовало только у больных с НР(+). Таким образом, на основании проведенного исследования можно сделать вывод, что *H.pylori* оказывает влияние на поражение пищевода.

## У

#### 52. Эффект применения прукалоприда в терапии пациентов с хроническим функциональным запором, резистентных к применению слабительных средств

Удовиченко Т.Г.

Ставропольская ГМА, Россия

**Цель исследования:** оценить эффект применения прукалоприда в динамике четырехнедельной терапии пациентов, страдающих хроническим функциональным резистентным запором (ХФРЗ).

**Материал и методы.** Проведено обследование 28 пациентов, длительно страдающих ХФРЗ. Подавляющее большинство были женщины – 26 (92,9%), мужчин было 2 (7,1%). Средний возраст обследованных составил (46,3±2,4) года. Все пациенты (100%) до исследования принимали ежедневно большие дозы слабительных (до 6–8 таблеток препаратов сенны или бисакодила). Всем им был назначен прукалоприд (препарат «Резолор», производитель «Янсен») внутрь в дозе 2 мг в сутки на 28 дней. Оценивались следующие клинические показатели: переносимость препарата, необходимость дополнительного приема слабительных, характеристика стула, кратность дефекаций. Оценивались и другие клинические симптомы, сопровождающие запор и влияющие на качество жизни пациентов.

**Результаты.** Выявлена положительная клиническая динамика у всех 100% пациентов. Хорошая переносимость препарата была у 26 (92,3%) пациентов. У 2 (7,1%) пациентов в первые двое суток приема прукалоприда отмечалась головная боль, не потребовавшая отмены препарата. Нормализация консистенции и кратности стула произошла у 13 (46,4%) пациентов, у 15 пациентов (53,6%) улучшилась консистенция стула, однако полной нормализации не произошло, что потребовало дополнительного приема привычных слабительных средств, однако доза их была значительно меньше (более чем в 2 раза). На фоне приема прукалоприда у всех 100% больных с ХФРЗ улучшилась кратность дефекаций, у 23 (82,1%) улучшилось качество жизни.

**Заключение.** Наш опыт клинического применения прукалоприда, с учетом эффективности, переносимости и отсутствия побочных эффектов, позволяет рекомендовать его для лечения пациентов с ХФРЗ, в первую очередь женщин, резистентных к действию слабительных средств.

### 53. Роль аноректальной манометрии в выявлении сочетанных нарушений функции прямой кишки и анального канала у пациентов с идиопатическим запором

Удовиченко Т.Г., Токарева А.В.  
Ставропольская ГМА, Ставрополь, Россия

**Цель исследования:** выявить и изучить с помощью метода аноректальной манометрии (АРМ) сочетанные нарушения функции прямой кишки и анального канала у пациентов с идиопатическим запором (ИЗ).

**Материалы и методы.** В исследовании участвовали 98 пациентов с ИЗ. Средний возраст составил (34,3±2,6) года. Критерии включения пациентов с ИЗ соответствовали Римским критериям III. Контрольную группу составили 15 здоровых добровольцев. Всем пациентам и контрольной группе проводилось исследование параметров моторно-эвакуаторной функции прямой кишки и анального канала с помощью аппаратного комплекса фирмы Albyn Medical Ltd (Великобритания). Оценивались следующие показатели: базальное давление в прямой кишке (БДР), порог ректальной чувствительности (ПРЧ), коэффициент податливости кишки в ответ на баллонное растяжение (КП), базальное давление и давление при волевом сжатии на внутреннем и наружном анальных сфинктерах.

**Результаты.** При проведении АРМ пациентам с ИЗ у 26 (26,5%) имелись достоверные сочетанные манометрические изменения, характерные для синдрома раздраженного кишечника и диспезии. Выявлены повышение БДР, снижение ПРЧ, низкий показатель КП, что соответствует синдрому раздраженного кишечника (СРК), а также высокие показатели базального давления в анальном канале и при волевом сжатии на внутреннем и наружном анальных сфинктерах, что соответствует диспезии. У 12 (46,2%) пациентов этой группы выявлен парадоксальный рост давления при натуживании, что характерно для диссенергии наружного анального сфинктера и мышц тазового дна. Сочетание данных манометрических критериев способствует развитию симптомов запора.

**Заключение.** Учитывая полученные данные, мы можем рекомендовать проведение АРМ всем пациентам с ИЗ для уточнения диагноза и подбора индивидуальной терапии.

### 54. Опыт применения итоприда гидрохлорида в терапии пациентов с функциональной диспепсией

Удовиченко Т.Г., Токарева А.В., Кораблина Н.В.  
Ставропольская ГМА, Россия

**Цель исследования:** оценить эффект применения итоприда гидрохлорида (ИГ) в динамике двухнедельной терапии пациентов с функциональной диспепсией (ФД).

**Материал и методы.** Проведено обследование 76 пациентов с ФД, средний возраст (35,3±1,6) года. Жалобы пациентов стандартизированы в соответствии с требованиями Римского Консенсуса III (2006). Всем проводилось исследование ФЭГДС, инфицированности *Helicobacter pylori*, УЗИ. Колонизация *Helicobacter pylori* имела место у всех пациентов с ФД. По вариантам ФД пациенты распределены следующим образом: 1-я группа – ФД с эпигастральным болевым синдромом (ЭБС) – 48 человек (63,2%), 2-я группа – ФД с постпрандиальным дистресс-синдромом (ПДС) – 28 (36,8%) пациентов. Всем пациентам назначался ИГ (препарат «Ганатон», компания «Эбботт») внутрь в дозе 50 мг 3 раза в день во время еды на протяжении двух недель. Также проводилась антихеликобактерная терапия препаратами первой линии.

**Результаты.** Выявлена положительная клиническая динамика и хорошая переносимость ИГ в обеих группах пациентов с ФД. Отмечено, что пациентами, принимавшими ИГ, антихеликобактерная терапия переносилась значительно легче, что позволило принимать данную терапию в течение 14 дней большинством пациентов независимо от группы ФД – 65 (85,5%). Полностью купированы симптомы ФД были у 52 (68,4%) пациентов. В 21 случае (27,6%) отмечалась положительная динамика, у 3 пациентов не отмечалось клинической динамики. Поэтому этим 24 па-

циентам было предложено продолжить терапию ИГ с добавлением антидепрессантов.

**Заключение.** Таким образом, опыт клинического применения ИГ с учетом эффективности, переносимости и отсутствия побочных эффектов позволяет рекомендовать его в терапии пациентов с ФД независимо от варианта ФД, особенно в сочетании с антихеликобактерной терапией, а при необходимости – сочетать с антидепрессантами.

### 55. Диагностика идиопатической мегаректум у пациентов с хроническим функциональным запором

Удовиченко Т.Г., Токарева А.В., Пасечников В.Д.  
Ставропольская ГМА, Россия

**Цель исследования:** выявить нарушения моторики прямой кишки у пациентов с идиопатической мегаректум (ИМ) и оценить роль аноректальной манометрии (АРМ) в диагностике ИМ у пациентов с хроническим функциональным запором (ХФЗ).

**Материал и методы.** Проведено обследование 98 пациентов, длительно страдающих ХФЗ, и 15 здоровых добровольцев. Средний возраст пациентов составил (46,3±2,4) года. Из общей категории пациентов с ХФЗ выявлено 42 (42,9%) с ИМ. Объективная оценка моторики прямой кишки проводилась методом аноректальной манометрии (АРМ) с помощью аппаратного комплекса «Albyn Medical Ltd» (Великобритания). Оценивались следующие показатели: базальное давление в прямой кишке (БДР), порог ректальной чувствительности (ПРЧ), коэффициент податливости прямой кишки в ответ на баллонное растяжение, давление в анальном канале базальное (БА) и при волевом сжатии (ВДА) на внутреннем и наружном анальных сфинктерах, ректо-анальный ингибиторный рефлекс (РАИР) и проба Вальсальвы (ПВ).

**Результаты.** При исследовании показателей моторики прямой кишки методом АРМ выявлено достоверное отличие от других категорий пациентов с нарушениями функции прямой кишки и сфинктеров анального канала, а также от категории здоровых добровольцев. Так, у пациентов с ИМ выявлено достоверно низкое БДР, высокий ПРЧ и достоверно высокий коэффициент податливости прямой кишки в ответ на баллонное растяжение. Остальные показатели моторики сфинктеров анального канала достоверно не отличались от показателей группы здоровых добровольцев.

**Заключение.** Выявленные изменения нарушения моторики прямой кишки и сфинктеров анального канала позволяют рекомендовать нам метод АРМ для выявления ИМ, для дифференциального отличия от других нарушений функции прямой кишки и анального канала, а также дифференцированно назначать терапию пациентам с ХФЗ.

### 56. Диагностика нарушений моторной функции желудка у пациентов с функциональной диспепсией и синдромом раздраженного кишечника

Удовиченко Т.Г., Токарева А.В., Пасечников В.Д.  
Ставропольская ГМА, Россия

**Цель исследования:** изучить моторно-эвакуаторную функцию желудка у пациентов с функциональной диспепсией (ФД) и синдромом раздраженного кишечника (СРК) методом одновременной электрогастрографии (ЭГГ) и аноректальной манометрии (АРМ).

**Материалы и методы.** Было проведено обследование 32 пациентам с ФД и СРК (средний возраст (34,7±1,3) года). Контрольную группу составили 10 здоровых добровольцев. Исследование проводилось в течение 2 сеансов: до и после баллонного растяжения прямой кишки с помощью аппаратных комплексов АРМ «Albyn Medical Ltd» и ЭГГ – «ци Digitrapper 4 Mb Flash Series Synectics Medical». Анализировались следующие характеристики волновых сокращений желудка: брадикастрия, нормогастрия, тахикастрия, коэффициент доминирующей частоты волн и базальное давление в прямой кишке БДР в норме и при баллонном растяжении.

**Результаты.** У всех пациентов с клиническими симптомами ФД и СРК при проведении ЭГГ до баллонного растяжения прямой кишки преобладали показатели брадикастрии и низкий показатель коэффициента доминирующей частоты и высокий показатель БДР

при проведении АРМ. Во время второго сеанса при баллонном растяжении прямой кишки на ЭГГ достоверно выявлено повышение показателей тонуса желудка с уменьшением показателей брадикастрии, увеличение нормогастрии и даже появление эпизодов тахикастрии. При проведении исследования у здоровых добровольцев моторика желудка при баллонном растяжении прямой кишки не изменялась, и показатели БДР были в норме.

**Заключение.** Комплексное обследование пациентов методом одновременной ЭГГ и АРМ позволяет достоверно выявить нарушения моторно-эвакуаторной функции желудка, корреляцию с моторными нарушениями в прямой кишке, подобрать индивидуальную терапию с учетом имеющихся изменений.

## Ф

### 57. Возможности кардиодилатации в лечении ахалазии кардии

Фролов А.В., Аллахвердян А.С., Прищепо М.И.,  
Гукасян Э.А., Кригер П.А.  
МОНИКИ им. Владимирского, Москва, Россия

Частота ахалазии кардии (АК) по данным различных авторов колеблется в пределах 3,1-20% от всех заболеваний пищевода. Заболеваемость составляет 2 на 100000 человек в год. Ахалазия кардии встречается в любом возрасте, наиболее часто поражает трудоспособное население в возрасте 20-50 лет.

**Цель работы:** улучшение результатов лечения ахалазии кардии.

**Материалы и методы.** В клинике торакальной хирургии МОНИКИ с 1992 по 2012 гг. проведено лечение 302 пациентов с АК, всего 433 случая лечения. При этом оперативное вмешательство было выполнено в 166 случаях. В 37 случаях оперативное вмешательство выполнялось после проведенного ранее комплексного лечения, в том числе в 9 случаях – после проведения курса медикаментозной терапии без инструментального расширения кардии. Инструментальное расширение кардии проведено в лечении 173 больных.

Отсутствие понимания этиологии и патогенеза патологического процесса ведет к развитию единого для всех симптоматического способа лечения – разрушение кардиального сфинктера. Сам же механизм достижения разрушения мышечного кольца различный. Большинство авторов, упоминая различные варианты лечения, все же отдают предпочтение какому-то одному. После внедрения в практику и освоения в качестве рутинной лапароскопической техники оперативных вмешательств многие хирурги основным методом лечения считают выполнение лапароскопической внеслизистой кардиомиотомии с различными модификациями формирования клапанного антрефлюксного механизма. До этого момента наиболее распространенным способом являлось инструментальное расширение кардии (кардиодилатация, кардиобуживание).

**Результаты.** Из 173 пациентов у 136 (79%) проведение лечения, включающего курс кардиодилатации или (и) буживания, оказалось достаточным для достижения положительного эффекта. При оценке непосредственных результатов у всех пациентов с консервативными методами лечения в 62% случаев по совокупности клинической картины и рентгенологических данных результаты лечения оценены как хорошие, у 27% – как удовлетворительные. В 11% случаев результат признан неудовлетворительным, что потребовало в дальнейшем оперативного вмешательства. Больше число случаев, когда пациенты были оперированы после проведенного ранее лечения, объясняется развитием рецидива ахалазии кардии в более поздние сроки.

**Клинический пример:** больному Т. 1945 года рождения проведен один курс кардиодилатации в 1979 г. В дальнейшем жалоб не предъявлял, не лечился. Развитие рецидива дисфагии имело место через 33 года, в декабре 2012 г.

**Вывод.** Таким образом, инструментальное расширение кардии дает положительный результат у 89% пациентов в ближайшие и отдаленные сроки, что позволяет избежать выполнения оперативного вмешательства.

## Abstracts in English (A–Z)

### 58. The functional state of hepatocytes under experimental chronic toxic hepatitis

Sokur O.V., Tymoshenko M.O., Ostapchenko L.I.

Taras Shevchenko National University of Kyiv, Educational and Scientific Centre «Institute of Biology», Ukraine

The aim of the research was determine the metabolic pathways characteristic features that were in the basis of functional disorders of the hepatocytes under toxic chronic hepatitis.

Toxic hepatitis rat experimental model was created by single intragastric administration of 50% CCl<sub>4</sub> (4ml/kg). The investigations were carried out at 4, 14 and 28 days after administration of CCl<sub>4</sub>. The state of lipid peroxidation, the antioxidant system enzymes and membrane-associated enzymes activities were evaluated in hepatocytes.

It was established the accumulation of lipid peroxidation products from 4 till 28 day at 2-3 times comparing with the control. The disturbances of the prooxidant status were the result of changes in the mechanisms of antiradical protection, so the activities of superoxide dismutase and catalase increased by 170% and 75% above the control during the initial stages of hepatotoxicity and decreased in the later stages. The activation of glutathione system was installed at the same time. The increase of glutathione content was accompanied with the increase in indicators of redox homeostasis. The activity of glutathione peroxidase and glutathione reductase rose in 2-3 times under the hepatitis development. This process is accompanied by a decreasing of glutathione transferase activity at 4 and 14 day, by 54% and 35% respectively, and remains below the reference values on the day 28. The NO-synthase activity was increased on 80-140%, the Ca<sup>2+</sup> content was on the 50-80% above the control, moreover the activation of Ca, Mg-ATPase in all periods was established.

Thus, chronic toxic hepatitis is accompanied by disturbances in the antioxidant defense mechanisms, which leads to the functional changes in the hepatocytes membrane, oxidative stress and deregulation in calcium homeostasis.