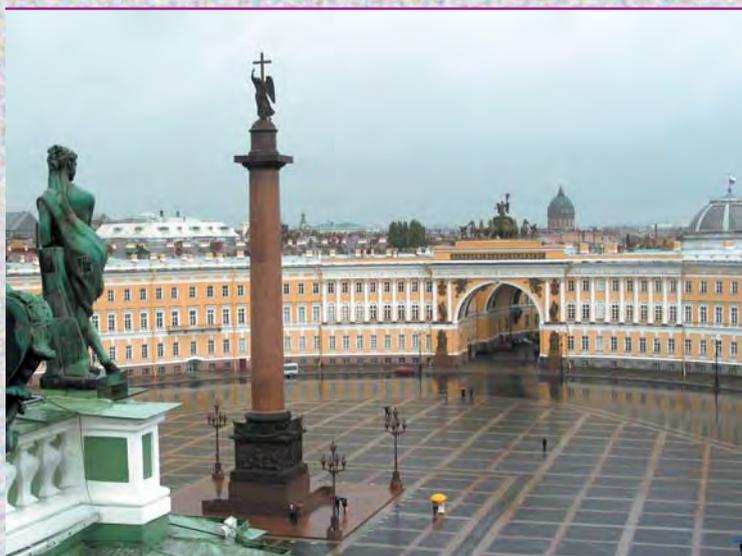


Гастроэнтерология Санкт-Петербурга

*Научно-практический
журнал*



*Гастроэнтерология
Гепатология
Колопроктология
Фармакотерапия
Питание*

В номере:

*Материалы XIII Съезда
Научного общества гастроэнтерологов
России с международным участием*



№ 1 / 2013

Гастроэнтерология Санкт-Петербурга

Научно-практический журнал

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

вице-президент Научного общества гастроэнтерологов России, главный гастроэнтеролог Комитета по здравоохранению Правительства Санкт-Петербурга, засл. деятель науки РФ, д-р мед наук, профессор

Редакционный совет:**М. Ш. Абдуллаев (Алматы)****А. Ю. Барановский (Санкт-Петербург)****Р. Р. Бектаева (Астана)****С. В. Васильев (Санкт-Петербург)****В. Ю. Голофеевский (Санкт-Петербург)****В. Б. Гриневич (Санкт-Петербург)****А. Б. Жебрун (Санкт-Петербург)****М. П. Захараш (Киев)****Е. А. Корниенко (Санкт-Петербург)****Л. Б. Лазебник (Москва)****Ю. В. Лобзин (Санкт-Петербург)****В. А. Максимов (Москва)****С. И. Пиманов (Витебск)****Ю. Я. Покротниекс (Рига)****В. Г. Радченко (Санкт-Петербург)****В. И. Симаненков (Санкт-Петербург)****Н. В. Харченко (Киев)**Главный редактор:**С. И. Ситкин**Учредитель: ООО «Гастро»Издатель: ООО «Аванетик»Редакция:**197110, Санкт-Петербург****ул. Большая Зеленина, д. 8,
корп. 2, лит. А, пом. 17-Н (1)****Тел./факс: +7 (812) 499-44-40****E-mail: gastro@peterlink.ru****www.gastroforum.ru**Распространение:

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

Журнал зарегистрирован Северо-Западным окружным межрегиональным территориальным управлением Министерства РФ по делам печати, телерадиовещания и средств массовых коммуникаций.
Свидетельство о регистрации: ПИ № 2-5904 от 12.04.2002 г.
ISSN 1727-7906. Издается с 1998 года.
Ранее выходил под названием «Гастрообюллетень».

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

Мнение редакции не всегда совпадает с мнением авторов.
Все рекламируемые товары и услуги должны иметь соответствующие сертификаты, лицензии и разрешения.
Редакция не несет ответственности за содержание рекламных материалов. При использовании материалов издания ссылка на журнал обязательна.

Установочный тираж: 3000 экз.

Цена свободная.

© ООО «Гастро», 2013



Содержание

Гастроэнтерология

*Е. И. Ткаченко, Е. Б. Авадьева, Е. В. Сказыбаева,**С. В. Иванов, Т. Э. Скворцова, О. И. Медведева*

Результаты одноцентрового открытого проспективного сравнительного исследования эффективности и безопасности БАД к пище «Холесенол® артишок» (капсулы) и «Холесенол®» (сироп) у пациентов с дисфункцией сфинктера Одди, жировой инфильтрацией печени и нарушениями липидного обмена 2

*О. О. Знойко, М. В. Маевская, Е. А. Климова, С. Л. Максимов, С. Н. Кижло,
Н. А. Петровичева, Ф. И. Нагимова, Р. А. Иванов, Ю. Н. Лышкова*

Ранний вирусологический ответ при использовании препарата цепэгинтерферона альфа-2b в комбинации с рибавирином в терапии хронического гепатита С 7

О. Н. Мишулкин

Билиарная дисфункция, выбор спазмолитика 11

Б. Д. Старостин, Г. А. Старостина

Флоролакт при проведении антихеликобактерного режима 15

С. И. Ситкин

Влияние месалазина на заживление слизистой оболочки кишечника при язвенном колите 19

Т. В. Решетова, Т. Н. Жигалова, А. В. Герасимова

Депрессивные расстройства в общей врачебной практике, диагностика и лечение 25

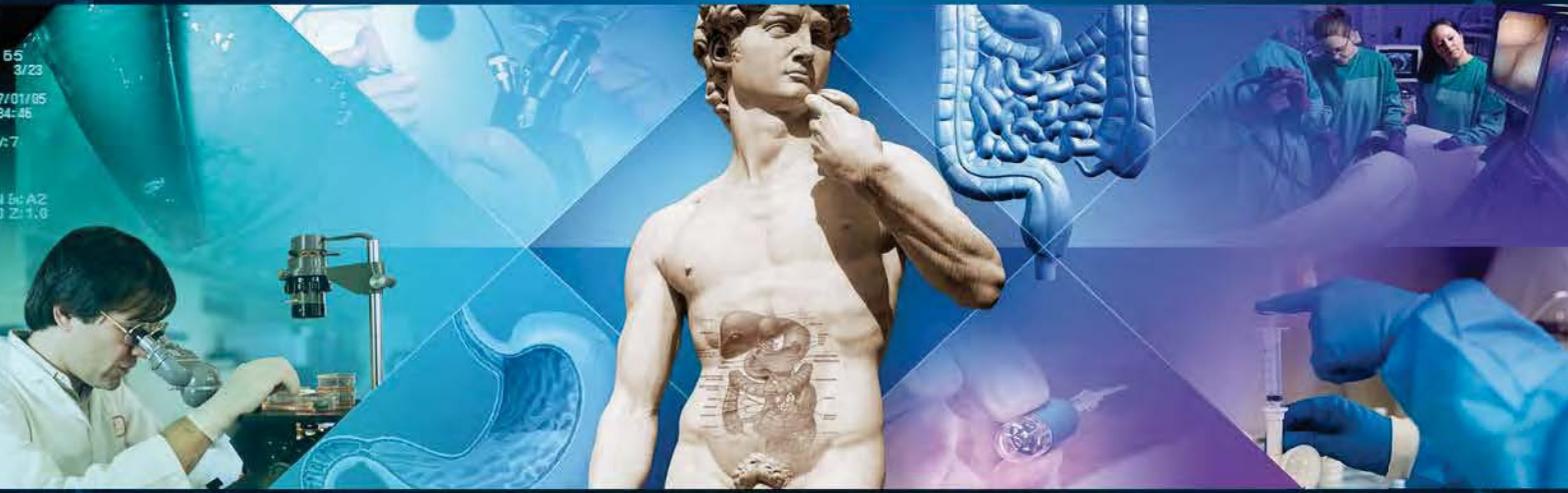
Конгрессы, съезды и конференции

I-й Всемирный конгресс «Спорные вопросы в гастроэнтерологии» (Берлин, 13–15 июня 2013 года) 28

Материалы XIII Съезда Научного общества гастроэнтерологов России с международным участием, 17-й Северо-Западной научной конференции «Санкт-Петербург — Фармакотерапия-2013» и 7-го Санкт-Петербургского гепатологического конгресса М1

cigi

The 1st World Congress On **CONTROVERSIES IN GASTROENTEROLOGY**



BERLIN, GERMANY • JUNE 13-15, 2013

3rd ANNOUNCEMENT



ABSTRACT SUBMISSION DEADLINE:

APRIL 7, 2013

www.comtecmed.com/cigi | cigi@comtecmed.com

Endorsed by



THE AGA INSTITUTE

МАТЕРИАЛЫ

ХIII Съезда Научного общества гастроэнтерологов
России с международным участием,
17-й Северо-Западной научной конференции
«Санкт-Петербург – Фармакотерапия-2013» и
7-го Санкт-Петербургского
гепатологического конгресса
(11–12 марта 2013 года)

А

1. Гуморальный иммунный ответ на некоторых представителей микробиоты кишечника при язвенном колите

Абдулганиева Д.И.¹, Зинкевич О.Д.², Сафина Н.А.², Мухаметова Д.Д.¹, Одинцова А.Х.³
¹Казанский ГМУ, ²Казанская ГМА, ³Республиканская клиническая больница, Казань, Россия

Цель исследования: изучить уровень IgM и IgG к некоторым представителям микробиоты кишечника при язвенном колите (ЯК), а также выявить их связь с клинической картиной заболевания.

Материалы и методы. В исследование проспективно были включены 15 пациентов с ЯК в стадии обострения и 15 здоровых добровольцев, составивших группу сравнения; у всех определялась концентрация IgM и IgG к липополисахаридам (ЛПС) *E.coli* O14, белковым антигенам *E.coli* M17, *P.aeruginosa*, *P.mirabilis*, *C.albicans*, *K.pneumoniae*, *Strep. spp.*, *S.aureus* методом иммуноферментного анализа. Средний возраст больных ЯК на момент исследования составил (36,1±6,4) года, в группе сравнения – (30,4±6,6) года.

Результаты. Наблюдалось снижение уровня IgM у 5 (33,3%) больных и IgG у 7 (46,7%) к большинству определяемых антигенов при ЯК при сопоставлении с группой сравнения. Отмечалось снижение IgM к ЛПС *E.coli* O14 у 7 (46,7%), белковым антигенам *E.coli* M17 у 9 (60%), *P.aeruginosa* у 7 (46,7%), *C.albicans* у 6 (40%), IgG к ЛПС *E.coli* O14 у 7 (46,7%), *P.aeruginosa* у 11 (73,3%), *P.mirabilis* у 7 (46,7%), *C.albicans* у 9 (60%). Повышение IgM было отмечено к *Strep. spp.* у 10 (66,7%), *S.aureus* – у 7 (46,7%) и IgG к *K.pneumoniae* у 7 (46,7%). Различия были статистически значимы для IgM к *Strep. spp.* ($p < 0,05$). Выявлена корреляционная взаимосвязь параметров гуморального иммунитета с особенностями течения заболевания – IgM к ЛПС *E.coli* O14 с площадью поражения толстой кишки ($r = 0,6$; $p = 0,003$). Также была установлена взаимосвязь с клиническими параметрами: кровь в стуле была ассоциирована с IgM к ЛПС *E.coli* O14 ($r = -0,6$; $p = 0,02$) и IgG к *P.mirabilis* ($r = 0,6$; $p = 0,02$).

Выводы. У большинства больных с ЯК в период обострения отмечался дефицит IgM и IgG к некоторым представителям микробиоты кишечника при сопоставлении с группой сравнения. Была выявлена корреляционная взаимосвязь параметров гуморального иммунитета с некоторыми особенностями течения заболевания и с клиническими проявлениями.

2. Выявление ассоциации полиморфизма гена IL23R с развитием воспалительных заболеваний кишечника

Арсланова Д.Ф., Хузяхметова В.Р., Насибулина Э.С., Валеева И.Х., Абдулхаков Р.А., Абдулхаков С.Р., Одинцова А.Х., Ахметов И.И.
 Казанский ГМУ, Россия

Цель исследования: изучение связи полиморфного маркера rs11209026 (G>A) гена IL23R с риском развития воспалительных заболеваний кишечника и уровнем цитокина IL23 в крови.

Материал и методы. В исследовании приняли участие 162 человека с язвенным колитом и болезнью Крона в возрасте от 19 до 80 лет. В контрольную группу вошли 60 человек, не страдающих данными заболеваниями. Генотипирование проводилось с помощью ПЦР-РВ. Уровень цитокинов IL23 определяли в сыворотке крови методом иммуноферментного анализа у 60 пациентов.

Результаты. Анализ ассоциации полиморфизма G/A гена IL23R с воспалительными заболеваниями кишечника не выявил значимых различий (G аллель/A аллель: OR=2,627, 95% CI=0,5231-13,192, $p = 0,3552$) между пациентами и лицами контрольной группы. Кроме того, нами не было выявлено взаимосвязи полиморфизма гена IL23R с уровнем цитокинов у пациентов.

Выводы. Таким образом, показано, что полиморфизм гена IL23R не ассоциирован с риском развития ВЗК и уровнем цитокинов у жителей Республики Татарстан.

3. Роль полиморфных маркеров гена фактора некроза опухоли в развитии воспалительных заболеваний кишечника

Арсланова Д.Ф., Хузяхметова В.Р., Насибулина Э.С., Валеева И.Х., Абдулхаков Р.А., Одинцова А.Х., Абдулхаков С.Р., Ахметов И.И.
 Казанский ГМУ, Россия

Цель исследования: определение ассоциации полиморфного маркера rs1800629 (4682G>A) гена TNF с риском развития воспалительных заболеваний кишечника и уровнем цитокинов у пациентов Республики Татарстан.

Материал и методы. В исследование были включены 162 человека с язвенным колитом и болезнью Крона в возрасте от 19 до 80 лет, жители Республики Татарстан. Контрольную группу составили 60 человек, не имеющих данных патологий желудочно-кишечного тракта. Генотипирование проводилось с помощью ПЦР-РВ. Уровень TNF определяли в сыворотке крови методом иммуноферментного анализа у 60 пациентов.

Результаты. Анализ ассоциации полиморфизма G/A гена TNF с воспалительными заболеваниями кишечника не выявил значимых различий между пациентами и контрольной группой (G аллель/A аллель: OR=0,6455, 95% CI=0,3119-1,336, $p = 0,3101$). Кроме того, нами не было выявлено взаимосвязи полиморфизма этого гена с уровнем TNF в крови у пациентов.

Выводы. Таким образом, изученный нами полиморфный маркер не ассоциирован с риском развития воспалительных заболеваний кишечника и уровнем TNF у жителей Республики Татарстан.

Б

4. Гистологическое строение паренхимы слизистой оболочки желудка крыс в морфометрическом аспекте

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

Цель исследования: определить морфометрические показатели железистой части слизистой оболочки (СО) желудка крыс.

Материалы и методы. Исследование проведено на 12 половозрелых крысах линии Вистар. Материал забирали после двенадцатичасовой пищевой депривации. Гистологические срезы толщиной 5-7 мкм окрашивали гематоксилином и эозином, по Романовскому, ставили ШИК-реакцию с докраской альциановым синим. Измерения производили с помощью окуляр-микрометра. В каждом случае считали по 250 ямочно-железистых единиц (ЯЖЕ) в фундальной и антральной СОЖ.

Результаты исследования. ЯЖЕ крыс представляет собой простое трубчатое образование почти без деления (ветвления) на ярусе ямок (Я), шеек (Ш) или главных частей желез (Ж). На протяжении 1 мм СО фундального типа расположено Я – 38,8±7,5; Ш – 40,1±8,2; париетальных Ж – 41,9±8,4; зимогенных Ж – 40,7±5,2. Толщина СО составляет (524±132) мкм, из них Я – (81,5±9,7) мкм, клеток в ряду 8,2±3,5; Ш – (51,1±7,6) мкм, клеток в ряду 7,7±3,1; Ж – (391,7±119,6) мкм, клеток в ряду 26,8±8,3. Ширина Я – (23,2±3,6) мкм, Ш – (22,2±4,6) мкм, париетальных Ж – (22,3±4,7) мкм, зимогенных Ж – (23,7±5,8) мкм. Зона фундальных желез желудка имела три варианта строения: зимогенно-париетальный, париетальный, париетально-слизистый, причем преобладающим является второй тип строения Ж.

На протяжении 1 мм СО антрального типа расположено Я – 32,1±4,2; Ш – 33,1±5,2; Ж – 32,8±4,7. Толщина СО антрума составляет (355,4±65,9) мкм, из них Я – (135,3±12,7) мкм, Ш – (184,3±14,6) мкм, Ж – (35,9±8,2) мкм. Ширина Я – (30,7±6,1) мкм, Ш – (30,2±6,8) мкм, Ж – (29,4±4,6) мкм.

Заключение. Ямки и железы слизистой оболочки желудка крыс имеют простое трубчатое строение. Толщина железистой части СО сопоставима с толщиной СО человека. Плотность компонентов ЯЖЕ крысы выше по сравнению с человеком.

5. Инфицированность *H. pylori* больных с язвенной болезнью

Баканова Н.В., Дмитриева Т.Ю., Караваева Р.А.
ГКБ № 8, Ижевск, Россия

Цель исследования: определить частоту встречаемости *H. pylori* (НР) у больных язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки (ЯБ Ж и ДПК) различными методами.

Материал и методы. Проведен метаанализ историй болезни всех пациентов с ЯБ Ж и ДПК, пролеченных за 2012 год в гастроэнтерологическом отделении. Для установления диагноза ЯБ помимо сбора клинико-анамнестических данных проводилась ФЭГДС. Наличие НР подтверждалось выявлением IgG с помощью ИФА крови, антигена НР в кале иммунохроматографическим методом, гена *ure C* в слюне методом ПЦР.

Результаты. Обследованы 143 больных ЯБ Ж и ДПК в возрасте от 18 до 80 лет (11,3% от всех пролеченных в отделении пациентов). Средний возраст обследованных составил (43,3±1,5) года. Женщин было 66 (46,2%), мужчин – 77 (53,8%). Наличие НР подтверждено двумя и более методами у 52 (36,4%) больных. Чаще всего положительный результат показывал ИФА (62,2%). Ген *ure C* выявлен у 24 (16,8%) больных, антиген НР – у 36 (25,2%). Наиболее часто совпадали результаты ПЦР и иммунохроматографического метода – 23 (16,1%) случая. Положительный результат обоих тестов в большем количестве случаев сопровождался резко или умеренно положительным результатом ИФА. Высокий процент встречаемости положительных результатов ИФА не всегда означает наличие НР, так как IgG продолжают циркулировать в крови и после эрадикации микроорганизма. С другой стороны, предшествующий диагностике прием ИПП, антибиотикотерапия снижают достоверность ИФА и определения антигена НР в кале. Оценка достоверности метода ПЦР в данном случае не производилась.

Выводы. Проведение двух методов диагностики наличия НР не всегда достоверно. Представляется интересным оценить достоверность выявления НР методом ПЦР в условиях предшествующего приема препаратов висмута, ИПП и антибиотиков.

6. Особенности циркуляции О- и VаСА-антигенов *Helicobacter pylori* у детей и взрослых

Белая Ю.А., Вахрамеева М.С., Петрухин В.Г.,
Быстрова С.М., Белая О.Ф.
НИИЭМ им. Н.Ф. Гамалеи, Первый МГМУ
им. И.М. Сеченова, Москва, Россия,
e-mail: ofbelaya@mail.ru

Цель: анализ результатов многолетнего мониторинга (начиная с 2004 года) частоты встречаемости свободных и связанных в иммунные комплексы О- и VаСА-антигенов *Helicobacter pylori* в зависимости от возраста пациентов.

Материалы и методы. Обследованы 3188 амбулаторных больных с симптомами желудочно-кишечных заболеваний и 20 практически здоровых добровольцев в ходе мониторинговых исследований на протяжении 2004-2012 гг. Частоту встречаемости О-антигенов и VаСА-антигенов в составе циркулирующих иммунных комплексов (ЦИК_{VаСА}) определяли реакцией коагулянтации (РКА) на стекле и иммунологических планшетах, соответственно, в пробах кала, слюны, сыворотки крови. Тест-системы для РКА разработаны и апробированы в НИИЭМ им. Н.Ф. Гамалеи.

Результаты. Показано, что инфицирование *H. pylori*, маркером которого является О-антиген *H. pylori*, может обнаруживаться с первых дней жизни, с последующим нарастанием и достиганием к 10-15 годам частоты у взрослых. VаСА-антиген в составе ЦИК у детей до 1-2 лет практически не обнаруживается, с двухлетнего возраста существенно возрастает по частоте и превосходит показатели О-антигена ($p \leq 0,05$). У взрослых лиц частота встречаемости антигенов *H. pylori* сохраняется на постоянном уровне во всех возрастных группах до 70 лет жизни, после чего отмечается тенденция к снижению.

Начиная с 2009 по 2012 гг. установлено существенное нарастание встречаемости О- и VаСА-антигенов ($p \leq 0,001$) у детей и

взрослых, коррелирующее с подъемом солнечной активности в эти годы. Установлены закономерные циклические сезонные колебания у детей и взрослых, за исключением таковых у детей до 1 года жизни.

Выводы. Таким образом, установлены существенные различия показателей *H. pylori*-инфицированности (О-антиген) и иммунитета (ЦИК_{VаСА}) в зависимости от возраста пациентов и года исследования (зависимость от солнечной активности).

7. Как различные терапевтические режимы влияют на качество жизни больных воспалительными заболеваниями кишечника

Бодрягина Е.С.¹, Абдулганиева Д.И.¹, Одинцова А.Х.²
¹Казанский ГМУ, ²Республиканская клиническая больница
МЗ РТ, Казань, Россия

Цель: изучить влияние различных групп препаратов и длительности лечения на качество жизни (КЖ) пациентов с воспалительными заболеваниями кишечника (ВЗК).

Материалы и методы. В исследование были включены 182 пациента с ВЗК. Для оценки КЖ применялся международный специализированный опросник IBDQ. Средний возраст пациентов составил (37,5±1,6) года; мужчин среди обследованных было 80 (44%), женщин – 102 (56%). Терапевтические режимы включали: 5-АСК у 44 (24%) пациентов, стероиды – у 40 (22%), комбинация 5-АСК и стероидов – у 46 (25%), азатиоприн – у 25 (14%), биологические агенты – 27 (15%). Средняя продолжительность лечения (4,6±0,6) года, средняя продолжительность болезни (4,9±0,7) года.

Результаты. Анализ IBDQ показал снижение КЖ у всех больных со средним показателем 129,1 (максимум – 224 балла). Пациенты, принимавшие биологические агенты, имели более высокий уровень КЖ по сравнению с пациентами, не получавшими этой терапии (147,8 балла vs. 117,6 балла, $p < 0,001$). У пациентов, принимавших стероиды в виде монотерапии и в комбинации с другими препаратами (111 пациентов, 61%), средний уровень IBDQ составил 128,9, у больных без стероидов (71 пациент, 39%) – 129,4 балла ($p = 0,9$). При анализе КЖ пациентов в зависимости от длительности терапии стероидами, было выявлено, что при длительности лечения больше года (49 пациентов, 44%) показатель КЖ был 102,9, что ниже, чем у пациентов, получавших терапию меньше года (136,3 балла, $p < 0,001$), и по сравнению с больными без стероидов (127,3, $p < 0,01$).

Выводы. Пациенты с ВЗК, находящиеся на лечении биологическими агентами, имеют более высокий уровень КЖ. Длительный прием стероидов снижает КЖ больных, что может быть обусловлено как побочными эффектами, так и более тяжелым течением ВЗК.

8. Ремиссия воспалительных заболеваний кишечника: как влияет перекрест с синдромом раздраженного кишечника на качество жизни

Бодрягина Е.С.¹, Абдулганиева Д.И.¹, Одинцова А.Х.²
¹Казанский ГМУ, ²Республиканская клиническая больница,
Казань, Россия

Цель исследования: изучить качество жизни (КЖ) у пациентов с воспалительными заболеваниями кишечника (ВЗК) в стадии ремиссии.

Материалы и методы. КЖ было изучено у 36 пациентов с ВЗК, группа сравнения – 38 пациентов с синдромом раздраженного кишечника (СРК), группа контроля – 59 здоровых добровольцев. Были использованы опросники IBDQ и SF-36. Ремиссия ВЗК определялась для язвенного колита (ЯК) как Mayo не более 2, для болезни Крона (БК) – как CDAI не более 150. ЯК был у 15 (41,7%) пациентов, БК – у 21 (58,3%). Диагноз СРК устанавливался по Римским критериям III. Группы сравнения и контроля были подобраны по принципу «случай-контроль».

Результаты. КЖ было снижено во всех группах пациентов. Снижение уровня физического здоровья (PH) было более выражено при ВЗК по сравнению с СРК (42,9 балла против 49,3 балла; $p < 0,05$); изменения показателей психического здоровья (MH) но-

силы противоположный характер – более выраженное снижение при СРК, чем при ВЗК (32,3; 48,6; $p < 0,001$). В группе контроля показатель РН составил 55,2 балла, что выше, чем при ВЗК ($p < 0,001$) и при СРК ($p < 0,05$), показатель МН – 56,4, что также выше, чем при ВЗК ($p < 0,001$) и СРК ($p < 0,0001$). Анализ пациентов с ВЗК позволил выделить подгруппу с наличием СРК-подобного синдрома: 5 (33,3%) с ЯК, 6 (28,6%) с БК. У них было выявлено более значимое снижение КЖ по сравнению с пациентами с ВЗК без СРК-подобного синдрома (119,2; 168,3; $p < 0,01$). Также в этой группе больных было отмечено снижение как РН (38,1; 53,8; $p < 0,0001$), так и МН (35,3; 53,6; $p < 0,0001$); у пациентов с ВЗК без СРК в ремиссии эти значения составили 53,8; 55,2; $p > 0,05$; 53,6; 56,4; $p > 0,05$ соответственно и были сопоставимы с данными группы контроля.

Выводы. У пациентов с ВЗК в ремиссии КЖ снижено. Наиболее выраженные изменения КЖ отмечались у подгруппы больных ВЗК с наличием СРК-подобного синдрома.

9. Влияние перитола на слезывыделительную деятельность желудка при язвенной болезни

Борисов Ю.Ю., Щербинина И.Г.

Краснодарский ММИВСО, Россия

Цель исследования: изучение влияния антисеротонинового средства «Перитол» на количественные и качественные параметры желудочного слезывыделения и возможностей использования препарата для укрепления слизистого барьера желудка при язвенной болезни.

Материал и методы. У 43 больных дуоденальной язвой изучали воздействие однократной терапевтической дозы перитола (4 мг внутривнутрижелудочно) на реологические свойства слизистого геля, выделенного из желудочного сока центрифугированием. При этом с помощью прецизионного ротационного вискозиметра «Rheotest-2» измеряли его предел упругости (ПУ, дин/см²) и два значения эффективной вязкости (сП) – при низкой (ΔV_1 , $D=11,1 \text{ c}^{-1}$) и высокой (ΔV_2 , $D=4860 \text{ c}^{-1}$) скоростях сдвига.

Результаты. Установлено, что у больных дуоденальной язвой существенно снижены упруговязкие свойства желудочной слизи: ПУ – в среднем в 1,5 раза – (358±23) дин/см² против (544±32) дин/см² у здоровых, $p < 0,01$, ΔV_1 – в 1,8 раза – (1798±69) сП и (3206±90) сП соответственно, $p < 0,001$, ΔV_2 – в 1,5 раза – (11,6±0,3) сП и (17,6±0,9) сП, $p < 0,01$. Блокада серотониновых рецепторов D-типа перитолом у больных дуоденальной язвой сопровождается угнетением продукции слизи (в среднем на 46,7%) и выраженным увеличением ее упруговязких свойств: ПУ – в среднем на 95,8%, ΔV_1 – на 70,0%, ΔV_2 – на 45,5% (здесь и далее $p < 0,05$). При этом сниженные в исходном состоянии реологические параметры слизи после приема препарата достигают нормальных значений у 81–89% больных.

Заключение. Таким образом, посредством серотониновых рецепторов контролируется выделение мукоцитами низкомолекулярных гликопротеинов, обладающих недостаточными вязкостными и гель-формирующими свойствами, а блокатор серотониновых рецепторов D-типа препарат «Перитол» оказывает корригирующее действие на патологически измененные упруговязкие параметры желудочной слизи у больных язвенной болезнью.

10. Влияние сукралфата на упруговязкие свойства желудочной слизи при язвенной болезни

Борисов Ю.Ю., Щербинина И.Г.

Краснодарский ММИВСО, Россия

Цель исследования: изучение влияния сульфатированного полисахарида препарата «Сукралфат» на упруговязкие свойства слизистого геля желудка, которые в значительной мере определяют его цитопротективный потенциал.

Материал и методы. Исследования проведены у 28 больных язвенной болезнью тела желудка (мужчин 22, женщин 6). Сукралфат в дозе 1 г вводили в желудок после сбора базального секрета. Далее на 60 минут прекращали исследование, после чего опорожняли желудок и собирали секрет в течение 60 минут. Реологические свойства нативного слизистого геля желудка исследо-

вали с помощью прецизионного ротационного вискозиметра Rheotest-2 (Германия). При этом определяли предел упругости (дин/см²), два значения эффективной вязкости (сП): при низкой ($D=11,1 \text{ c}^{-1}$) и высокой ($D=4860 \text{ c}^{-1}$) скоростях сдвига, а также толерантность слизистого геля к механическому разрушению (Г, с). В желудочном соке определяли кислотность (РН), активность пепсина, концентрацию общего, неперсинажного белка и вычисляли продукцию каждого ингредиента за единицу времени.

Результаты. Анализ полученных данных свидетельствует, что у больных язвенной болезнью желудка сукралфат в терапевтической дозе существенно не влияет на показатели секреторной деятельности желудка и резко повышает упруговязкие свойства слизи. При этом ПУ возрастает в среднем в 2,4 раза – с (274±21) дин/см² до (652±46) дин/см² (здесь и далее $p < 0,01$); ΔV_1 увеличивается в 2,6 раза – с (1226±68) сП до (3164±118) сП, ΔV_2 – в 1,7 раза – с (10,6±1,2) сП до (17,8±1,1) сП, Г – в 1,8 раза – с (29±3) с до (52±4) с. Такая направленность сдвигов наблюдалась у всех больных. При этом у подавляющего числа пациентов (100 – 83%) изучаемые реологические параметры достигли границ нормы или даже их превысили.

Таким образом, сукралфат существенно повышает реологические свойства слизи и, следовательно, может использоваться для восстановления и укрепления слизистого геля желудка у больных язвенной болезнью.

11. Особенности течения хронической дуоденальной недостаточности у пациентов различных возрастных категорий

Бусыгина М.С., Афанасьева Т.С., Лебедев А.А.

Ижевская ГМА, Россия

Цель исследования: изучить особенности течения хронической дуоденальной недостаточности (ХДН) у пациентов различных возрастных категорий.

Материалы и методы. Проведено комплексное клиническое обследование 34 больных хронической дуоденальной недостаточностью (женщин 12, мужчин 22). Согласно медицинским критериям определения возраста, все больные были разделены на 4 группы. В 1-ю группу вошли больные в возрасте 15–18 лет ($n=2$), во 2-ю группу – в возрасте 19–35 лет ($n=17$), в 3-ю группу – в возрасте 36–60 лет ($n=8$), в 4-ю группу – старше 60 лет ($n=8$).

Результаты. Болевой синдром наиболее часто локализуется в эпигастральной области и правом подреберье и встречается у 91,5% обследуемых больных. В первой возрастной группе он составляет 2,9%, во второй – 44,1%, в третьей – 26,4%, в четвертой – 17,6%. Изжога и отрыжка, в целом, наблюдается у 44,1% больных ХДН, из них в первой возрастной группе у 2,9% больных, во второй группе – у 29,4%, в третьей – у 14,7%, в четвертой группе – у 5,8%. Чувство горечи во рту отмечено у 35,3% больных, из них в первой и третьей возрастных группах – у 2,9%, во второй – у 17,6%, в четвертой – у 11,7%. Тошнота и рвота встречается у 35,3% больных, из них во второй возрастной группе – у 26,4%, в третьей возрастной группе – у 5,8%, в четвертой – у 2,9%. В целом, вздутие живота наблюдается у 55,9% больных: в первой возрастной группе – у 50%, во второй возрастной группе – у 47,5%, в третьей и четвертой – у 62,5%. Астенический синдром выражен у 29,4% больных. В первой возрастной группе он был у 2,9% больных, во второй – у 11,7%, в третьей – у 8,8%, в четвертой – у 5,8%. При изучении сопутствующей патологии выявлено, что дуоденостаз сочетается с язвенной болезнью в 34,3% случаев, с панкреатитом – в 75,6%, с холециститом – в 65,45%.

Вывод. Результаты проведенных исследований могут быть использованы в раннем выявлении ХДН у пациентов различных возрастных категорий.

12. Исследование гастроинтестинальных гормонов у детей с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью

Буторина Н.В., Запруднов А.М., Вахрушев Я.М.
Ижевская ГМА, Россия, e-mail: naili@udmnet.ru

Цель исследования: изучение изменений уровня желудочно-кишечных гормонов и их роли в патогенезе гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (ГЭРБ) у детей.

Материалы и методы. В группу наблюдения вошли 40 детей (возраст от 9 до 17 лет) с ГЭРБ. В возрасте 9–12 лет (препубертатный возраст) было 18 детей (45%), в возрасте 13–17 лет (пубертатный возраст) – 22 (55%) ребенка. В контрольную группу были включены 20 детей. Исследование соматостатина (Somatostatin-14) и гастрин (Gastrin-17) производилось методом иммуноферментного анализа. Исследование моторной функции желудка проводилось методом электрогастрографии (ЭГГ) на аппарате ЭГС-4М.

Результаты. В препубертатном возрасте у детей с ГЭРБ отмечен повышенный уровень соматостатина – $(0,46 \pm 0,14)$ нмоль/л ($p < 0,01$) по сравнению с детьми старше 12 лет и по сравнению с контрольной группой – $(0,09 \pm 0,06)$ нмоль/л, $p < 0,001$. При этом в том же возрасте выявлен низкий показатель гастрин – $(7,2 \pm 1,4)$ нмоль/л, в то время как у 13–17-летних детей, напротив, была установлена гастринемия – $(18,7 \pm 3,2)$ нмоль/л ($p < 0,01$) при относительно низком уровне соматостатина – $(0,13 \pm 0,09)$ нмоль/л (контрольная группа – $(0,08 \pm 0,05)$ нмоль/л, $p < 0,01$). Показатели гастрин в контрольной группе у детей 9–12 лет составили $(4,0 \pm 1,2)$ нмоль/л ($p < 0,05$), 13–17 лет – $(4,5 \pm 1,4)$ нмоль/л ($p < 0,01$). По данным ЭГГ в 9–12 лет выявлена тахигастрия и гиперкинетический тип ЭГГ, в 13–17 лет в 68,4% случаев отмечается брадикастрия и гипокинетический тип ЭГГ. При корреляционном исследовании показателей моторной функции желудка и гормонов установлена сопряженность их нарушений.

Заключение. Исследования показали, что у детей с ГЭРБ выявлены разнонаправленные изменения уровней соматостатина и гастрин в зависимости от возраста, которые способствуют развитию различных нарушений двигательной функции желудка, следствием чего является возникновение гастроэзофагеального рефлюкса.

В

13. Уровень цитокинов и продуктов перекисного окисления липидов у пациентов с воспалительными заболеваниями кишечника

Валеева И.Х., Валеева А.Р., Абдулхаков Р.А.,
Одинцова А.Х., Абдулхаков С.Р.

Казанский ГМУ, Центральная научно-исследовательская лаборатория, Республиканская клиническая больница,
Казань, Россия, e-mail: Aliv05@mail.ru

Цель: оценить содержание продуктов перекисного окисления липидов и уровень некоторых цитокинов в сыворотке крови у пациентов с воспалительными заболеваниями кишечника (ВЗК).

Материалы и методы. В сыворотке крови 52 пациентов (мужчин 21, женщин 31, средний возраст 37,5 года, средний возраст начала заболевания – 31 год) с воспалительными заболеваниями кишечника (ВЗК, язвенный колит (ЯК) и болезнь Крона (БК)) изучено содержание продуктов перекисного окисления липидов (гидроперекиси липидов, малоновый диальдегид), содержание церулоплазмينا, а также фактора некроза опухоли-альфа (ФНО- α), интерлейкинов 10 и 23 (ИЛ-10, ИЛ-23).

Результаты. Содержание гидроперекисей липидов было повышено у 51 (98%) пациента, уровень малонового диальдегида у 4 (7,7%) был повышен, у 23 (44,23%) – снижен, содержание церулоплазмينا было повышено у 31,6% пациентов, в том числе у 67% с ЯК и 33% с болезнью Крона. Содержание в сыворотке крови ФНО- α оказалось повышенным у 24 из 52 (47%) больных (у 15 (62,5%) с ЯК и у 9 (37%) пациентов с БК), нормальным – у 28 (53%) пациентов, уровень ИЛ-10 был повышен у 45 (86,5%),

нормальным – у 7 (13,5%) пациентов, содержание ИЛ-23 было повышено у 90,7% пациентов с ВЗК.

Выводы. У большинства пациентов с язвенным колитом и болезнью Крона наблюдается повышенное содержание в сыворотке крови продуктов перекисного окисления липидов, ФНО- α , ИЛ-10, ИЛ-23, причем эти изменения выявляются чаще при язвенном колите, чем при болезни Крона.

14. Эндоскопические изменения толстой кишки у больных язвенным колитом

Визе-Хрипунова М.А., Барилко М.С., Каширина А.Н.,
Муканеева Д.К.

Ульяновский государственный университет, Россия

Цель исследования: определить характер, частоту и распространенность изменений толстой кишки при эндоскопическом исследовании у больных язвенным колитом.

Материалы и методы. Проанализированы 194 протокола эндоскопического исследования толстой кишки у больных язвенным колитом, проходивших стационарное лечение в гастроэнтерологическом отделении Ульяновской областной клинической больницы в 2009–2012 гг.

Результаты. Наиболее часто, у 107 больных (55,2%), наблюдались изменения в дистальных отделах толстой кишки (проктосигмоидит). Левостороннее или тотальное поражение отмечались примерно с одинаковой частотой (23,7% и 21,1% соответственно). Изменения слизистой чаще всего были представлены гиперемией – 64,4%, эрозиями – 46,9%, геморрагиями – 35,6%, контактной кровоточивостью – 52,6%. У 42,8% пациентов сосудистый рисунок не определялся, а у 26,3% был смазан. Реже наблюдались язвы – 20,6%, псевдополипы – 18,0%, микроабсцессы – 8,8%, зернистость слизистой – 5,2%. У 6,2% больных просвет толстой кишки был сужен. Тонус стенки толстой кишки в 79,4% случаев был нормальным, в 8,2% был снижен, а в 12,4% повышен. В ходе исследования была выявлена сопутствующая патология: долихоsigmoid – 13,4%, недостаточность баугиниевой заслонки – 4,6%, полипы – 4,6%, дивертикулы – 2,1%.

Выводы. 1. Наиболее часто у больных язвенным колитом встречается дистальная форма поражения толстой кишки – 55,2%. 2. Эндоскопически язвенный колит чаще всего проявляется гиперемией слизистой – 64,4%, эрозиями – 46,9%, геморрагиями – 35,6%, выраженной контактной кровоточивостью – 52,6%. 3. Относительно редко выявляются такие классические эндоскопические изменения, как псевдополипы – 18,0% и микроабсцессы – 8,8%.

15. Современные представления врачей общетерапевтической практики о лечении больных синдромом раздраженного кишечника

Визе-Хрипунова М.А., Каширина А.Н., Муканеева Д.К.,
Барилко М.С.

Ульяновский государственный университет, Россия

Цель исследования: оценка знаний специалистов общетерапевтической практики в области клинической фармакологии синдрома раздраженного кишечника (СРК).

Материалы и методы. Проведено анкетирование 136 терапевтов: 92 (67,6%) работающих в условиях городских лечебно-диагностических подразделений и 44 (32,4%) работающих в сельских медицинских учреждениях. Стаж работы более 10 лет имели подавляющее большинство терапевтов – 110 человек (80,9%).

Результаты. Для купирования болевого синдрома все терапевты использовали спазмолитики. Подавляющее большинство (63,2%) применяли неселективные спазмолитики (но-шпа, платифиллин, папаверин, бускопан). Селективная спазмолитическая терапия использовалась реже: в 42,6% случаев – деспаталин, в 13,2% – дицетел, в 8,8% – тримебутин. 11% врачей назначали дополнительно для купирования боли анальгетики.

Для коррекции запора 62,5% врачей используют в комплексной терапии препараты лактулозы, при этом в качестве монотерапии лактулозу использовали лишь 28,7%. 8,1% врачей применяют

лактозу в сочетании с препаратами сенны, а 8,8% используют в коррекции запора только препараты сенны.

Для купирования синдрома диареи при СРК врачи применяют в 39,7% случаев лоперамид, в 22,8% – адсорбенты (сметта, активированный уголь), в 8,8% – антибиотики (в основном альфанормикс). 24,3% терапевтов в комплексную терапию при диарее включают бакпрепараты (бактисубтил, хилак-форте и др.).

Выводы. Врачи общетерапевтической практики при лечении больных СРК в подавляющем большинстве правильно выбирают лекарственные препараты, ориентируясь на ведущие жалобы.

16. О формировании инсулинорезистентности при хроническом панкреатите

Волкова А.А., Вахрушев Я.М., Михайлова О.Д., Зеленин В.А., Бульчев В.Ф.
Ижевская ГМА, Россия, e-mail: annalogi@mail.ru

Цель исследования: изучение секреции инсулина и резистентности к нему при различной этиологии хронического панкреатита (ХП).

Материалы и методы. Обследованы 124 больных ХП в возрасте 24–68 лет. Среди обследованных 31 пациент с алкогольным ХП (1-я группа), 30 больных билиарным ХП (2-я группа), 33 больных ХП с сопутствующей гиперлипидемией (3-я группа) и 30 больных ХП на фоне метаболического синдрома (МС) (4-я группа). Диагноз ХП устанавливался в соответствии с Рекомендациями по диагностике и лечению ХП (НОГР, 2010). У пациентов определяли уровень глюкозы в крови натощак. Базальные уровни инсулина и С-пептида определяли электрохимическим методом иммуноанализа. Наличие тканевой инсулинорезистентности (ИР) устанавливали с помощью индекса НОМА. Контрольную группу составили 20 практически здоровых лиц.

Результаты. У пациентов 1-й группы в сравнении с контролем индекс НОМА составил $1,32 \pm 0,07$, ИР выявлена у 3,2% больных. При этом по сравнению с контрольной группой базальный уровень С-пептида был снижен, а инсулина – повышен при продолжительных сроках заболевания и снижен при длительности его более 5 лет. Во 2-й группе больных индекс НОМА был $1,84 \pm 0,25$, у 26,7% пациентов выявлена ИР. Отмечено значительное снижение уровней инсулина и С-пептида у больных этой группы. В 3-й группе больных индекс НОМА составил $2,14 \pm 0,11$, ИР выявлена у 63,6% пациентов. Уровень инсулина у этих больных был повышен на 27,4%, а С-пептида снижен на 52,3%. В 4-й группе индекс НОМА доказал наличие ИР у 81,8% пациентов ($4,18 \pm 0,51$), при этом уровень инсулина в 2 раза и уровень С-пептида в 2,6 раза превышали контрольные значения.

Заключение. Формирование тканевой ИР при ХП в большей степени сопряжено с нарушением липидного обмена и с сопутствующим МС.

17. Особенности хронического гастрита, ассоциированного с железодефицитной и В₁₂-дефицитной анемией и тактики его лечения

Воробьев С.А.
Тверская ГМА, Россия

Цель исследования: выяснить особенности хронического гастрита (ХГ), ассоциированного с железодефицитной (ЖДА) и В₁₂-дефицитной анемией (В₁₂ДА). Определить роль характера и выраженности анемии, состояния конечного кровотока в слизистой оболочке желудка (СОЖ), мукозной микрофлоры в формировании ХГ.

Материалы и методы. Обследованы 172 больных ХГ. У 79 из них заболевание сочеталось с ЖДА, у 33 – с В₁₂ДА, у 60 больных (группа сравнения) ХГ не был ассоциирован с анемией. В исследование включались больные с анемией давностью не менее года. Для верификации ХГ проводили ЭГДС и биопсию СОЖ, базальную топографическую рН-метрию по В.Н. Чернобровому, определение пепсиногена и гастромукопротеидов сыворотки крови, мукозной микрофлоры в мазках-отпечатках СОЖ, «Хелп-тест». У 93 пациентов оценивали структуру СОЖ и микроциркуляцию в ней с оценкой по оригинальной количественно-качественной шкале.

Результаты. Особенности ХГ, протекающего на фоне анемии, ассоциированы с ее характером и тяжестью. ХГ при ЖДА, локализуется, как правило, в антруме и в 65% имеет черты атрофического. При В₁₂ДА он в 100% случаев имеет атрофический характер с сочетанным поражением антрума и тела желудка. Для ХГ на фоне анемии типично снижение кислото-, пепсиногено-, гастромукопротеидообразования, особенно выраженные при В₁₂ДА. ХГ у больных анемией характеризуется низкой обсемененностью СОЖ мукозной микрофлорой, включающей *H.pylori*. Помимо тканевой гипоксии в развитии морфофункциональных изменений желудка при ХГ, ассоциированном с анемией, значимы расстройства микроциркуляции в СОЖ.

Заключение. Итогом исследования стала разработка дифференцированного подхода к медикаментозному лечению ХГ у больных ЖДА и В₁₂ДА, предполагающего отказ от эрадикационной и антисекреторной терапии в пользу гастропротекторов и антиоксидантов.

Г

18. Распределение частот генотипов полиморфного варианта IL10-627C>A в выборках больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки

Габбасова Л.В., Курашина О.А., Крюкова А.Я., Хуснутдинова Э.К., Нургалиева А.Х.
Башкирский ГМУ, УНЦ РАН РБ, Уфа, Россия

Цель исследования: оценить ассоциацию IL-10-627C>A полиморфизма гена интерлейкина 10 при язвенной болезни двенадцатиперстной кишки у башкир.

Материалы и методы. У 32 башкир в возрасте ($33,6 \pm 1,2$) года с язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки и 23 человек в возрасте ($32,4 \pm 1,4$) года, составивших группу контроля, проводили генотипирование в лаборатории Института биохимии и генетики УНЦ РАН. ДНК выделяли из венозной крови стандартным методом фенольно-хлороформной экстракции с небольшими модификациями. Идентификацию продуктов амплификации проводили в ультрафиолетовом свете после электрофореза в 7% полиакриламидном и 1% агарозном гелях, гель окрашивали раствором бромистого этидия и анализировали в проходящем ультрафиолетовом свете. Размеры аллелей определяли путем одновременного электрофореза с маркером (ДНК фага λ , гидролизованного рестриктазой Pstf). При анализе электрофореграмм использовали видеогельдокументирующую систему. Анализ полиморфных вариантов генов осуществляли методом ПЦР-ПДРФ с использованием локус-специфичных олигонуклеотидных праймеров. Для проверки соответствия эмпирического распределения частот генотипов теоретически ожидаемому равновесию Харди-Вайнберга использовали критерий χ^2 с использованием компьютерной программы ROW \times Columns по алгоритму Roff D.A. (1989).

Результаты. Генотип CC в исследуемой группе встречался с частотой 21,43%, в то время как в контрольной группе с частотой 71,43% ($\chi^2=4,38$; $p=0,036$; ОШ=0,109; ДИ 0,017–0,709).

Выводы. Таким образом, у лиц башкирской этнической принадлежности – носителей генотипа CC замены IL-10-627C>A выявлена ассоциация с язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки.

19. Напитки на соево-кедровой основе в лечебно-профилактическом питании людей, страдающих заболеваниями желудочно-кишечного тракта

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

Всероссийский НИИ жиров, Санкт-Петербург, Россия

Цель исследования: разработать рецептуры и технологии ферментированных напитков на соево-кедровой основе и изучить возможность использования их в питании людей, страдающих заболеваниями желудочно-кишечного тракта, в том числе у больных язвой желудка, холециститом, гепатитом, сахарным диабетом, непереносимостью глютена и коровьего молока.

Материалы и методы, результаты. Цель данного исследования – разработка технологии жидкой растительной пищевой основы сложного сырьевого состава с использованием соевой основы жидкой и ядер кедровых орехов для производства напитков, в том числе ферментированных, и их клиническая апробация у людей с заболеваниями желудочно-кишечного тракта (язва желудка, холециститы, колиты, энтериты, непереносимость компонентов коровьего молока и др.). Напитки обладают насыщенным вкусом (неферментированные – сладковатым, ферментированные – кисломолочным), приятным кедровым ароматом, кремовым цветом, однородной консистенцией. Содержание основных питательных веществ: сухие вещества (18,3±0,5)%, белок (3,40±0,05)%, жир 8,5-9%. Лечебные свойства обусловлены полноценным жирнокислотным и аминокислотным составом, высоким содержанием фосфолипидов, витаминов группы В, магния, железа, цинка, меди и других макро- и микроэлементов, наличием пре- и пробиотического фактора (олигосахара сои, микроорганизмы закваски, пищевые волокна кедровых орехов). Напитки прошли апробацию в стационарах Санкт-Петербурга, результаты которой свидетельствуют о хорошей переносимости и клинической эффективности использования их в рационе питания больных с заболеваниями желудочно-кишечного тракта.

20. Возможности применения неинвазивной лазерной доплеровской визуализации в гепатологии

Гельт Т.Д.¹, Борсуков А.В.¹, Белявская А.А.².

¹ГНИЛ «Диагностические исследования и малоинвазивные технологии», Смоленская ГМА, ²Отделенческая больница на ст. Смоленск ОАО «РЖД», Смоленск, Россия

Цель исследования: оценить возможности использования метода лазерной доплерографии для оценки капиллярного кровотока у больных с диффузными заболеваниями печени.

Материалы и методы исследования. Были обследованы 45 пациентов, страдающих диффузными заболеваниями печени. Больные были разделены на три группы: первая группа – 26 пациентов с циррозом печени, вторая группа – 12 больных со стеатогепатитом смешанной этиологии (алкогольным и неалкогольным), третья группа – 7 пациентов с вирусным гепатитом В и С (n=7). Оценивались следующие показатели микроциркуляции: перфузия, концентрация, скорость.

Результаты исследования. У 24 (53%) пациентов наблюдалось усиление кровотока более чем в 3 раза в области thenar и hypothenar по сравнению с контрольной группой. В данном случае идет речь о декомпенсации микроциркуляции у таких пациентов и о наличии так называемых «печеночных ладоней». Несмотря на то, что внешние проявления «печеночных ладоней» у 14 (31%) пациентов не столь выражены, исследование с помощью лазерной доплерографии объективно доказывает усиление кровотока в этой области в 1,5 раза. Данная группа относится к пациентам с субкомпенсированным кровотоком. У 7 (16%) пациентов показатели микроциркуляторного кровотока оказались сопоставимы с показателями контрольной группы.

Выводы. Имеются клинические перспективы применения лазерной доплерографии в качестве одного из объективных быстрых неинвазивных дополнительных методов диагностики нарушений микроциркуляторного русла, при этом важно применять методику, позволяющую оценивать не только качественные, но и количественные показатели.

21. Клиническая морфология слизистой оболочки желудка. Некоторые дефиниции и пожелания для врачей-специалистов

Голофеевский В.Ю.

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

Доклад основан на собственном 40-летнем опыте морфологического изучения слизистой оболочки желудка при его различных патологических состояниях, а также на опыте фармако-морфологического анализа и моделирования патологических состояний желудка в экспериментах на животных. В настоящее

время эти знания позволяют предложить клиницистам-гастроэнтерологам и специалистам близкого профиля конкретные рекомендации, направленные на улучшение их взаимодействия и на достижение главной цели – правильной диагностики, лечения и прогноза заболеваний желудка.

1. Врач-интернист (не обязательно гастроэнтеролог), диагностирующий заболевание желудка, обязан предоставить врачу-эндоскописту достаточную клиническую информацию о пациенте. Совместно необходимо решить вопрос о количестве биоптатов для дальнейшей диагностики (особенно из зон воспаления, атрофии, эрозий, полипов, язв). Например, даже при синдроме анемии желательна взятие 3-4 биоптатов из слизистой оболочки тела желудка.

2. Врач-эндоскопист должен дать подробную визуальную характеристику состояния желудка (но не ставить диагноз!), т.е. описать в протоколе эндоскопии признаки воспаления, атрофии, дисрегенерации, эрозивных и язвенных дефектов, локализации (!) этих изменений, нарушений моторной функции и др. Оценка Нр-инфекции должна быть обязательным (страховым!) тестом. Врач-эндоскопист несет ответственность за правильность фиксации и маркировки материала биопсии и своевременность его отправки в лабораторию.

3. Патоморфолог, дающий окончательное заключение по материалу гастробиопсий, должен учесть качество проводки биоптатов и приготовления препаратов, ориентации гистологических срезов (собственно работа лаборантов). Минимальный описательный стандарт морфологического анализа препаратов, окрашенных гематоксилином и эозином (официальных стандартов, к сожалению, до сих пор нет), должен включать характеристику дистрофии эпителия слизистой оболочки желудка, атрофических изменений, особенностей и качества воспалительной реакции, дисрегенераторных и фиброзных изменений и т.д. Описательная «гамма» этих изменений в виде более или менее стандартного протокола должна быть предоставлена лечащему врачу, который будет принимать окончательное решение.

4. Самое главное – это синтез клинических фактов в интересах конкретного больного. Конечно, на этом этапе это уже не только постановка окончательного диагноза, но и определение направлений лечения пациента. Осуществлять этот синтез должен именно лечащий врач, но какой? Врач, обладающий морфологическими знаниями, понимающий, куда, «на какие клетки и рецепторы», направлено действие лекарственных средств, каковы отдаленные последствия длительного фармакологического воздействия на больного человека, и т.д. Здесь необходимо формирование клинко-физиолого-морфологического мышления врача-клинициста-гастроэнтеролога. Из-за его отсутствия мы наблюдаем на практике полипрагмазию, общие рассуждения о «трофическом», «энергетическом», «репаративном» или «метаболическом» эффектах тех или иных лекарств, БАДов и т.п. В докладе будут представлены примеры полезного клинко-диагностического взаимодействия врачей-специалистов и основы патоморфологической диагностики заболеваний желудка.

22. Иммуномодуляция у больных дисбиозом кишечника при применении СМВ-терапии

Горбачева К.В.

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

Цель исследования: добиться иммуномодуляции при лечении больных дисбиозом кишечника.

Материалы и методы. Нами обследованы 158 больных дисбиозом кишечника (ДК). Всем больным проводилась однотипная медикаментозная терапия с применением нистатина внутрь в дозе 1000000 ед. 4 раза в день; диетотерапии; поливитаминных комплексов per os; биологических препаратов. В качестве метода физиотерапевтического лечения больных ДК нами разработана методика сантиметроволновой терапии (СМВ-терапия) на два поля – область проекции желчного пузыря и тонкой кишки.

Результаты. При лечении больных по методике с применением СМВ-терапии мы получили значительную иммуномодуляцию, проявившуюся достоверным увеличением относительного и абсолютного числа CD3, CD8. Одновременно при применении

указанной методики удалось добиться выраженной нормализации микрофлоры кишечника. После проведенной комплексной терапии у больных определялась достоверная динамика пролиферации *Candida spp.* в калечнике (снижение роста в среднем в 37 раз), увеличение роста бифидобактерий (в среднем в 10 раз, $p < 0,01$) и *E. coli* (в среднем на $1,29 \cdot 10^8$, $p < 0,05$). Со стороны других представителей микробиоты кишечника достоверной динамики не обнаружено. Это привело к выраженному уменьшению кишечного дискомфорта. Лишь у 10% больных сохранился неустойчивый стул, у 5% – боли в животе, у 7% – метеоризм.

В контрольной группе, получавшей только медикаментозную терапию, подобных результатов достичь не удалось.

Выводы. Комплексное лечение с применением СМВ-терапии в большей мере способствует нормализации микрофлоры кишечника и оказывает более выраженное иммуномодулирующее действие по сравнению с проведением только медикаментозной терапии.

Д

23. Цитокиновый статус при кишечном дисбиозе у больных ИБС

Дербак М.А.¹, Архий Е.И.¹, Дербак Я.С.¹, Маркович В.П.²
¹Ужгородский национальный университет (мед. ф-т, каф. пропедевтики внутренних болезней), ²Закарпатская областная СЭС, Украина, e-mail: derbak@mail.ru

Цель исследования: изучить активность сывороточных цитокинов: интерлейкинов IL-1 β , IL-4, IL-6, IL-10 и фактора некроза опухоли – α (TNF- α) при кишечном дисбиозе у больных ИБС в зависимости от степени дисбиоза.

Материалы и методы. В исследование были включены 92 больных ИБС. С целью установления основного диагноза всем больным проведены общий и биохимический анализ крови, бактериологический посев испражнений на среды Сабуро, Эндо, агар. Также проведены эхоКГ, ЭКГ и УЗИ органов брюшной полости. Определение уровней IL-1 β , IL-4, IL-6, IL-10 и TNF- α , проводили методом ИФА согласно протоколам к тест-системам DRG (США) и «Вектор Бест» (Россия).

Результаты исследований. Больные разделены на три группы: 1-я группа – 30 больных ИБС без дисбиоза кишечника; 2-я группа – 32 больных ИБС с дисбиозом кишечника I ст.; 3-я группа – 30 больных ИБС с дисбиозом кишечника II ст. У всех больных ИБС выявлены гиперпродукция про- и депрессия противовоспалительных цитокинов, более выраженные у больных с кишечным дисбиозом. Установлены высокие диагностические уровни TNF- α , IL-1 β , IL-6 и значительное снижение IL-4 и IL-10 в 3-й группе больных, что позволило предположить зависимость их концентрации от степени бактериальной агрессии. Так, концентрация IL-6 у больных 2-й группы на 22,1%, а у больных 3-й группы на 45,1% была выше, чем в группе сравнения, а концентрация IL-4 у больных этих групп была ниже на 37,19% и на 50,7% соответственно.

Выводы. 1. У всех больных ИБС наблюдается дисбаланс про- и противовоспалительных цитокинов с более глубокими нарушениями у больных ИБС в сочетании с кишечным дисбиозом.

2. В лечение больных ИБС с кишечным дисбиозом необходимо включать препараты, которые бы не только устраняли дисбиоз кишечника, но и положительно влияли на цитокиновый статус.

24. Течение сахарного диабета у больных с вирусом гепатита С

Дербак М.А., Архий Э.И., Брич Н.И., Пичкарь Й.И., Крафчик О.М.
 Ужгородский национальный университет (мед. ф-т), Украина, e-mail: derbak@mail.ru

Цель исследования: изучить клиническое течение сахарного диабета (СД) 2 типа и частоту поздних диабетических осложнений у больных с вирусом гепатита С (ВГС).

Материалы и методы. Под нашим наблюдением находились 317 больных СД 2 типа. Всем больным проводили УЗИ органов брюшной полости, биохимический анализ крови, липидограмму и выявление антител к ВГС. Степень компенсации углеводного обмена изучали по уровню гликозилированного гемоглобина. Все больные были разделены на две группы: 1-я группа (n=72) – лица с ВГС, 2-я группа (n=245) – без вируса. Первая группа была разделена на подгруппы: 1а (n=45) – больные с высокой вирусной нагрузкой и повышенным уровнем трансаминаз и 1б (n=27) – больные с низкой вирусной нагрузкой и нормальным уровнем трансаминаз.

Результаты исследований. Сравнительный анализ показал, что 45,8% больных 1-й группы имели тяжелую форму диабета, в отличие от больных 2-й группы, где этот показатель составил 32,2%. Поздние диабетические осложнения статистически значимо чаще имели место у больных 1-й группы, чем у 2-й. Вызывают интерес данные о частоте диабетической нефропатии (ДН) и синдрома «диабетической стопы» (ДС). В 1-й группе ДН наблюдалась у 52,8% больных с их преобладанием в 1а подгруппе – 79,3%, в противоположность больным 2-й группы, где ДН выявлена в 29,4%. Среди больных 1-й группы «диабетическая стопа» формировалась у 16,6%, а среди больных 2-й группы – лишь у 5,3%. Достоверно чаще это осложнение было у больных с высокой вирусной нагрузкой, чем с низкой – 31,0% против 7,0% случаев.

Выводы. Нами установлено, что инфицирование ВГС приводит к более частому формированию поздних диабетических осложнений и ухудшает течение сахарного диабета, что, вероятно, связано с прямым повреждающим действием вируса на сосудистую стенку.

25. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь: вариативность клинического течения

Джулай Г.С., Секарева Е.В.
 Тверская ГМА, Россия

Цель исследования: изучение вариантов течения ГЭРБ с учетом преобладающего типа рефлюксов в пищеводе.

Материал и методы. ГЭРБ у 78 больных была ассоциирована с гастроэзофагеальным (ГЭР), у 46 – с дуоденогастроэзофагеальным рефлюксом (ДГЭР), верифицированными данными рН-метрии и гастроэнтерографии («Гастроскан-ГЭМ»). Вегетативный статус исследован на надсегментарном и сегментарном уровнях.

Результаты. В зависимости от преобладающего типа рефлюксов в пищеводе ГЭРБ может протекать в двух клинико-патогенетических вариантах. Вариант, ассоциированный с ГЭР, характеризуется кислыми рефлюксами в пищеводе независимо от уровня базальной желудочной секреции при активной реакции железистого аппарата желудка на стимуляцию; умеренно выраженным гастростазом вследствие дискоординации антродуоденальной пропульсии; доминирующей изжогой и рефлюксным поражением ЛОР-органов; вегетативной эйтонией и симпатикотонией в системе пищеварения, вегетативными реакциями симпатического типа, ирритацией сегментарных вегетативных образований на уровне D₇-D₁₀. Для варианта, ассоциированного с ДГЭР, типичны щелочные рефлюксы в пищеводе независимо от уровня базальной желудочной секреции, слабая реакция железистого аппарата желудка и провокация ДГР стимуляторами секреции; гастростаз и дуоденальный гиперкинез с дискоординацией антродуоденальной и дуоденоюанальной пропульсии; сочетание изжоги с билиарной и желудочной диспепсией, поражением бронхолегочной системы; комбинация общей симпатикотонии с парасимпатикотонией в системе органов пищеварения, вегетативные реакции преимущественно симпатического типа, ирритация сегментарного вегетативного аппарата на уровне D₇-D₁₂.

Заключение. Вариативность течения ГЭРБ связана с участием надсегментарного и сегментарного вегетативных аппаратов, моделирующих секреторную и моторно-тоническую активность верхних отделов ЖКТ, что следует учитывать при разработке лечебных программ ведения пациентов.

26. Цитология микробного сообщества слизистой оболочки желудка у больных хроническим гастритом
Дубенская Л.И., Баженов С.М., Алимов А.В., Алимova Е.А.
Смоленская ГМА, Россия

Цель исследования: цитологическое исследование микрофлоры слизистой оболочки желудка (СОЖ) при хроническом гастрите (ХГ).

Материалы и методы. У 20 больных обоего пола в возрасте от 18 до 37 лет в ходе ФГДС получали цитологический материал антральной поверхности СОЖ с помощью цитощетки до забора гастробиоптата. Браш-цитопрепараты окрашивали по Граму. При микроскопии с масляной иммерсией (увеличение $\times 945$) в баллах оценивались: количества *Helicobacter pylori* (НР) и не-НР микрофлоры (НХСМ), нейтрофилов, визуально по соотношению количеств грамположительных (Гр+) и грамотрицательных (Гр-) бактерий определяли «выраженность грамотрицательного компонента» (ВГК) НХСМ.

Результаты. Спиралевидные НР выявлены у 15 из 20 больных. НХСМ выявлена во всех цитопрепаратах, многие сотни бактерий имелись в отдельных полях зрения в 7 случаях, небольшие количества, до единичных клеток – в 6. При значительных количествах НХСМ НР был выявлен у 5 (трое – НР 3+) из 7 больных, малые количества НХСМ сочетались с наличием НР (НР 2+ и НР+) в 2 из 6 случаев.

У большинства больных (14) доминировали Гр+ морфотипы (МТ), НР выявлен в 9 случаях. Значительная доля Гр– НХСМ содержалась в 6 наблюдениях, НР имелся во всех из них. При этом практически во всех случаях в разных количествах выявлялся ряд Гр+ МТ кокков и палочек.

Очаговые скопления НХСМ имели различную плотность взаиморасположения бактерий, цитологическое своеобразие состава определялось разнообразием его МТ.

Статистически выявлен ряд прямых корреляций: ВГК и нейтрофилы взаимосвязаны с НР и НХСМ.

Заключение. В цитопрепаратах поверхности СОЖ больных ХГ преобладала Гр+ НХСМ, ряд МТ которой отмечен практически у всех из них. НР и НХСМ выявлялись в различных сочетаниях их количеств, в том числе, значительных одновременно.

27. Структура госпитализации больных пожилого возраста гастроэнтерологического профиля

Дудина О.В.

Санкт-Петербургский ГМУ им. акад. И.П. Павлова, Россия,
e-mail: o-dudina@mail.ru

С целью изучения особенностей структуры госпитализации пациентов пожилого возраста с патологией желудочно-кишечного тракта в терапевтические и гастроэнтерологические отделения крупного многопрофильного стационара была проанализирована база данных поступивших больных за 2010 год.

Всего были госпитализированы 324 пациента, из них старше 60 лет 103 (0,32) – группа 1. Группа 2 (больные младше 60 лет) состояла из 221 пациента. Соотношение плановой и экстренной госпитализации групп 1 и 2 оказалось сходным (0,19 и 0,21 экстренно поступивших и 0,81 и 0,79 поступивших в плановом порядке соответственно).

В группе 1 наблюдалось меньшее количества пациентов-мужчин (0,34) по сравнению с группой 2 (0,44), что отражает общепопуляционную тенденцию.

При анализе нозологической структуры (учитывался основной диагноз при выписке) выявлено более чем двукратное преобладание ГЭРБ и заболеваний кишечника в группе 2 по сравнению с группой 1 (0,19 vs. 0,08 и 0,22 vs. 0,09 соответственно). У лиц старшего возраста чаще встречалась патология печени и желчевыводящих путей (0,13 и 0,10 соответственно, тогда как в группе 2 0,07 и 0,07).

Таким образом, выявлены различия в структуре госпитализированных пациентов старших возрастных групп по сравнению с более молодыми пациентами.

Е

28. Особенности лекарственного поражения печени у беременных

Еремина Е.Ю., Герасименко И.В., Строкова О.А.,
Литюшкина М.И., Зверева С.И.

Мордовский государственный университет
им. Н.П. Огарева, Саранск, Россия,
e-mail: gerasimenkoi@list.ru

Цель исследования: изучить особенности лекарственного поражения печени у беременных женщин, наблюдавшихся на базе перинатального центра республики Мордовия в период с 2011 по 2012 г.

Материал и методы исследования. Обследованы 20 пациенток с клинико-лабораторной картиной лекарственного гепатита. Количество наименований лекарственных препаратов, назначаемых данным пациенткам в течение беременности, составило от 3 до 11. Представляем спектр этих препаратов: витаминно-минеральный комплекс «Витрум Пренатал» на протяжении беременности принимали 16 женщин; «Элевит» – 3; «Курантил» – 8; «Сорбифер» – 5; «Магне В6» – 4; витамин Е – 3, «Фенюльс» – 2, «Йодомарин» – 3, «Дюфастон» до 20 недель беременности принимали 10 женщин, «Утрожестан» – 6. Кроме того, 5 пациенток в последний триместр беременности принимали препарат «Флебодиа». Также практически все беременные периодически принимали спазмолитики (но-шпа, дротаверин), фитотерапию (бруснивер).

По полученным результатам выявлена прямая зависимость между количеством принимаемых препаратов и активностью лекарственного гепатита. Так, наиболее высокий уровень печеночных трансаминаз, превышающий 10 норм, отмечался у женщин, которые принимали 9-11 наименований лекарственных средств. Особенно высокими оказались печеночные пробы у пациенток, в схемы лечения которых входили такие препараты, как «Дюфастон» и «Утрожестан», особенно в сочетании с препаратом «Витрум».

Таким образом, беременность требует чрезвычайной осторожности при назначении лекарственной терапии, а ее ожидаемый эффект должен превалять над возможным риском для здоровья самой женщины и плода.

Ж

29. Значение провоспалительных цитокинов при неалкогольной жировой болезни печени

Жилина А.А., Ларева Н.В., Лузина Е.В., Пустогина З.М.,
Дурова О.А.

Читинская ГМА, Россия

Цель: определить роль провоспалительных цитокинов (ФНО α , ИНФ γ , ИЛ6) в формировании и прогрессировании неалкогольной жировой болезни печени (НЖБП).

Материалы и методы. Обследованы 59 больных с НЖБП. Больные были разделены на две группы по признаку биохимической активности. Первую группу (35 человек, 59%) составили больные жировой дистрофией (ЖД), вторую (24 человека, 41%) – неалкогольным стеатогепатитом (НАСГ). Средний возраст пациентов составил (49 \pm 7) лет (от 29 до 60 лет). Диагноз НЖБП устанавливался на основании клинических, лабораторных, ультразвуковых, рентгенологических, морфологических методов исследования. Концентрацию цитокинов в сыворотке крови – ФНО α , ИЛ6, ИНФ γ – определяли иммуноферментным методом с применением коммерческих тестсистем «ВЕКТОР-БЕСТ» (Россия). Для статистической обработки использовали методы описательной статистики (медиана, стандартное отклонение, 25 и 75 процентиля), критерий Манна-Уитни и корреляционный анализ по Спирмену. Статистическая обработка проводилась с помощью программы «Statistica 6».

Результаты. В группе больных НАСГ уровень ФНО α составил 33,7 пг/мл (29,6 пг/мл; 47,8 пг/мл), что в 1,5 раза превысило зна-

чения при ЖД – 23,6 пг/мл (19,3 пг/мл; 27,9 пг/мл), $p=0,01$. Уровень ИНФγ у больных с НАСГ также в 2 раза превышал таковой при ЖД – 6,8 пг/мл (29,6 пг/мл; 47,8 пг/мл) и 3,25 пг/мл (1,8 пг/мл и 6,7 пг/мл) соответственно, $p=0,01$. Однако уровень ИЛ6 при развитии воспаления в печени увеличился незначительно – 13,3 пг/мл (8,2 пг/мл; 19,7 пг/мл) по сравнению с первой группой – 10,5 пг/мл (4,3 пг/мл; 16,1 пг/мл), $p=0,1$.

Выводы. При развитии воспаления в печеночной ткани значительно повышается уровень ФНОα и ИНФγ.

30. Белки теплового шока у больных неалкогольной жировой болезнью печени при развитии фиброза

Жилина А.А., Ларева Н.В., Устинова Е.Е., Зуева А.А., Жигжитова Е.Б.

Читинская ГМА, Россия

Цель исследования: оценить концентрацию антител к белкам теплового шока с молекулярной массой 70 кДа (anti-HSP-70) у больных неалкогольной жировой болезнью печени (НЖБП), сопровождающейся развитием фиброза.

Материалы и методы. В исследовании приняли участие 56 человек: 30 больных с НЖБП, имеющих признаки фиброза различной степени выраженности, и 26 здоровых лиц, составивших группу контроля.

Диагноз НЖБП устанавливали на основании: наличия факторов риска (ожирения, нарушений углеводного обмена различной степени выраженности), ультразвуковых признаков, а также морфологических изменений. Наличие фиброза у больных с НЖБП оценивали с помощью метода непрямой эластометрии печени. Концентрацию антител к HSP70 (anti-HSP-70) определяли с помощью метода иммуноферментного анализа с применением коммерческих тест-систем «Assay designs stressgen» (USA). Статистическая обработка проводилась с помощью программы Statistica 6.0 (StatSoft, USA). Использовали методы описательной статистики (медиана, 25 и 75 процентиля). Межгрупповая разница оценивалась по критерию Манна-Уитни. Статистически значимыми считались различия при $p<0,05$.

Результаты исследования. Концентрация anti-HSP-70 у больных НЖБП при развитии фиброза имела тенденцию к повышению, не достигая статистической значимости, в отличие от здоровых – 42,56 пг/мл (24,54 пг/мл; 56,33 пг/мл) и 21,61 пг/мл (18,36 пг/мл; 30,30 пг/мл) соответственно, $p=0,054$.

Выводы. При развитии фиброза у больных с НЖБП в сыворотке крови значительного повышения anti-HSP-70 не происходит.

31. Способность *Helicobacter pylori* к образованию биопленки

Жуховицкий В.Г.^{1,2}, Константинова Н.Д.², Шевлягина Н.В.², Диденко Л.В.²

¹ГКБ им. С.П. Боткина, ²НИИЭМ им. Н.Ф. Гамалеи, Москва, Россия

Цель исследования: оценка способности *Helicobacter pylori* к образованию биопленки *in vitro* и в естественных условиях существования.

Материалы и методы. Культуры эталонных и свежeweделенных штаммов *H. pylori*, а также биопататы слизистой оболочки желудка были изучены посредством световой, сканирующей и трансмиссионной электронной микроскопии с применением микроскопов «AxioStar Plus» («Zeiss», Германия), «Quanta 200 3D» («FEI Company», США) и «JEM-100B» («Jeol», Япония) соответственно. Для трансмиссионного исследования ультратонких срезов применялась стандартная дегидратационная методика приготовления препаратов; при исследовании препаратов в сканирующем микроскопе традиционные методики химической дегидратации не применялись. В качестве абиогенных носителей культур – продуцентов биопленок использовались стекло и нержавеющая сталь.

Результаты исследования. С помощью световой и сканирующей электронной микроскопии продемонстрирована способность культур *H. pylori* к формированию биопленки на поверхности стеклянного и стального носителей с образованием выраженного

экзоцелочного матрикса. С помощью сканирующей электронной микроскопии в ткани биопататов показано наличие значительного числа бактериальных клеток, как правило, погруженных в аморфный слой, покрывающий поверхность эпителиоцитов и лишь изредка расположенных на поверхности этого слоя. При трансмиссионном анализе ультратонких срезов биопататов было установлено, что бактериальные клетки локализируются на поверхности эпителиоцитов, взаимодействуя с ними посредством клеточной стенки; при этом на апикальной поверхности эпителиоцитов формируются выросты, обволакивающие бактерии без образования фагосомы. Отсутствие выраженной биопленки на трансмиссионных электронограммах, возможно, связано с утратой в процессе дегидратации спиртами аморфного слоя, выявляемого при сканирующей электронной микроскопии. **Заключение.** *H. pylori* способен к образованию биопленки как в естественных условиях существования, так и при культивировании *in vitro*.

32. Антагонистическая активность лактобацилл толстой кишки

Жуховицкий В.Г., Сухина М.А.

ГКБ им. С.П. Боткина, Москва, Россия

Цель исследования: оценка степени выраженности антагонистического влияния лактобацилл толстой кишки биотопа на рост аутохтонной бактериальной флоры того же биотопа и возбудителей острых инфекционных заболеваний желудочно-кишечного тракта.

Материалы и методы исследования: 18 штаммов лактобацилл, выделенных из толстокишечного биотопа, и 28 культур различных бактерий, выделенных из толстой кишки тех же больных; 3 штамма *Yersinia spp.* клинического происхождения; штамм *Lactobacillus plantarum* 38 (из пробиотика «Лактобактерин сухой» ФГУП «НПО "Микроген"», Нижний Новгород); 3 эталонных штамма: *Streptococcus pyogenes* ATCC 19615, *Helicobacter pylori* NCTC 11639, *Campylobacter jejuni* NCTC 11635. Антагонистическая активность (АА) лактобацилл оценивалась в рамках собственной методики по размеру зоны задержки роста тестируемой культуры: 30-40 мм и более – высокая АА; 20-30 мм – умеренная; 1-20 мм – низкая; менее 5 мм – отсутствие АА.

Результаты исследования. Содержание лактобацилл в 18 образцах фекалий варьировало от 10^4 до 10^9 КОЕ/г. При множественности 10^7 - 10^9 КОЕ/г штаммы *Lactobacillus* отличались высокой (38,9%), умеренной (11,1%) и низкой (11,1%) АА. Штаммы, лишенные АА (38,9%), значительно различались по множественности (10^4 - 10^9 КОЕ/г). Контрольный штамм *L. plantarum* 38 демонстрировал монотонно высокий уровень АА. Ни одному из испытуемых штаммов не была свойственна высокая АА относительно штамма *Salmonella enterica* Serovar *Typhimurium* 3542. Относительно *S. enterica* Serovar *Enteritidis* 4556 10 штаммов лактобацилл (55,6%) демонстрировали высокую и лишь 5 (26,3%) – низкую АА, что соответствовало их АА относительно *Shigella flexneri* 2b 2865 и штаммов *Y. enterocolitica*.

Заключение. Формальная оценка множественности природных популяций лактобацилл, расценивающаяся как единственный критерий их участия в процессе стабилизации микробиологического благополучия толстой кишки, не позволяет составить исчерпывающее представление о степени дисбиотических нарушений в биотопе.

И**33. Распространенный атеросклероз и состояние желудка**

Иванов М.А., Берест Д.Г., Зайцев В.В., Симонова К.
СЗГМУ им. И.И. Мечникова, Санкт-Петербург, Россия

Цель исследования: обсуждение причин изменений состояния слизистой желудка и двенадцатиперстной кишки у больных распространенным атеросклерозом.

Материалы и методы. В основу работы легли наблюдения над 67 больными мультифокальным атеросклерозом, которым выполнялись реконструктивные операции на аорте, магистральных артериях нижних конечностей. Проанализировано влияние ряда факторов на развитие патологии слизистой гастроудоденальной зоны (характер вмешательства и его длительность, наличие признаков пареза кишечника, проявления послеоперационного панкреатита, наличие интраоперационной кровопотери, поражение Н. рупоги, степень ишемии конечности, тяжесть состояния ASA, наличие гепаторенального синдрома, прием алкоголя, использование НПВС, табакокурение, диспротеинемия, язвенная болезнь в анамнезе, назначение антисекреторных средств). Исследовали также вероятность послеоперационного кровотечения в зависимости от исходного состояния желудка.

Результаты. Достоверное влияние на развитие изменений со стороны гастроудоденальной зоны отмечено в отношении длительности операции ($p=0,04$), а также тяжести состояния по классификации ASA ($p=0,007$) и степени ишемии ($p=0,005$).

Выводы. На всех этапах оказания помощи больным с распространенным атеросклерозом необходимо обращать внимание на вероятность изменений слизистой оболочки проксимальных сегментов пищеварительного тракта в связи с возможностью развития геморрагических осложнений. Риск негативных последствий оперативного воздействия увеличивается в случае длительного вмешательства, а также у пациентов, находящихся в тяжелом состоянии, и у лиц с критической ишемией.

34. Питание при воспалительных заболеваниях кишечника

Иванов С.В.
СЗГМУ им. И.И. Мечникова, Санкт-Петербург, Россия

Цель исследования: сравнить эффективность стандартной диеты и сочетанного применения стандартной диеты и энтерального питания у истощенных пациентов с воспалительными заболеваниями кишечника в фазе обострения.

Материалы и методы. Включенные в исследование пациенты с язвенным колитом и болезнью Крона были разделены на основную и контрольную группы. Количество больных с язвенным колитом в основной группе составило 30 человек (в контрольной – 20); пациентов с болезнью Крона в основной группе – 14 человек (в контрольной – 12). Основным критерием включения пациента в исследование было выявление признаков недостаточности питания: индекс массы тела менее 19 кг/м^2 и др. Пациенты с язвенным колитом и болезнью Крона из основной группы получали в дополнение к базисной медикаментозной терапии и лечебной диете (№ 2) энтеральное питание в объеме 400–600 мл в день (400–600 ккал/сут) в течение 12–14 дней. Больные из контрольной группы получали только базисную медикаментозную терапию и лечебную диету (№ 2). Эффективность нутриционной поддержки оценивалась на основании динамики показателей нутриционного статуса: массы тела, окружности плеча, толщины кожно-жировой складки над трицепсом, результатов анализа компонентного состава организма. Статистическое сравнение групп проводилось с помощью непараметрического критерия Манна-Уитни (программа SPSS 17.0).

Результаты. После курса нутриционной поддержки у пациентов основных групп отмечено статистически значимое увеличение массы тела, окружности плеча, безжировой массы тела (белковые запасы организма), в то время как в контрольных группах отмечена тенденция к снижению этих показателей.

Выводы. Использование дополнительного энтерального питания при болезни Крона достоверно улучшает нутриционный статус пациентов, увеличивает пластические запасы организма. Назначение только лечебной диеты на фоне базисной терапии не приводит к существенному улучшению состояния питания пациентов с болезнью Крона в фазе обострения.

К**35. Адипонектин и цитокины у больных неалкогольной жировой болезнью печени с различным полиморфизмом гена PNPLA3**

Каримов М.М., Собирова Г.Н., Салихова С.Б.,
Дусмухамедова Э.Х., Каюмова Н.К.

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

Цитокины и адипокины вовлечены в патогенез неалкогольной жировой болезни печени (НАЖБП). Полиморфизм гена PNPLA3 ассоциирован с развитием НАЖБП.

Целью наших исследований являлась оценка уровня сывороточного адипонектина и провоспалительных цитокинов у больных с НАЖБП и установление корреляции между этими параметрами и уровнем аланинаминотрансферазы (АлАТ) у лиц узбекской национальности с различным генотипом полиморфизма гена PNPLA3.

Материал и методы. В исследование были включены 30 больных: 1-я группа – 11 мужчин и 19 женщин, средний возраст которых составлял $(38,8 \pm 10,4)$ года, с НАЖБП с GG генотипом полиморфизма гена PNPLA3. 2-я группа состояла из 32 пациентов (16 мужчин, 16 женщин, средний возраст $(40,6 \pm 9,2)$ года) с CC генотипом полиморфизма гена PNPLA3. Всем лицам были проведены клинико-биохимические исследования, определен уровень сывороточного адипонектина и цитокинов (ИЛ-6, ИЛ-1, ФНО- α).

Результаты исследований показали, что уровень ФНО- α был достоверно выше у пациентов с НАЖБП с GG генотипом полиморфизма гена PNPLA3 по сравнению с CC генотипом – $(122,5 \pm 7,4)$ пг/мл против $(67,5 \pm 5,1)$ пг/мл ($p < 0,001$). Уровень ИЛ-1 у больных НАЖБП с GG и CC генотипом полиморфизма гена PNPLA3 составлял $(160,4 \pm 6,9)$ пг/мл и $(125,3 \pm 8,1)$ пг/мл ($p < 0,001$) соответственно. Показатель ИЛ-6 у пациентов с GG генотипом составлял $(83,7 \pm 5,4)$ пг/мл, с CC генотипом – $(84,1 \pm 3,6)$ пг/мл. Уровень сывороточного адипонектина был достоверно ниже у пациентов с GG генотипом PNPLA3 ($p < 0,004$). Выявлены отрицательные корреляции между уровнем сывороточного адипонектина и ФНО- α ($r = -0,29$, $p < 0,05$), адипонектином и АлАТ ($r = -0,26$, $p < 0,05$), адипонектином и ИЛ-6 ($r = -0,32$, $p < 0,05$).

Выводы. GG генотип полиморфизма гена PNPLA3 больных с НАЖБП ассоциирован с гипoadипонектинемией и высоким уровнем провоспалительных цитокинов.

36. Особенности патологии печени у больных ревматоидным артритом

Клестер Е.Б., Лычев В.Г., Локтионова Е.В., Клестер К.В.
Алтайский ГМУ, ГБ № 4, Барнаул, Россия

Цель исследования: изучить частоту встречаемости и клинико-лабораторные особенности заболеваний печени у больных ревматоидным артритом (РА).

Материалы и методы. Нами проведены углубленные клинические наблюдения с определением фиброза печени по шкале M. Bonacini у 54 больных РА (по критериями ACR/EULAR, 2010), включенных в исследование по методу случайной выборки. Возраст больных в среднем составил $(54,3 \pm 11,3)$ года, длительность РА в среднем составила $(9,3 \pm 3,9)$ года. I степень активности (DAS28 2,6–3,2) была выявлена у 6 (11,1%) больных, II (DAS28 3,2–5,1) – у 26 (48,2%), III (DAS28 > 5,1) – у 22 (40,7%). Мужчин было 19, женщин 35. У 72,2% больных РА был серопозитивным по РФ.

Результаты. Хронический гепатит (ХГ) выявлен у 13 (24,1%) больных, из которых вирусный ХГ диагностирован у 9 (69,2%). При распределении больных по типу вирусного поражения печени ХГ В диагностирован у половины больных. Факторами риска развития вирусного ХГ явились оперативные вмешательства. У каждого третьего больного вирусный гепатит предшествовал по времени возникновению РА. Лекарственное поражение печени диагностировано у 7 (13,0%) больных. Основные клинические симптомы у больных ХГ – слабость, боли в правом подреберье, диспепсические явления. «Малые» печеночные знаки выявлялись у трети больных, увеличение размеров печени выявлено у половины. ХГ умеренной степени лабораторной активности определялся у 61,5% больных. При определении стадии фиброза средний балл составил $4,4 \pm 0,8$, что соответствует умеренной интенсивности фиброза. Цирроз печени (ЦП) диагностирован у 6 (11,1%) больных. В клинической картине преобладала слабость. Боли в правом подреберье отмечали 2/3 больных. «Малые» печеночные знаки выявлялись у 66,7% больных, увеличение печени – у 83,3% больных.

Вывод. Заболевания печени диагностированы у каждого третьего из анализируемых больных РА. Наличие клинических признаков патологии печени у больных РА требует проведения дополнительного обследования и обязательной медикаментозной коррекции.

37. Анализ образа жизни, рациона и состояния здоровья лиц, работающих с источниками ионизирующего излучения

Кобелькова И.В.

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

Цель исследования: оценка взаимосвязей между питанием, образом жизни и состоянием здоровья лиц, работающих с источниками ионизирующего излучения.

Материалы и методы. Были обследованы 158 человек, работающих на предприятиях Москвы и Московской области с источниками ионизирующего излучения (профессионалов) и получающих лечебно-профилактическое питание по рациону № 1. Состояние питания оценивалось частотным методом. Антропометрические измерения (рост, вес, окружность талии и бедер) проводили с последующим расчетом индекса массы тела (ИМТ), оценки типа ожирения. Оценивали уровень суточных энергозатрат, рассчитывали величину основного обмена, коэффициент физической активности (КФА). Опросные листы включали специальные разделы, характеризующие социально-демографические и экономические параметры, состояние здоровья, вредные привычки, занятия физкультурой. Обработку данных проводили с помощью компьютерной программы SPSS-18, достоверность оценивали на основании t-критерия Стьюдента и критерия χ^2 .

Результаты. Выполненное исследование показало, что 36,1% профессионалов имеют избыточную массу тела (ИМТ от 25 до 30), а 20,9% – ожирение (ИМТ > 30). КФА составил в среднем $1,47 \pm 0,01$ ($M \pm m$), что можно оценить как низкий уровень физической активности. Из всех обследованных только 15,8% регулярно занимались физической культурой. Установлена связь между более высокой распространенностью ожирения в группе лиц, не посещавших спортивные секции ($\chi^2=16,63$, $p=0,000$), относительно занимавшихся физкультурой. Анализ распространенности жалоб со стороны сердечно-сосудистой системы (ССС) в группах с разным ИМТ показал, что у лиц с ожирением такие жалобы встречаются значительно чаще, чем в группе с нормальным ИМТ ($\chi^2=34,481$, $p=0,000$). При опросе установлено, что лица, занимающиеся физкультурой и спортом, в два раза реже (40% против 79,7%) предъявляют жалобы со стороны ССС ($\chi^2=21,797$, $p=0,000$). Аналогичное распределение наблюдалось при анализе связи ИМТ с числом жалующихся и не предъявляющих жалоб со стороны желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) ($\chi^2=32,466$, $p=0,000$). Выявлены значимые различия в количестве потребления овощей и фруктов в группах с ИМТ=20–25 кг/м² (548,1 г/день) и с избыточным весом (498,8 г/день), а также с ожирением (471,1 г/день).

Выводы. Установлена взаимосвязь между факторами питания и физической активностью с основными параметрами здоровья, что подтверждает необходимость как изменения рациона лечебно-профилактического питания, так и разработки и внедрения образовательных программ по вопросам здорового образа жизни и питания среди групп населения, работающих во вредных условиях.

38. Опыт применения комбинированного препарата – омепразола с домперидоном при хроническом панкреатите

Коваль В.Ю., Архий Э.И., Коцюбняк Л.А., Ганич О.Т.

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

Цель исследования: оценить эффективность комбинированного препарата омепразола 20 мг (в виде кишечнорастворимых пелет), домперидона 30 мг (в виде пелет пролонгированного действия) у больных хроническим панкреатитом (ХП).

Материалы и методы. Под наблюдением находились две группы больных ХП, которые принимали ингибитор протонной помпы «Омепразол», прокинетик «Домперидон», панкреатин на фоне дезинтоксикационной терапии.

I группа (n=14) принимала комбинированный препарат омепразол и домперидон по 1 капсуле 1 раз до еды утром с панкреатином 25000 ЕД во время еды. II группа (n=15) принимала омепразол 20 мг утром до еды, домперидон по 10 мг 3 раза в сутки за 20 мин до еды, панкреатин 25000 ЕД во время еды.

Результаты. Эффективность терапии оценивали на 3-й и 7-й день лечения. Улучшение клинической картины отмечалось уже на 3-й день: у 71% больных I группы исчезла тошнота, рвота – у 85%, изжога – у 66%, болевой синдром уменьшился у 71% больных. У больных II группы исчезли тошнота – у 60%, рвота – у 80%, изжога – у 60%, у 73% уменьшилась боль. Через 7 дней терапии в обеих группах отмечена положительная динамика: у 100% больных исчезли тошнота, рвота, изжога. Но у 20% больных II группы остались дискомфорт в виде тяжести в левом подреберье. Препараты переносились хорошо у 93% пациентов I группы и у 80% II. Пациенты I группы в 100% случаев отмечали удобство применения (прием лекарства 1 раз в сутки) и улучшение качества жизни. Неудобство применения (прием 3 раза в день), проявления дискомфорта в виде головной боли отмечали пациенты второй группы.

Выводы. При применении комбинированного препарата в виде кишечнорастворимых пелет быстрее наступает купирование диспепсического и болевого синдрома. Больные отмечают хорошую переносимость и удобство применения препарата.

39. Качество жизни у пациентов с различными формами хронического панкреатита

Кнобеева Е.В., Гафанович Е.Я., Железнякова Н.А.,

Коньшина Л.Е.

Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского, Россия

Исследование качества жизни у пациентов с хроническим панкреатитом является актуальной проблемой в современной клинической практике.

Цель: выявить, различаются ли показатели качества жизни у пациентов с тяжелой и нетяжелой формой хронического панкреатита после выписки из стационара.

Материалы и методы. Вопросник состоит из вводной части, ориентирующей пациента на наиболее характерные симптомы патологии поджелудочной железы, и визуальной аналоговой шкалы самооценки боли. Панкреатит-ассоциированное качество жизни (ПАКЖ) вычисляется при помощи специального ключа в виде двух индексов: панкреатит-ассоциированного индекса выбранных шкал (ПА ИВШ), характеризующего количество вынужденных ограничений в жизни пациента в связи с болезнью, и панкреатит-ассоциированного индекса качества жизни (ПА ИКЖ), отражающего отношение пациента к этим ограничениям. Пациентам с установленным диагнозом «хронический панкреатит» были разосланы почтой 80 «Листов опроса жалоб». В выборку

попал 71 пациент, перенесший тяжелый панкреатит ($n=17$) и нетяжелый панкреатит ($n=54$). Мужчин было 49 (69%), женщин 22 (31%).

Результаты. Нормальные показатели КЖ обнаружены лишь у 4 пациентов. Получены следующие данные: нетяжелый панкреатит: БО 76,0 (51,0; 101,0), УД 28,0 (17,0; 40,0), ПА ИКЖ $-8,0$ ($-12,0$; $-2,0$); тяжелый панкреатит: БО 44,0 (23,0; 74,0), УД 17,0 (9,0; 34,0), ПА ИКЖ $-5,0$ ($-10,0$; $-4,0$). Было выявлено, что болевые ощущения и уровень диспепсии достоверно хуже после перенесенного нетяжелого панкреатита, и у пациентов с нетяжелым панкреатитом интегральный показатель качества жизни достоверно ниже.

Выводы. Качество жизни у пациентов с хроническим панкреатитом изменяется в зависимости от возраста, а также клинической формы и тяжести течения данного заболевания.

40. Эффективность препарата «Гепафор®» в лечении вирусного гепатита А

Корвякова Е.Р., Зданович Л.Г.

ЦКБ РАН, Москва, Рязанский ГМУ, Россия

Цель исследования: оценить клинико-лабораторную эффективность препарата «Гепафор®», содержащего экстракт расторопши сухой и сорбированные на кремния диоксиде коллоидном бифидо- и лактобактерии, в лечении больных острым вирусным гепатитом А.

Материал и методы. В рандомизированное исследование включались пациенты обоего пола в возрасте от 18 до 40 лет. 1-я группа (23 человека) получала препарат «Гепафор®» в течение 14 дней в комплексе с базисной терапией. 2-я группа (24 человека) получала только базисную терапию. Исследуемые показатели в группах сравнивались до лечения и через 15 дней от начала лечения.

Результаты. В 1-й группе, получавшей препарат «Гепафор®», достоверно (по критерию Стьюдента, $p<0,05$) быстрее по сравнению со 2-й группой проходила интоксикация, восстанавливался аппетит, исчезали тяжесть в правом подреберье и желтушность кожи. По критерию Фишера выявлено достоверное положительное влияние терапии с применением гепафора® на биохимические показатели крови: АЛТ, общий билирубин, непрямого билирубин. У всех пациентов до лечения отмечены нарушения в количественном и качественном составе микрофлоры кишечника. После лечения у пациентов, получавших гепафор®, отмечена более выраженная положительная динамика в составе кишечной микрофлоры: меньшее количество пациентов с дисбактериозом III степени (10% и 14,2% соответственно), большее количество пациентов с дисбактериозом I степени (40% и 28,6% соответственно), нормализация состава микрофлоры (10% пациентов, в группе без применения гепафора® не выявлена). Побочных реакций и нежелательных явлений во время приема гепафора® не отмечалось.

Выводы. Лечение острого вирусного гепатита А с применением препарата «Гепафор®» является более эффективным, чем лечение с применением только базисной терапии.

41. Клинико-функциональные, патогенетические особенности язвенной болезни у лиц молодого возраста

Крюкова А.Я., Лазебник Л.Б., Курамшина О.А.,

Габбасова Л.В.

Башкирский ГМУ, Уфа, Россия

Цель исследования: оценить особенности течения язвенной болезни у лиц молодого возраста ($n=120$, (21,0 \pm 2,3) года).

Материалы и методы. Обследование осуществлялось согласно стандартам (2009; 2010). Оценка личностных характеристик производилась с помощью опросника ММРП, модифицированного Ф.Б.Березиным и соавторами (1981 г.), стрессоустойчивость определялась по методике Холмса-Рея (1967 г.). Группу контроля составили 50 человек. Статистическая обработка результатов проводилась с помощью программы «Statistica 6.0» и PASW Statistics 18 с использованием t-критерия Стьюдента.

Результаты. У (85,0 \pm 3,5)% пациентов преобладал типичный болевой синдром ($p<0,05$). Диспепсический синдром отмечали (75,0 \pm 2,2)% больных ($p<0,05$). Прогрессирующее течение ЯБ с частыми ежегодными обострениями (3-4 раза в год) отмечалось в (72,7 \pm 3,4)% случаев. Осложнения ЯБ имели место у 14,3% больных, малые язвы (менее 0,5 см) – у 21,2% больных, размер язвы, не превышающий 1,0 см, обнаружен в 78,8% случаев ($p<0,001$). Средний размер язвы в исследуемой группе составил (0,73 \pm 0,09) см. Преобладала круглая форма язвы (63,2%). Овальная форма язвенного дефекта встречалась в 32,1% случаев, щелевидная – у 4,7% больных. Глубина язвы не превышала 0,5 см. В слизистой оболочке: выраженная нейтрофильная инфильтрация (86,2%), лимфоидная инфильтрация (86,7%). Дуоденогастральный рефлюкс верифицирован в 76% случаев, повышенная кислотность – в 78,6%. Высокие показатели по данным опросника «Мини-мульти» (более 70) отмечены по шкалам ипохондрии (1) – (76,3 \pm 4,2), депрессии (2) – (72,1 \pm 3,7) и психастении (7) – (71,0 \pm 6,5), то есть наблюдаются тревожно-мнительный и астено-невротический типы реагирования. Анализ стрессоустойчивости показал, что сопротивляемость к стрессовым ситуациям составила (233,8 \pm 40,9) балла ($p<0,05$).

Выводы. Таким образом, при диагностическом поиске язвенной болезни следует обратить внимание на клинико-функциональную, морфологическую картину болезни в совокупности с данными психологического статуса у лиц молодого возраста.

42. Кортизол у больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки

Курамшина О.А., Лазебник Л.Б., Крюкова А.Я.,

Габбасова Л.В.

Башкирский ГМУ, Уфа, Россия

Цель исследования: оценить показатели кортизола у больных с язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки.

Материалы и методы. Диагноз язвенной болезни устанавливали у 57 больных в возрасте (21,0 \pm 2,3) года согласно стандартам (2009, 2010). *Helicobacter pylori* определяли уреазным, гистологическим и серологическим методами. Определение кортизола проводили радиоиммунологическим методом натощак в 8.00 часов утра. Группу контроля составили 30 человек, не предъявлявших жалобы со стороны органов пищеварения. Статистическая обработка проводилась с помощью программы PASW Statistics 18 с подсчетом средней величины, ее ошибки, критерия Манна-Уитни для непараметрических величин.

Результаты. У 89,47% исследуемой группы обнаружен *Helicobacter pylori*. Язва большей частью локализовалась по передней стенке луковицы двенадцатиперстной кишки и обнаружена в 32,8% случаев, зеркальные язвы и язвы, локализованные по задней стенке луковицы, распределились по 10%, по медиальной стенке – в 2,8% случаев, по латеральной стенке – в 1,4%. Кортизол у обследуемых составил (865,3 \pm 33,5) нмоль/л при норме 260-720 нмоль/л (возрастные нормативы по Н. Тиц, 1997: у взрослых 138-635 нмоль/л в 8.00 часов утра) в противовес группе контроля – (634,7 \pm 18,5) нмоль/л, критерий Манна-Уитни 270, $p=0,0001$. Стероидные гормоны поддерживают развитие гиперплазии желез слизистой оболочки желудка (СОЖ), их главных, добавочных и обкладочных клеток, и отсюда, как следствие, возникает воспаление СОЖ, в частности антрального отдела, что является предпосылкой развития язвенной болезни двенадцатиперстной кишки.

Выводы. Таким образом, определение гормонального статуса позволяет оценить степень вовлеченности надпочечников как одной из систем (гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой) в патогенез развития язвенной болезни и позволяет расширить диагностический поиск.

43. Сравнительная характеристика гистологических изменений печени больных хронической HCV-инфекцией с различными генотипами

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

Цель исследования: изучить морфологическую структуру биоптатов печени у больных хроническим вирусным гепатитом С с различными генотипами.

Материал и методы. Обследованы 103 больных (мужчин 68, женщин 35). Средний возраст составил (29,9±2,3) года, а продолжительность HCV-инфекции (3,2±0,8) года. Чрескожная биопсия печени проводилась до проведения противовирусной терапии.

Результаты. Морфологические изменения в I (генотип 1b – 47 человек) и II группах (генотип 3a – 56 человек): лимфоидные фолликулы – 12,8% против 17,9%, «цепочки» лимфоцитов в синусоидах – 40,4% против 57,1%, лимфогистиоцитарная инфильтрация септ – 2,1% против 16,1%, жировая дистрофия гепатоцитов – 19,1% против 30,4%, гидропическая дистрофия гепатоцитов – 57,4% против 53,6%, активизация синусоидальных клеток – 14,9% против 19,6%, пролиферация желчных протоков – 40,4% против 23,2%.

Степень ИГА (Knodell) в I группе: 1-3 балла – 14,9%, 4-8 баллов – 55,3%, 9-12 баллов – 21,3%, 13-18 баллов – 8,5%. Во II группе: 1-3 балла – 7,1%, 4-8 баллов – 46,4%, 9-12 баллов – 30,4%, 13-18 баллов – 16,1%. Суммарный ИГА в I группе составил (6,87±0,48) балла, во II группе – (8,16±0,48) балла.

Степень фиброза в I и II группах: 1 балл – 68,1% против 53,6%, 2 балла – 27,7% против 44,6%, 3 балла – 4,3% против 1,8%, 4 балла – не выявлено. Суммарный индекс фиброза (ГИС) в I группе составил (1,36±0,08) балла, во II группе – (1,48±0,07) балла.

Заключение. Гистологические изменения печени имеют различия в зависимости от генотипа HCV. У пациентов с 3a по сравнению с 1b генотипом в 1,6 раза чаще регистрируются признаки жировой дистрофии и в 1,4 раза – «цепочки» лимфоцитов в синусоидах, в 1,7 раза реже – пролиферация желчных протоков. Средний ИГА в I группе достоверно ниже, чем во II.

44. Анализ заболеваемости вирусным гепатитом в Красноярском крае

Кузьмина Т.Ю., Тихонова Е.П., Тихонова Ю.С.
Красноярский ГМУ им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого (каф. инфекционных болезней и эпидемиологии с курсом ПО), Россия, e-mail: tkuzmina_24@mail.ru

Цель исследования: провести анализ заболеваемости вирусным гепатитом в Красноярском крае за период 1996-2011 гг.

Анализ заболеваемости острым вирусным гепатитом населения Красноярского края в сравнении с данными по РФ за анализируемый период (15 лет) показал ее значительное снижение. Если с 1996 по 1999 гг. показатели заболеваемости острым гепатитом в крае превышали российские на (11,6±7,5)%, то в период 2000-2008 гг. были ниже на (33,5±6,5)%; в период 2009-2011 гг. эти показатели примерно совпадали. В структуре острого гепатита как в крае, так и в РФ преобладал гепатит А – более 53,5%, на долю гепатита В приходилось более 35,5%, гепатит С составлял до 11%. За анализируемый период произошло существенное изменение эпидемического процесса. Регистрировали подъем ОВГА до 2001 года, когда показатель составил 33,7 на 100 тыс населения, в последующие годы происходило снижение показателя и к 2011 году его значение достигло 5,52 на 100 тыс населения. При парентеральном гепатите В и С произошло еще более интенсивное снижение заболеваемости – с 34,6 до 0,88 при ОВГВ и с 10,8 до 0,88 на 100 тыс населения при ОВГС. За период 1999-2005 гг. преобладал острый гепатит – 78%, хронический – 22%, за период 2006-2011 гг. острый гепатит сменился хроническим и составил 17%, а хронические – 83%. Таким образом, к 2011 году показатель ХВГ в 4,58 раза превысил показатели ОВГ. Ежегодно в крае регистрируются случаи впервые выявленного хронического гепатита,

37,3 на 100 тыс населения в 2003 году с увеличением в среднем до 41,5-56,1% в последующие годы.

Таким образом, проведенный анализ показал, что на современном этапе преобладают хронические формы вирусного гепатита, что ставит первоочередную задачу в ликвидации этих инфекций.

45. Зависимость снижения заболеваемости гепатитом В от специфической вакцинации

Кузьмина Т.Ю., Тихонова Е.П., Тихонова Ю.С.
Красноярский ГМУ им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого (каф. инфекционных болезней и эпидемиологии с курсом ПО), Россия, e-mail: tkuzmina_24@mail.ru

Цель исследования: провести анализ зависимости снижения заболеваемости ОВГВ от специфической вакцинации на территории Красноярского края за период 1999–2011 гг.

Снижение заболеваемости острым гепатитом В напрямую связано с введением специфической иммунизации против гепатита В, о чем свидетельствует анализ зависимости заболеваемости ОВГВ населения Красноярского края от охвата прививками против ВГВ подлежащих вакцинации контингентов.

Так, в 1999 г. заболеваемость острым гепатитом В составила 45,3 на 100 тыс населения, охват прививками – 0,19 на 100 тыс населения. Уже к 2002 году при охвате вакцинацией 6,26 на 100 тыс населения показатель заболеваемости снизился и составил 17,21 на 100 тыс населения, в 2005 при охвате прививками 13,64 показатель составил 13,34 на 100 тыс населения. При наращивании уровня вакцинации от 22,09 до 64,94 на 100 тыс населения показатель заболеваемости ежегодно снижался более чем на 50%, и к 2011 году при охвате прививками 64,94 на 100 тыс населения заболеваемость вирусным гепатитом В составила 0,88 на 100 тыс населения. При этом за последние 5 лет на стабильном уровне остается выявление хронического гепатита В – (12,2±2,3) случая на 100 тыс населения.

Таким образом, установлена прямая зависимость снижения заболеваемости ОВГВ от плановой и экстренной специфической вакцинации. Хронический гепатит выявляется у не привитых больных.

46. Опыт применения препарата «Ремаксол» в терапии острой печеночной энцефалопатии при хроническом вирусном гепатите С

Кузьмина Т.Ю., Тихонова Е.П., Юрьева Э.А., Алимов А.Д.
Красноярский ГМУ им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого, ГБСМП им. Н.С. Карповича, Россия, e-mail: tkuzmina_24@mail.ru

Цель исследования: оценить эффективность препарата «Ремаксол» в комплексной терапии ОПЭ при хроническом вирусном гепатите.

Материалы и методы. В комплексную терапию 5 пациентов с ХВГС, находящихся на стационарном лечении в инфекционном отделении и имеющих признаки ОПЭ I-II степени, был включен препарат «Ремаксол» по 400 мл внутривенно капельно по 3 введения. Пациенты мужского пола, в возрасте 24-36 лет, в анамнезе употребление наркотических средств. У двоих больных заболевание выявлено впервые. Состояние пациентов оценивалось как тяжелое, сопровождалось выраженной желтухой, слабостью, вялостью, потерей сна и аппетита, лабильностью настроения, уменьшением размеров печени; в одном случае угнетение сознания до оглушения. В биохимических анализах – гипербилирубинемия до (543,8±87,2) ммоль/л, АЛТ (134,8±32,7) ед., АСТ – (213,9±56,8) ед., снижение протромбинового комплекса.

Результаты. На фоне введения ремаксола у всех больных отмечена положительная динамика уже после первого введения препарата. Так, в течение первых суток больной вышел из состояния оглушения, остальные пациенты отметили уменьшение слабости, улучшение сна. На фоне последующих введений препарата через 2-3 дня у всех уменьшилась вялость, слабость, больные стали более активны, улучшился аппетит, повысился фон настроения, уменьшилась желтуха, билирубин снизился до (314±56,5) ммоль/л, АЛТ – до (158±54,7) ед., АСТ – до (156,7±66,8) ед.

Выводы. В результате комплексного лечения ОПЭ с применением ремаксола у больных ХВГС получена положительная клиническая и биохимическая динамика, что позволяет рекомендовать данный препарат как дополнительное средство терапии ОПЭ.

47. Консервативная литолитическая терапия желчнокаменной болезни – возможности прогнозирования результатов лечения

Кузьмичев В.Л., Гордиенко А.В., Демьянов В.Ф.¹
ВМедА им. С.М. Кирова (каф. и клиника госпитальной терапии), ¹СПбГУ (каф. математической теории моделирования систем управления ф-та прикладной математики – процессов управления), Санкт-Петербург, Россия

Цель исследования: по результатам ультразвукового исследования сократительной функции желчного пузыря больных желчнокаменной болезнью (ЖКБ) дать прогноз эффективности консервативной литолитической терапии.

Материалы и методы. Всем пациентам с ЖКБ (n=344) проводили динамическую ультразвуковую холецистографию (ДУХГ) желчного пузыря до и после 3-й, 6-й, 12-й и 18-й месяца начала консервативной литолитической терапии препаратами желчных кислот в рекомендуемых дозах. Больные до лечения имели одиночный или множественные подвижные конкременты с максимальным диаметром от 6 до 13 мм (8,8±2,6) мм. ДУХГ выполнялась пациентам по общепринятой методике до и после стандартного желчегонного завтрака в течение от 1,5 до 4 часов с интервалом измерения 10 минут. Особенностью проведения исследования являлось изучение не только фазы сокращения (время наступления, степень максимального сокращения, относительной скорости желчевыделения), но и проводилась оценка фазы наполнения желчного пузыря. Математический аппарат исследования включал метод ранжирования площадей пересечения графиков плотностей и площадей пересечения треугольников, их аппроксимирующих.

Результаты исследования. Выявлено, что наиболее информативными параметрами для успешного растворения конкремента является длительность фазы наполнения желчного пузыря и исходный диаметр конкремента (параметры упорядочены в порядке уменьшения информативности). Показано, что в случае увеличения относительной скорости наполнения желчного пузыря на фоне проводимой литолитической терапии более чем на 25% от исходной уже через 3 месяца доля успешного полного растворения конкремента (конкрементов) составляет 57%. Дальнейшее увеличение относительной скорости наполнения желчного пузыря в точке измерения 6 месяцев от начала терапии позволяет прогнозировать успешный исход лечения в 68% случаев.

48. Анализ диспепсических симптомов у пациентов в условиях поликлиники

Кунакбаева Е.Г., Вахрушев Я.М.
Ижевская ГМА, Россия

Цель работы: характеристика диспепсических симптомов и выяснение их происхождения в амбулаторно-поликлинических условиях.

Материалы и методы. Под наблюдением находились 66 пациентов с жалобами на симптомы диспепсии. В обследовании использована оригинальная карта, включающая расспрос, данные физикальных и лабораторно-инструментальных исследований. Всем больным проводилось эндоскопическое исследование желудка с последующим гистологическим изучением биоптатов слизистой оболочки; УЗИ печени, желчного пузыря, поджелудочной железы.

Результаты. Жалобы на боль в эпигастрии предъявили 37 пациентов, тошноту – 9, изжогу – 11, тяжесть в животе после еды – 21, быструю насыщаемость – 7, снижение аппетита – 20, отрыжку – 17. При физикальном исследовании болезненность в эпигастрии отмечена у 27 больных, в правом подреберье – у 19, в левом – у 11. У 16 больных обнаружены положительные пузырьные симптомы. При эндоскопическом и гистологическом исследова-

нии у 15 больных выявлены изменения слизистой оболочки желудка в виде поверхностного гастрита; у 6 больных – эрозии в желудке, у 2 – язва желудка, у 7 – изменения пищевода, характерные для гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (ГЭРБ). В результате обследования у 11 больных диагностирован хронический панкреатит, у 16 – хронический холецистит, у 2 – язвенная болезнь желудка, у 9 – эрозивное поражение желудка, у 7 – ГЭРБ.

Заключение. Проведенные исследования показали, что диспепсические жалобы у больных имеют место как следствие выраженных органических изменений в органах пищеварительной системы, так и при их отсутствии. Функциональная диспепсия диагностирована у 22,7% пациентов, органическая диспепсия – у 77,3%. При наличии диспепсии необходимо уточнять причину ее возникновения для эффективного использования лечебно-профилактических мероприятий в условиях поликлиники.

Л

49. Диагностическое значение аланинаминотрансферазы в оценке гепатоцеллюлярного повреждения при хроническом гепатите различной этиологии

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

Цель исследования: определить роль аланинаминотрансферазы (АЛАТ) в диагностике гепатоцеллюлярного повреждения при хроническом гепатите (ХГ) различной этиологии.

Материалы и методы. Обследованы 66 пациентов с ХГ: 11 (16,7%) с гепатитом В (ХГВ), 17 (25,8%) с гепатитом С (ХГС), 14 (21,2%) с неалкогольным стеатогепатитом (НАСГ), 15 (22,7%) с алкогольным стеатогепатитом (АСГ), 9 (13,6%) с криптогенным гепатитом. Диагноз устанавливался на основании анамнестических, клинико-лабораторных данных, результатов серологического анализа маркеров HBV-, HCV-инфекций, данных УЗИ. Всем больным выполнялась слепая чрескожная пункционная биопсия печени с оценкой индекса гистологической активности (ИГА) по Knodell.

Результаты. ХГ высокой активности (ХГВА) был выявлен у 12 (18,2%) больных, умеренной (ХГУА) – у 26 (39,4%), слабой (ХГСА) – у 28 (42,4%). Уровень АЛАТ превышал норму у 47 (71,2%) больных: у 12 (100%) ХГ ВА, у 21 (80,8%) ХГ УА и у 14 (50,0%) ХГ СА. Определялась позитивная корреляционная связь АЛАТ с ИГА ($r=0,57$, $p<0,05$) и его компонентами: максимальная – с перипортальными некрозами (ПН) ($r=0,70$, $p<0,05$), с портальным воспалением (ПВ) ($r=0,52$, $p<0,05$) и минимальная – с паренхиматозным повреждением (ПП) ($r=0,48$). При анализе роли АЛАТ в оценке печеночно-клеточного повреждения в зависимости от этиологии гепатита наибольшая корреляционная связь была выявлена между АЛАТ и ИГА при АСГ ($r=0,68$, $p<0,05$), затем – при ХГС ($r=0,62$, $p<0,05$), при НАСГ ($r=0,42$, $p<0,05$) и криптогенном ХГ ($r=0,40$, $p>0,05$).

Выводы. Уровень АЛАТ превышал норму лишь у 2/3 больных ХГ с подтвержденной при гистологическом исследовании активностью некротически-воспалительного процесса и наиболее тесно коррелировал с уровнем ИГА при АСГ и ХГС, в меньшей степени – при ХГВ и НАСГ.

50. Роль заболеваний желудочно-кишечного тракта в патогенезе сложных форм мочекаменной болезни

Ларцова Е.В., Аляев Ю.Г., Песегов С.В.
Первый МГМУ им. И.М. Сеченова (каф. урологии), Москва, Россия

Цель исследования: оценить взаимосвязь наличия патологии желудочно-кишечного тракта с повышенным содержанием оксалатов в суточной моче и типом нефролитиаза.

Материалы и методы. У 77 пациентов с крупными и кораллоподобными камнями почек, находившихся на лечении в клинике урологии им. Р.М. Фронштейна в 2010-2012 гг. до момента оперативного удаления камней, проводилось подробное обследова-

ние метаболических показателей сыворотки крови и суточной мочи. Пациенты с рецидивирующим течением заболевания составили 37 (48%) от общего количества обследованных, тогда как впервые камни диагностированы у 40 (52%) человек. На амбулаторном этапе проводилось анкетирование пациентов, где подробно разбирались их диетические пристрастия, а также наличие в анамнезе сопутствующих заболеваний органов желудочно-кишечного тракта.

Результаты. Среди всех обследованных гипероксалурия была диагностирована у 23 (30%). В группе с рецидивирующим течением заболевания содержание солей щавелевой кислоты превышало норму у 9 (24,3%) человек, среди которых у 7 (78%) отмечалось наличие хронических заболеваний органов пищеварения. Во второй группе пациентов гипероксалурия была выявлена у 14 (35%), а проблемы с ЖКТ имелись у 9 человек (64,3%). Интересно отметить тот факт, что среди общего числа пациентов с гипероксалурией у 7 (30,4%) пациентов состав мочевых конкрементов был представлен солями мочевой кислоты, а в анамнезе у этих больных безуспешные попытки литолиза. У 5 (71,4%) человек заболевание носило рецидивирующий характер.

Выводы. После успешного удаления камня наступает крайне важный этап метафилактики мочекаменной болезни, которая обязательно должна включать лечение сопутствующих заболеваний желудочно-кишечного тракта. Правильный выбор профилактической терапии для конкретного пациента возможен только в том случае, когда известен не только тип нефролитиаза, но и выявлены нарушения в обменных процессах. Наличие в анамнезе заболеваний желудочно-кишечного тракта у пациентов, страдающих МКБ, усугубляет риск рецидива камнеобразования и оказывает влияние на результаты литолитической терапии при мочекаменном характере нефролитиаза.

51. Типы структурной организации сыворотки крови и этиология хронического гепатита и цирроза печени

Левитан Б.Н., Абжалилова Д.М., Тимошенко Н.В., Сарсенгалиев Т.
Астраханская ГМА, Россия

Цель исследования: установить основные типы структурных (кристаллографических) изменений сыворотки крови (СК) в зависимости от этиологии хронического гепатита (ХГ) и цирроза печени (ЦП).

Материалы и методы. Обследованы 57 больных ХГ (19 вирусной, 18 алкогольной, 20 смешанной этиологии), 106 больных ЦП (52 вирусной, 21 алкогольной, 33 смешанной этиологии) и 20 здоровых доноров. Структурный анализ СК проводили методом клиновидной дегидратации (Шабалин В.Н., Шатохина С.Н., 2001). Образовавшуюся после дегидратации каплю СК на открытой поверхности тонкую пленку – фацию изучали с помощью стереомикроскопа MZ 12,5 «Leica», оснащенного телевизионной камерой «Pixerга».

Результаты. При вирусном ХГ наблюдалось уменьшение процента фаций упорядоченного и циркуляторного типа за счет существенного ($p < 0,05$) нарастания фаций иррадиального типа до 52,6% случаев. При вирусном ЦП иррадиальный тип фаций встречался в 82,7% случаев. При этом доля фаций упорядоченного типа составила 13,5%, а циркуляторного типа – лишь 3,8%. Следовательно, ведущий тип фаций при вирусной этиологии ХГ и ЦП – иррадиальный. Напротив, при алкогольной болезни печени, наряду с относительным повышением процента лиц с фациями иррадиального типа (44,5% при ХГ и 57,1% при ЦП), достаточно часто встречался циркуляторный тип (при ХГ – в 33,3% случаев, при ЦП – в 28,6%). Сходная картина наблюдалась при ХГ и ЦП смешанной этиологии (циркуляторный тип в 45,0% и 9,1%).

Заключение. Выявление фаций циркуляторного типа при ХГ и ЦП может служить одним из диагностических признаков алкогольной этиологии заболевания и использоваться при скрининг-диагностике. Наличие фаций упорядоченного и иррадиального типа не имеет дифференциально-диагностического значения при определении этиологии ХГ и ЦП.

52. Содержание LBP и sCD₁₄ в плазме крови при хроническом вирусном гепатите и циррозе печени

Левитан Б.Н., Касьянова Т.Р., Волошина О.А., Петелина И.Ю.
Астраханская ГМА, Россия

Цель исследования: изучить изменения концентрации липополисахарид-связывающего протеина (LBP) и растворимой формы кластера дифференцировки CD₁₄ (sCD₁₄) в плазме крови при хроническом вирусном гепатите (ХВГ) и вирусном циррозе печени (ВЦП).

Материалы и методы. Обследованы 28 больных ХВГ и 60 больных ВЦП (49 мужчин и 39 женщин в возрасте от 25 до 60 лет). Контрольная группа (КГ) – 15 практически здоровых доноров. Концентрацию LBP и sCD₁₄ определяли в ЭДТА-плазме с помощью иммуноферментных тест-систем фирмы NuCult biotechnology (Нидерланды). У всех больных исследовали маркеры вирусов гепатита В и С методами иммуноферментного анализа и полимеразной цепной реакции.

Результаты. Концентрация LBP в КГ составила в среднем $(13,5 \pm 0,9)$ мкг/л, при ХВГ – $(33,2 \pm 2,3)$ мкг/л, при ВЦП – $(39,0 \pm 1,5)$ мкг/л ($\chi^2 = 18,0$; $p = 0,0001$). Уровень sCD₁₄ в КГ составил $(2,7 \pm 0,3)$ мкмоль/л, при ХВГ – $(4,9 \pm 0,1)$ мкмоль/л, при ВЦП – $(5,2 \pm 0,2)$ мкмоль/л ($\chi^2 = 15,2$; $p = 0,0002$). Превышение нормальных значений LBP у больных ХВГ наблюдалось в 79% случаев, sCD₁₄ – в 76%, у больных ВЦП, соответственно, в 86% и 85%. Коэффициент корреляции между показателями LBP и sCD₁₄ составил при ХВГ $r = 0,35$, при ВЦП $r = 0,42$, что отражает их более тесную взаимосвязь при утяжелении печеночного процесса.

Заключение. У больных ХВГ и ВЦП выявлено достоверное повышение значений маркеров неспецифического иммунитета LBP и sCD₁₄. В среднем обнаружено 4-5-кратное повышение уровня LBP по сравнению с нормой и 2-3-кратное увеличение sCD₁₄. Наиболее высокие значения данных показателей зарегистрированы при ЦП. Повышение концентраций LBP и sCD₁₄ может свидетельствовать, с одной стороны, о выраженности при ХВГ и ВЦП синдрома эндотоксемии, с другой – о напряжении антиэндотоксического иммунитета.

53. Возможности применения свето-лазерной терапии в гастроэнтерологии

Леонтьева Н.В.
СЗГМУ им. И.И. Мечникова, Санкт-Петербург, Россия,
e-mail: leontyevanv@mail.ru

Свет – главный физический фактор, обеспечивающий жизнь на Земле. С незапамятных времен известно благоприятное влияние света на организм человека, животных, растений. Серьезные изменения в понимании светолечения как немедикаментозного метода произошли после создания уникальных искусственных источников света – лазеров и светодиодов. Современная аппаратура дает возможность применять фототерапию в разных областях медицины, в том числе в гастроэнтерологии, так как современные лазерные и светодиодные аппараты сконструированы таким образом, что они обеспечивают экстракорпоральные и интракорпоральные варианты трансмиссии излучения к тканям.

Низкоинтенсивное лазерное излучение (НИЛИ) мощностью в несколько мВт можно рассматривать как адекватный физиологический раздражитель, стимулирующий в патологически измененных клетках физические и химические процессы, обеспечивающие восстановление метаболической и функциональной активности этих клеток. Особую актуальность лазеротерапия приобретает при лечении пожилых больных с поражением нескольких органов и систем, в том числе с клиническими проявлениями атеросклероза, а также пациентов с осложненным аллергологическим анамнезом, поскольку применение лекарственных препаратов в данной ситуации затруднительно.

Контактные и бесконтактные методики, лазеропунктура, лазерная рефлексотерапия нашли широкое применение при лечении воспалительных заболеваний в полости рта, гастритов, эрозивно-язвенных дефектов желудка и двенадцатиперстной кишки, заболеваний печени, желчного пузыря, поджелудочной железы, дис-

кинезии толстой кишки, обусловленной нарушением ее моторной функции, хронического колита, заболеваний аноректальной области. Воздействие светом осуществляют на проекцию пораженного органа, сегментарные паравerteбральные точки, болевые зоны на передней брюшной стенке, которые определяют пальпаторно. Лазерное излучение способствует нормализации микроциркуляции, обладает анальгезирующим, противовоспалительным и иммунокорригирующим действием, ограничивает интенсивность свободнорадикального окисления, стимулирует регенераторные процессы в патологически измененных тканях. Фототерапию в зависимости клинических проявлений заболевания можно проводить как монотерапию или на фоне лекарственной терапии.

54. Оптимизация лечения стеатогепатита с помощью плацентарной терапии

Литюшкина М.И., Еремина Е.Ю., Зверева С.И.,
Строкова О.А., Герасименко И.В.
Мордовский государственный университет
им. Н.П. Огарева, Саранск, Россия

В последнее время пристальный интерес гепатологов сконцентрирован на проблеме невирусных диффузных поражений печени, большую часть которых (70%) составляют стеатогепатиты. Частота выявления неалкогольного стеатогепатита (НАСГ) среди больных, которым проводилась биопсия печени, составляет примерно 7-9% в западных странах и США, 1,2% в Японии. Алкогольный стеатогепатит встречается в 10-15 раз чаще. В 60-80% случаев криптогенный цирроз печени «неясной этиологии» развивается на фоне нераспознанного НАСГ.

Цель исследований: повышение эффективности лечения больных, страдающих стеатогепатитом, с помощью плацентарной терапии.

Проведен анализ лечения 12 больных со стеатогепатитом (7 мужчин и 5 женщин). Длительность заболевания составила (4,2±1,6) года, средний возраст – (46,5±2,6) года. По этиологии: неалкогольный стеатогепатит – у 3 пациентов, алкогольный – у 3, сочетанные формы стеатогепатита – у 6, в том числе с HCV – у 2. Препарат «Лаеннек» был использован в лекарственной форме раствора для инъекций в ампулах по 2 мл. Суточная доза составила 4 мл и вводилась однократно внутривенно капельно в 250 мл изотонического раствора хлорида натрия, через день, № 10.

К концу лечения препаратом «Лаеннек» симптомы диспепсии: тошнота, изжога, отрыжка, снижение аппетита, учащенный стул, метеоризм, боли по ходу толстой кишки купировались у всех пациентов. Дискомфорт в правом подреберье сохранялся у 1, общая слабость – у 2, повышенная утомляемость – у 1 больного. У всех пациентов наблюдались снижение исходно повышенных показателей АлАТ, АсАТ, ГГТП, тенденция к нормализации уровня холестерина. По результатам УЗИ печени после лечения препаратом «Лаеннек» отмечалось уменьшение «зоны затухания» ультразвукового сигнала, что свидетельствует о снижении интенсивности жировой дистрофии и у 2 больных появились участки паренхимы с нормальной эхогенностью.

Выводы. Плацентарный препарат «Лаеннек» эффективен в лечении стеатогепатита алкогольной, неалкогольной и смешанной этиологии. На фоне его применения отмечается положительная динамика субъективных симптомов, биохимических показателей функций печени и данных УЗИ.

55. Частота встречаемости и особенности гастроэзофагеальной рефлюксной болезни у больных ИБС

Лычев В.Г., Клестер Е.Б., Клестер К.В., Лихачев Р.М.
Алтайский ГМУ, ГБ № 4, Барнаул, Россия

Цель исследования: выявить особенности клиники и течения ГЭРБ у больных ишемической болезнью сердца (ИБС).

Материалы и методы. Проведены углубленные клинические наблюдения за 61 больным ИБС. Все больные находились на стационарном лечении в общетерапевтическом отделении. Муж-

чин 38 (62,3%), пациентов старше 60 лет – 63,2%. Средний возраст (62,3±11,4) года.

Диагноз ИБС выставлялся на основании анализа жалоб, анамнеза, данных ЭКГ, ВЭМ, ХМ ЭКГ, по критериям классификации ВКНЦ АМН СССР (1984). Стенокардия напряжения I функционального класса (ФК) у 5 (8,2%) больных, II ФК – у 33 (54,1%), III ФК – у 23 (37,7%) определена по Российским рекомендациям по диагностике и лечению стабильной стенокардии (2008), ПИКС – у 121 (33,0%) больных. Больные с острыми формами ИБС в исследование не включались. Всем больным проводилась ФГДС в связи с жалобами на диспепсические расстройства.

Результаты. Больных помимо типичных ангинозных приступов во время физической нагрузки соответственно ФК стенокардии беспокоили: изжога – 86,9%, отрыжка кислым – 75,4%, неприятные ощущения за грудиной, возникающие после еды и усиливающиеся при наклонах – 62,3%, болезненное и затрудненное прохождение пищи – 37,7%.

При оценке состояния слизистой оболочки пищевода по модифицированной классификацией Savary – Miller эзофагит I степени тяжести визуализирован у 36,1%, II – у 29,5%, III – у 16,4%, IV – у 14,7%, V – 3,3%. Пищевод Барретта выявлен у одного пациента. У 68,9% имела место недостаточность кардии, у 77,0% – ГПОД. Корреляционный анализ выявил умеренную связь симптомов ГЭРБ с женским полом ($r=0,54$; $p=0,002$) и возрастом больных ИБС ($r=0,43$; $p=0,001$).

Заключение. У всех больных ИБС при наличии диспепсических жалоб выявлена эндоскопически позитивная ГЭРБ. Частота и степень выраженности ГЭРБ зависели от тяжести течения коронарной болезни. При более тяжелом ФК стенокардии часто имела место рефрактерность к антиангинальной терапии. Наиболее эффективным способом диагностики ГЭРБ у больных ИБС являлась проба с ингибиторами протонной помпы (ИПП). Клинические проявления ИБС у данной категории больных уменьшаются при назначении ИПП.

М

56. Роль микробиоты среднего отдела пищеварительного тракта в развитии его патологии: биокристалломный анализ

Мартусевич А.К., Симонова Ж.Г., Колеватых Е.П.
Кировская ГМА, Нижегородский НИИ травматологии и ортопедии, Россия

Цель исследования: комплексно рассмотреть патогенетическое и диагностическое значение микроорганизм-ассоциированной кристаллизации в желудочно-кишечном тракте (ЖКТ).

Материалы и методы. Критически проанализирован материал исследований, проведенных нами за последнее десятилетие и ориентированных на изучение процессов кристаллизации и структуризации биологических субстратов ЖКТ и организма в целом при патологии среднего отдела пищеварительного тракта (язвенная болезнь гастродуоденальной зоны, хронический гастрит, хронический панкреатит, хронический холецистит и др.; сочетанная патология). Предметом анализа служило уточнение роли микробного фактора в механизмах формирования и прогрессирования указанной патологии.

Результаты. Проведенные исследования позволили установить, что присутствие в слизистой оболочке гастродуоденальной зоны *Helicobacter pylori* (Hр) существенно трансформирует кристаллогенные свойства непосредственно соприкасающихся с ней биосубстратов (гомогенат самой слизистой, желудочная слизь, желудочный сок), биосред пищеварительного тракта (смешанная слюна, желчь, разведенный копрофильтрат и др.), а также биожидкостей, не являющихся производными ЖКТ (плазма и сыворотка крови, моча и др.). Эти сдвиги могут быть выявлены с помощью кристаллоскопических методов, а потому способны выступать в качестве основы для диагностического теста на Hр и способа оценки эффективности эрадикации. Кроме того обнаружено, что сопутствующие Hр бактерии также обладают выраженными прокристаллогенными свойствами, что имеет принци-

пильное значение для формирования осложнений язвенной болезни (кровотечение, перфорация).

Заключение. В целом феномен микроорганизм-ассоциированного кристаллогенеза играет значимую роль в патогенезе многих заболеваний среднего отдела ЖКТ.

57. Экспрессия антигенов ВПГ 1 и 2 типов в гепатоцитах ВИЧ-инфицированных пациентов

Матиевская Н.В., Цыркунов В.М.
Гродненский ГМУ, Беларусь

Цель исследования: оценить экспрессию антигенов вируса простого герпеса (ВПГ) 1 и 2 типов в гепатоцитах ВИЧ-инфицированных пациентов при медленно и быстро прогрессирующем течении патологии печени.

Материалы и методы. Определение антигенов (АГ) ВПГ 1 и 2 типов в гепатоцитах было выполнено у 42 ВИЧ-инфицированных пациентов (мужчин – 32). Средний возраст больных составил (36,9±8,3) года. Иммуногистохимические исследования выполнены стрептавидин-биотиновым методом («Dako»). Степень экспрессии маркеров выражалась в баллах (0 баллов – негативное окрашивание, 1 балл – слабая интенсивность, 2 балла – умеренная, 3 балла – выраженная интенсивность). Статистическая обработка данных проводилась с использованием критериев Манна-Уитни, корреляционного анализа (Spearman Rank Order Correlations), статистический пакет «Статистика», v.6.

С учетом патоморфологического исследования препаратов печени ВИЧ-инфицированные пациенты были разделены на 2 группы: 1-я группа – пациенты с медленно прогрессирующим течением (МПТ) патологии печени (13 пациентов с гепатитом минимальной активности и фиброзом портальных трактов); 2-я – быстро прогрессирующее течение (БПТ) – 29 пациентов с гепатитом умеренной и высокой активности, септальным фиброзом и циррозом печени (ЦП).

Результаты. У пациентов 2-й группы при сравнении с 1-й группой отмечена значительно более высокая экспрессия ВПГ 1 (1,9±1,0 и 0,9±0,8 соответственно, $p<0,05$), а также ВПГ 2 типов (1,9±0,9 и 1,2±0,8 соответственно, $p<0,05$). Установлено, что в 1-й группе (МПТ) отсутствовали пациенты с выраженной экспрессией ВПГ 1 и 2 типов. Установлена прямая коррелятивная связь между наличием ЦП и экспрессией ВПГ 1 ($r=0,51$, $p<0,001$), ВПГ 2 ($r=0,50$, $p<0,001$).

Заключение. Внутрипеченочная экспрессия АГ ВПГ 1 и 2 типов вносит значительный вклад в формирование БПТ поражения печени при ВИЧ-инфекции и ассоциируется с формированием ЦП.

58. Клинико-морфологическое обоснование транзитной эластографии печени и селезенки в прогнозе алкогольной болезни печени

Морозова Т.Г., Борсуков А.В.
ПНИЛ «Диагностические исследования и малоинвазивные технологии», Смоленская ГМА, Россия

Цель работы: оценка клинико-патфизиологических возможностей транзитной эластографии печени и селезенки у пациентов с алкогольной болезнью печени.

Материалы и методы. На базе ОГБУЗ «Клиническая больница №1» за ноябрь 2010 – декабрь 2012 гг. комплексно обследован 171 пациент (95 (55,6%) мужчин и 76 (44,4%) женщин в возрасте от 19 до 55 лет, $p>0,05$) с алкогольной болезнью печени: стеатоз – 60 (35,1%) человек, алкогольный гепатит – 58 (33,9%), алкогольный цирроз – 53 (31%), $p>0,05$. Эластография печени и селезенки проводилась при помощи аппарата FibroScan (Echosens, Франция). У 97 (56,7%) больных проведена биопсия печени под ультразвуковым контролем в качестве референтного метода. Эластографические показатели селезенки (кПа) оценивались по модифицированной шкале METAVIR, подтвержденной патологоанатомическим материалом ткани селезенки.

Результаты. Совпадение результатов импульсной эластографии печени и морфологического исследования ее биоптатов наблюдалось у 93 (95,8%) обследуемых. При дополнительном проведе-

нии эластографии селезенки было установлено, что у 103 (60,2%) пациентов со стадией фиброза F1-F2-F3, по данным эластографии печени, показатель эластографии селезенки составил L2-L4 ($p<0,001$), что говорит об атрофии лимфоидных фолликулов, фиброзе пульпы, склерозе капсулы, а это свидетельствует о ранних признаках развития портальной гипертензии.

Выводы. Преобладание эластографических показателей (кПа) селезенки над показателями (кПа) печени свидетельствует о возможном переходе в цирроз печени при несоблюдении рекомендаций врача. Использование комплексной эластографии печени и селезенки в динамическом наблюдении за пациентами поможет своевременно корректировать тактику ведения пациентов.

Н

59. Эндоскопически-гистологические изменения гастродуоденальной зоны у работников объекта «Укрытие» ГСП ЧАЭС при осуществлении медицинского контроля (в динамике наблюдения)

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

Цель исследования: оценить эндоскопически-гистологические изменения гастродуоденальной зоны у лиц, допущенных к выполнению работ в условиях воздействия ионизирующего излучения на объекте «Укрытие» ГСП ЧАЭС.

Материал и методы. Обследованы 200 человек в возрасте от 20 до 55 лет (средний возраст (37,2±3,5) года), которые ранее не подвергались радиационному воздействию. Оценка состояния верхних отделов желудочно-кишечного тракта осуществлялась на основании результатов эзофагогастродуоденофиброскопии с последующим гистологическим изучением биопсийного материала на входном медицинском контроле и в ходе выполнения работ при выявлении поступления радионуклидов.

Результаты. При повторном медицинском осмотре было диагностировано обострение хронического гастрита и дуоденита с эрозиями соответственно у 9,6% и 17,6% обследованных; обострение язвенной болезни двенадцатиперстной кишки у 8,7% (с впервые выявленной у 3,1% обследованных). При гистологическом исследовании по сравнению с первичным осмотром вне зависимости от наличия хеликобактерной инфекции чаще диагностировались: умеренная степень воспалительного процесса в антральном отделе желудка – на 30%, гиперплазия поверхностного эпителия слизистой оболочки – на 28%, явления антральной метаплазии – на 20%, атрофия желез – на 5%.

Выводы. Эндоскопические и микроскопические изменения слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки демонстрируют негативную тенденцию, что дает основание рассматривать их не только как результат развития инфекционного процесса в гастродуоденальной зоне, но и как отображение других патогенетических механизмов, связанных с вредным влиянием факторов производственного и непрофессионального характера у работников объекта «Укрытие» ГСП ЧАЭС.

О

60. Особенности клинико-эндоскопических проявлений целиакии, ассоциированной с синдромом дисплазии соединительной ткани

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

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

Введение. Целиакия представляет собой хроническое мультифакториальное заболевание с наследственной предрасположенностью, которое протекает с поражением кишечника и других систем организма. Изучение генетических основ предрасполо-

женности к целиакии, связанной с HLA-системой, показало, что носительство определенных HLA-антигенов у пациентов с целиакией сопряжено с признаками дисплазии соединительной ткани. Соединительная ткань в организме выполняет структурообразующую функцию, которая проявляется уже в эмбриональном периоде и оказывает влияние на дифференцировку и организацию тканей на протяжении онтогенеза. Фенотипические и органические диспластикозависимые проявления связаны с преимущественным поражением плотной и рыхлой соединительной ткани, именно этим объясняются нарушения формообразования костной и хрящевой тканей, поражения кожи, сосудистых и клапанных образований сердца, дыхательной и пищеварительной систем. Выделяют недифференцированные дисплазии соединительной ткани, которые имеют признаки, не соответствующие определенным диагностическим критериям и подобно дифференцированным синдромам (Марфана – Данло), характеризуются многими клиническими симптомами, обусловленными распространенностью соединительной ткани в организме и развитием функциональной недостаточности одного или нескольких органов, системы в целом (Земцовский Э.В., 2008, Нечаева Г.И., 2006). Малые аномалии развития соединительной ткани представляют собой врожденные отклонения органов от нормального анатомического строения, что не ведет к клинически значимым нарушениям их функции, однако указанные дисплазии оказывают влияние на раннее начало заболеваний желудочно-кишечного тракта, выраженность абдоминальных болей, степень иммуно-воспалительных изменений слизистой оболочки желудка и кишечника, затяжное течение репаративных процессов.

Материалы и методы. Обследованы 48 пациентов с целиакией. Средний возраст обследованных 30,6 года (от 18 до 57 лет). Среди обследованных с целиакией у 21 человека были выявлены признаки недифференцированной дисплазии, у 14 пациентов обнаружены малые аномалии развития соединительной ткани и 13 больных признаков дисплазии не имели. Верификация недифференцированной дисплазии соединительной ткани проводилась по внешним фенотипическим и висцеральным признакам. Всем пациентам проведены эзофагогастродуоденоскопия, гистологическое и морфометрическое исследование, УЗИ органов брюшной полости.

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

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

плазией и малыми аномальными признаками наблюдались изменения, соответствующие гиперпластической и деструктивной стадиям.

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

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

61. Особенности нарушений гемостаза у больных ишемической болезнью сердца с хронической сердечной недостаточностью и эрозивно-язвенными поражениями гастродуоденальной зоны Осадчий В.А., Буканова Т.Ю., Рассказова Ю.В. Тверская ГМА, Россия

Цель. Выяснить особенности нарушений гемостаза у больных ишемической болезнью сердца (ИБС) с хронической сердечной недостаточностью (ХСН) и эрозивно-язвенными поражениями гастродуоденальной зоны.

Материал и методы. Обследованы 27 больных ИБС с ХСН III-IV функционального класса (по классификации NYHA) и эрозивно-язвенными поражениями гастродуоденальной зоны, выявленными по данным общеклинического и эндоскопического исследований. Состояние гемостаза оценивалось по результатам коагулограммы.

Результаты. Установлено, что у 88,8% пациентов определялось ослабление коагуляционной функции крови, характеризовавшееся удлинением активированного частичного тромбопластинового времени, уменьшением показателя протромбинового индекса при нормальном или несколько сниженном уровне фибриногена. Наряду с этим отмечалось усиление антикоагулянтной активности крови, проявлявшееся увеличением тромбинового времени. В 92,6% случаев зафиксированы признаки ее диссеминированного внутрисосудистого свертывания, определявшиеся по наличию в плазме крови растворимых комплексов фибрин-мономера. Выявленные изменения у подавляющего большинства пациентов соответствовали второй стадии тромбогеморрагического синдрома – коагулопатии потребления.

Заключение. Развитие гастродуоденальных эрозий и язв у больных ИБС с ХСН сочетается с нарушениями гемостаза, особенности которых следует учитывать при выборе тактики лечения таких пациентов.

II

62. Некоторые показатели функционального состояния кишечника в дифференциальной диагностике синдрома раздраженного кишечника Павленко А.Ф. Ставропольская ГМА, Россия

Цель исследования: уточнение роли некоторых показателей функционального расстройства кишечника в диагностике синдрома раздраженного кишечника (СРК).

Материал и методы. Обследованы 46 пациентов с запорами, связанными с функциональными кишечными расстройствами (в соответствии с Римскими диагностическими критериями III). Контрольную группу составили 20 здоровых добровольцев. Всем больным проводили общеклиническое обследование, биохимические анализы крови, копрологическое и бактериологическое исследование кала, эндоскопическое и рентгенологическое исследование толстой кишки. Показатели аноректальной манометрии (базальное давление в прямой кишке, пороговые значения

ректальной чувствительности в ответ на баллонное растяжение, а также давление на наружном анальном сфинктере) исследовались с помощью аппаратного комплекса «Albyn Medical Ltd» (Великобритания).

Результаты. У 26 больных (1-я группа) установлен диагноз СРК с преобладанием запоров, у 20 – диспезия, обусловленная диссинергией тазового дна (анизмусом). У больных с СРК отмечено повышение базального давления в прямой кишке, снижения пороговых значений ректальной чувствительности прямой кишки в ответ на баллонное растяжение, тогда как у больных, страдающих функциональным запором, обусловленным анизмусом, преобладало нарастание парадоксального давления на наружный анальный сфинктер (НАС) при натуживании. В то же время статистических различий между показателями давления на НАС при натуживании у больных с СРК и в контрольной группе не выявлено.

Выводы. Исследуемые показатели аноректальной манометрии являются важными диагностическими критериями, которые могут использоваться с целью уточнения генеза запора при различных формах функциональных расстройств кишечника.

63. Роль нейропептида вещества Р при язвенном колите

Павленко В.В., Александрова С.Б., Катаганова Г.А.,
Амирханова Л.З.
Ставропольская ГМА, Россия

Цель исследования: изучить содержание нейропептида вещества Р (SP) в сыворотке крови больных язвенным колитом в динамике лечения.

Материалы и методы. Обследованы 42 пациента с ЯК в период обострения и ремиссии с различной тяжестью и распространенностью патологического процесса. Всем пациентам назначалась базисная терапия с учетом тяжести течения ЯК. Контрольную группу составили 20 практически здоровых людей. Содержание SP определяли в сыворотке крови методом ИФА, результаты выражали в нг/мл. Содержание SP в контрольной группе в сыворотке крови составило $(0,004 \pm 0,01)$ нг/мл. Полученные результаты обработаны статистически с использованием t-критерия Стьюдента для малых выборок, при уровне значимости $p < 0,05$.

Результаты. В период обострения ЯК содержание SP в сыворотке крови повышено – $(0,58 \pm 0,07)$ нг/мл, $p < 0,01$ по сравнению с контролем. При формировании клинической ремиссии (в среднем через 4 недели) отмечалось снижение показателей SP в сыворотке крови до $(0,07 \pm 0,02)$ нг/мл, $p < 0,01$ по сравнению с фазой обострения, $p < 0,05$ относительно контроля, однако показатели SP в сыворотке крови не достигали контрольных значений.

Заключение. Формирование клинической ремиссии ЯК характеризуется снижением показателя провоспалительного нейропептида SP в сыворотке крови.

64. Молекулы адгезии эндотелиальных клеток при язвенном колите

Павленко В.В., Амирханова Л.З., Александрова С.Б.
Ставропольская ГМА, Россия

Цель исследования: изучить содержание растворимых молекул адгезии эндотелиальных клеток ICAM-1 и ICAM-2 в периферической крови больных активным язвенным колитом (ЯК).

Материалы и методы. Обследованы 45 больных активным ЯК с различной степенью тяжести (возраст 25–70 лет). У 11 пациентов диагностирован ЯК легкой степени тяжести (индекс клинической активности по Рахмилевичу 3,8 балла), у 23 – средней степени (индекс клинической активности 11,4 балла), у 11 – тяжелой ЯК (индекс клинической активности – 28 баллов). Контрольную группу составили 20 практически здоровых добровольцев. Содержание ICAM-1, ICAM-2 в сыворотке крови определяли методом ИФА («Bender Med.System», Австрия). Результаты выражали в нг/мл.

Результаты. Установлено, что в период выраженных клинических проявлений ЯК уровни ICAM-1, ICAM-2 в крови были повышены и составили $(497,5 \pm 22,3)$ нг/мл и $(365,5 \pm 28,8)$ нг/мл соответственно ($p < 0,05$ в сравнении с контрольной группой). От-

мечена достоверная прямая зависимость содержания ICAM-1, ICAM-2 от степени тяжести ЯК. Так, у больных с тяжелым течением заболевания показатели ICAM-1, ICAM-2 составили $(682,3 \pm 19,0)$ нг/мл и $(493,0 \pm 24,2)$ нг/мл соответственно и были достоверно выше ($p < 0,05$), чем у пациентов со среднетяжелым и легким ЯК, причем у больных с легкой формой ЯК показатели ICAM-1 и ICAM-2 были наиболее низкими – $(315,2 \pm 24,5)$ нг/мл и $(297,0 \pm 16,4)$ нг/мл соответственно ($p < 0,05$).

Выводы. Уровень ICAM-1 и ICAM-2 в периферической крови больных активным язвенным колитом повышен. Установлена прямая зависимость содержания ICAM-1 и ICAM-2 от степени тяжести язвенного колита.

65. Роль тканевого лектина sSD62L при язвенном колите

Павленко В.В., Амирханова Л.З., Александрова С.Б.
Ставропольская ГМА, Россия

Цель исследования: изучить содержание тканевого лектина sSD62L (сывороточной формы sl-селектина) в периферической крови больных активным язвенным колитом (ЯК) с различной интенсивностью воспалительного процесса в слизистой оболочке толстой кишки (СОТК) в динамике лечения.

Материал и методы. Обследованы 57 пациентов (мужчин 32, женщин 25) с активным ЯК с различной тяжестью и протяженностью поражения, длительностью заболевания от 6 месяцев до 60 лет и 15 практически здоровых добровольцев. Содержание sl-селектина в сыворотке крови определяли иммуноферментным методом с использованием тест-систем (Bender Med. Systems, Австрия). Интенсивность воспалительного процесса в слизистой оболочке толстой кишки изучали по методу Автандилова Г.Г. с подсчетом доли воспалительного инфильтрата (в %) собственной пластинки слизистой оболочки. В зависимости от плотности воспалительного инфильтрата больные были разделены на две группы: 1-я – со слабой воспалительной реакцией – $(32,8 \pm 2,1)\%$; 2-я – с выраженной интенсивностью инфильтрата – $(63,0 \pm 2,4)\%$, $p < 0,05$ по сравнению с 1-й группой.

Результаты. При активном ЯК уровень sl-селектина в плазме крови в фазе обострения был повышен и составлял $(1680,2 \pm 12,3)$ нг/мл ($p < 0,05$ в сравнении с контрольной группой). У пациентов 2-й группы уровень сывороточного sl-селектина в среднем в 2 раза был выше, чем у больных 1-й группы ($p_{1,2} < 0,05$). Динамика содержания sl-селектина в периферической крови на фоне проводимой базисной терапии коррелировала с выраженностью воспалительной реакции в СОТК.

Выводы. При активном ЯК уровень сывороточной формы L-селектина в плазме крови повышен. Интенсивность воспалительного процесса в СОТК прямо пропорциональна содержанию sl-селектина в периферической крови.

66. Антиапоптотический маркер Bcl-2 и ФНО-α при язвенном колите

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

Цель работы: определить экспрессию Bcl-2 и синтез ФНО-α полиморфноядерными лейкоцитами (ПМЯЛ) периферической крови в динамике лечения язвенного колита (ЯК).

Материал и методы. Обследованы 80 больных ЯК в период обострения и в динамике четырехнедельной терапии. Экспрессию Bcl-2 ПМЯЛ в периферической крови определяли методом проточной цитометрии. Содержание ФНО-α в супернатантах клеток определяли методом ИФА с помощью стандартных тест-систем. Результаты выражали в нг/2×10⁶ клеток. Контрольную группу составили 20 практически здоровых лиц. Экспрессия Bcl-2 ПМЯЛ крови в контрольной группе составила $(59,6 \pm 2,9)\%$, продукция ФНО-α: спонтанная – $(1,54 \pm 0,90)$ нг/2×10⁶ кл. и стимулированная – $(2,81 \pm 0,21)$ нг/2×10⁶ кл.

Результаты. Установлено, что в период обострения ЯК апоптотическая активность ПМЯЛ снижена до $(77,5 \pm 5,5)\%$, $p < 0,05$ в сравнении с контрольной группой. Спонтанный $(5,40 \pm 0,01)$ нг/2×10⁶ кл. и ЛПС-стимулированный – $(7,6 \pm 0,3)$ нг/2×10⁶ кл. синтез ФНО-α при активном ЯК достоверно превышал контрольные значения. Установлена

прямая корреляционная зависимость между изучаемым маркером апоптоза и синтезом цитокина ПМЯЛ. В период формирования клинической ремиссии (в среднем через 4 недели базисной терапии) отмечалось снижение спонтанной и стимулированной продукции ФНО- α до $(5,1 \pm 0,1)$ нг/2 $\times 10^6$ кл. и $(3,9 \pm 0,5)$ нг/2 $\times 10^6$ кл. соответственно ($p < 0,05$ по сравнению с контролем и со стадией обострения) и нормализация апоптотической активности ПМЯЛ – $(55,3 \pm 3,8)\%$, $p > 0,05$ по сравнению с контролем), что свидетельствует о тенденции к восстановлению клеточного гомеостаза на фоне базисной терапии.

Выводы. Для обострения ЯК характерна повышенная реактивность ПМЯЛ периферической крови к выработке ФНО- α и антиапоптотического белка Bcl-2, что свидетельствует об иммунологической нестабильности в этой фазе болезни. Клиническая ремиссия ЯК характеризуется тенденцией к нормализации изучаемых показателей.

67. Нутритивная коррекция оксидативного стресса при бронхолегочных заболеваниях недоношенных младенцев, находящихся на искусственном вскармливании

Панова А.Н., Фархутдинов Р.Р., Панов П.В.,
Баймурина Ю.Л., Петрова И.В.
Башкирский ГМУ, Уфа, Россия,
e-mail: panov_home@ufacom.ru

Цель исследования: изучить антиокислительную активность (АОА) молочных смесей для вскармливания недоношенных младенцев с бронхолегочными заболеваниями. В состав смесей входят биологические активные добавки с антиокислительными свойствами (инозитол, L-карнитин, биотин, таурин, селен, нуклеотиды, олигосахариды).

Материалы и методы. Использовались различные молочные смеси: стандартные («ПреНутрилон», «Фрисопре», «Симилак специальный уход», «Симилак Неошур») и лечебные («Алфар», «Пепти ТСЦ»). Применялся метод регистрации хемилюминесценции (ХЛ) в системах, моделирующих процессы выработки активных форм кислорода (АФК) и перекисного окисления липидов (ПОЛ) по стандартной методике Р.Р. Фархутдинова (2000). В качестве модели, где генерировались АФК, использовали систему цитрат-фосфат-люминол. Влияние питания на ПОЛ изучали в модельной системе липосом. АОА определялась по степени угнетения ХЛ в присутствии исследуемых веществ и пересчитывалась в % от контроля. Статистическую обработку проводили в операционной среде Windows XP с применением программы «STATISTICA 6.0». Добавление указанных смесей к модельной системе вызывало уменьшение ХЛ модельной системы, причем АОА смесей была различна и варьировала от 12,8 до 96,6% ($p < 0,05$ по сравнению с контролем). Одна из исследованных молочных смесей обладала наибольшей АОА.

Таким образом, молочные смеси, используемые для вскармливания недоношенных, влияют на процессы образования свободных радикалов кислорода, которые имеют значение в генезе бронхолегочных заболеваний. Подбор смеси для питания больных младенцев необходимо проводить с учетом состояния свободнорадикального окисления в организме ребенка под контролем АОА смеси с использованием метода ХЛ как экспресс-метода.

Р

68. Эффективность терапии аутоиммунного гепатита Райхельсон К.Л., Семенов Н.В., Барановский А.Ю. СЗГМУ им. И.И. Мечникова, Санкт-Петербург, Россия

Цель исследования: оценить эффективность терапии аутоиммунного гепатита (АИГ).

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ результатов терапии стандартными дозами и схемами препаратов 49 больных АИГ. Монотерапию системными глюкокортикостероидами (ГКС) получали 20 пациентов, будесонидом – 3, ГКС и азатиоприном (АЗА) – 26.

Результаты. Неэффективность терапии и неполный ответ наблюдались у 4 (20%) и 12 (60%) пациентов при терапии ГКС, 1 (33%) и 2 (67%) – будесонидом, 1 (4%) и 14 (54%) – ГКС+АЗА. Ремиссия достигнута у 4 (20%) больных при терапии ГКС, 14 (38%) – ГКС+АЗА ($p < 0,04$). Полный ответ с нормализацией аутоантител отмечен у 4 пациентов группы ГКС+АЗА. Повторный курс проведен 18 больным. Ремиссия при использовании повышенных доз или альтернативной терапии (циклоспорин А) достигалась у 8 (44%) пациентов.

Рецидив при переводе на поддерживающую терапию отмечен при снижении дозы ГКС у 9 (19%) больных, при переводе на монотерапию АЗА – у 5 из 13 (38%) больных.

Выводы. Комбинированная терапия ГКС+АЗА более эффективна для достижения ремиссии. У 1/5 больных наблюдается рецидив при снижении доз ГКС, более чем у 1/3 – при переводе на монотерапию АЗА. В части случаев ремиссия достигнута повышением доз или применением других иммуносупрессоров.

69. Психологический статус студентов старших курсов

Репкина Т.В., Бабушкин И.Е., Касумов В.В., Карманова Т.Т.
Алтайский ГМУ, Барнаул, Россия

Проблема здоровья молодежи является социально и экономически значимой, поскольку здоровье – одно из обязательных условий полноценного выполнения студентом своих учебных, а в будущем и профессиональных функций. На первом месте во всем мире, и Россия не является исключением, находятся заболевания сердечно-сосудистой системы, на втором – опорно-двигательного аппарата, на третьем – органов дыхания. Большое значение также имеет исследование психологического статуса молодежи.

Цель исследования: оценить показатели психологического и соматического здоровья студентов медицинского университета, изучить факторы, влияющие на него.

Методы исследования. В исследование были включены студенты 6 курса Алтайского государственного медицинского университета. Студенты в количестве 68 человек прошли обследование в центре здоровья МБУЗ поликлиники ГБ № 6 города Барнаула. Проведена оценка психологического статуса с помощью теста Спилбергера – Ханина на предмет выявления уровня реактивной и личностной тревожности и теста Зунга на предмет выявления депрессии. Статистическая обработка материала проводилась при помощи программы Primer of Biostatistics Version 4.03 by Stanton A. Glatz «Практика», 1999. Достоверность результатов определялась с помощью критерия Стьюдента.

Результаты. Нами проанализировано психологическое состояние студентов. Из них 57 лиц женского пола и 11 мужского. Уровень реактивной и личностной тревожности в среднем составил $(48,8 \pm 2,8)$ и $(45,0 \pm 2,8)$ балла соответственно.

Низкая реактивная тревожность (РТ) (менее 30 баллов) не выявлена, умеренная РТ (31–45 баллов) обнаружена у 2 лиц мужского пола и у 7 женского, высокая РТ (более 46 баллов) выявлена у 9 мужчин и 50 женщин. Личностная тревожность имеет место у 100% обследуемых, из которых 84% – лица женского пола и 16% – мужского. По результатам проведенного нами теста самооценки депрессии выяснилось, что легкая депрессия (40–47 баллов) присутствует у 24 из 68 протестированных, у 3 студенток имеет место депрессивное состояние, при котором может потребоваться консультация психотерапевта. В среднем уровень депрессии по шкале Зунга составил $(38,3 \pm 5,3)$ балла.

Выводы. Полученные результаты позволяют говорить об отклонениях разной степени в психологическом состоянии студентов-медиков выпускного курса. Депрессивные состояния выявлены у 39,7% протестированных, что выше среднестатистических показателей, приведенных Научным центром психических заболеваний РАМН.

70. Возможности эндоскопического лечения эрозивно-язвенных желудочно-кишечных кровотечений

Романенков С.Н., Логинов Е.В., Сучков В.С., Романенков Н.С.
Нефтеюганская городская больница, Россия

Цель исследования: показать эффективность эндоскопических методов в диагностике и лечении эрозивно-язвенных поражений слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки (ДПК), осложненных кровотечением.

Материалы и методы. Проведен анализ историй болезни 584 больных с эрозивно-язвенными поражениями слизистой оболочки желудка и ДПК, осложненных кровотечением, находившихся на лечении в отделении хирургии. Средний возраст составил $(45,3 \pm 3,1)$ года. Мужчин было 498 (85,3%), женщин – 86 (14,7%). По источнику кровотечения больные распределены следующим образом: язвенная болезнь желудка и ДПК 312 (53,4%) наблюдений, острые язвы желудка и ДПК – 154 (26,4%), кровоточащие эрозии – 118 (20,2%). Всем больным в зависимости от источника кровотечения, его локализации, выполнялся эндоскопический гемостаз (ЭГ): аппликационный, инфльтрационный, электрокоагуляция, аргонплазменная коагуляция (АПК).

Результаты исследования. В соответствии с классификацией Forrest больные разделены на 3 группы: 1-я: 219 (37,4%) больных (F1a,b); 2-я: 258 (44,3%) больных (F2a,b,c); 3-я: 107 (18,3%) больных (F3). В 1-й группе у 140 (23,9%) пациентов достигнут устойчивый гемостаз. В этой группе оперированы 79 (13,3%) больных (неостановленное кровотечение и/или рецидив кровотечения после эндоскопического гемостаза). После операции умерли 7 больных. Во 2-й группе у 226 (38,5%) пациентов после проведения ЭГ достигнут стабильный гемостаз, 32 (5,5%) пациента были оперированы. После операции умерли 4 больных. В 3-й группе ЭГ, проведенный с целью профилактики кровотечения, оказался эффективным у 104 (17,8%) больного, однако у 3 возник рецидив кровотечения. Из этой группы оперированы 6 (1,1%) больных, летальных исходов в этой группе не было. Следует отметить, что у больных с острыми язвами и кровоточащими эрозиями ЭГ оказался эффективным в 100% случаев.

Заключение. Таким образом, при язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, осложненных кровотечением, у 79,1% пациентов ЭГ оказался эффективен, 20,9% пациентов оперированы в экстренном порядке. Летальность составила 1,9%.

71. Сравнительная оценка методов лучевой диагностики острого деструктивного панкреатита

Романенков С.Н., Сучков В.С., Логинов Е.В., Романенкова О.С.
Нефтеюганская городская больница им. В.И. Яцкив, ХМАО, Россия

Цель: сравнить информативность лучевых методов диагностики при остром деструктивном панкреатите (ПН).

Материалы и методы. Проведен анализ историй болезни 294 пациентов с ПН. Дана оценка информативности различных методов диагностики ПН: ультразвуковое исследование (УЗИ), компьютерная томография (КТ).

Результаты и их обсуждение. УЗИ выполняли в первые сутки с момента поступления в хирургический стационар всем больным. При оценке данных УЗИ брюшной полости были выявлены: нечеткость контуров поджелудочной железы в 100% случаев, увеличение размеров поджелудочной железы – в 86,6%, наличие свободной жидкости в брюшной полости – в 79,4%, наличие жидкостных включений в салынковой сумке и поджелудочной железе – в 62,5%, наличие жидкостных включений в забрюшинном пространстве – в 18,8%, плеврит в 39,8%, расширение общего желчного протока более 10 мм – в 28,6%, камней в желчном пузыре – в 18,8%, камней в общем желчном протоке – в 2,7%.

КТ больным с ПН выполняли на 4-7-е сутки с момента поступления в стационар. При КТ был выявлен ряд критериев: наличие свободной жидкости в брюшной полости в 100% случаев, нечеткость контуров поджелудочной железы – в 100%, наличие жидкостных включений в салынковой сумке и поджелудочной же-

лезе – в 97,7%, наличие жидкостных включений в забрюшинном пространстве – в 95,3%, плеврит – в 100%, расширение общего желчного протока – в 86,05%, камни в желчном пузыре – в 31,0%, камни в общем желчном протоке – в 8,0%.

Таким образом, при УЗИ органов брюшной полости в 65,2-100% случаев выявляются эхо-признаки, позволяющие верифицировать диагноз панкреонекроза и начать интенсивную консервативную терапию, компьютерная томография в 95,3-100% случаев объективно указывает на формы поражения, распространенность панкреонекроза, фазы его течения и развитие осложнений.

72. Особенности питания, пищевого статуса и вкусовой чувствительности у больных с синдромом диспепсии в сочетании с ожирением

Романова М.М., Бабкин А.П.
Воронежская ГМА им. Н.Н. Бурденко, Россия

Цель исследования: анализ вкусовой чувствительности, качества режима, суточного ритма и фактического питания, психологических особенностей у больных с синдромом диспепсии и ожирением.

Материалы и методы. Под нашим наблюдением находились 68 больных (42 женщины и 26 мужчин) в возрасте от 20 до 60 лет (средний возраст $(46,2 \pm 4,6)$ года) с синдромом диспепсии. Все пациенты были разделены на две группы: 1-я с нормальным ИМТ (28), 2-я – с ожирением (40). Контрольную группу составили 20 практически здоровых пациентов. Всем пациентам помимо стандартного обследования проводилось исследование вкусовой чувствительности к 6 основным вкусам, тестирование по анкете качества режима и суточного ритма питания, психологическим опросникам, программе «Нутритест-ИПП», биоимпедансометрия.

Результаты. Изменения порогов вкусовой чувствительности при сравнении с контрольной группой по отдельным вкусам ($p < 0,05$) отмечались у 21 (75%) пациента 1-й группы и у 38 (95%) пациентов 2-й; согласно тестированию по анкете оценки качества режима и суточного ритма питания нарушения наблюдались у 24 (86%) пациентов 1-й группы и у 36 (90%) пациентов 2-й. Выявлены достоверные ($p < 0,05$) прямые и обратные корреляционные связи между отдельными порогоми вкусовой чувствительности и качеством режима питания, показателями пищевого статуса по данным биоимпедансометрии, а также уровнем потребления отдельных продуктов питания по данным оценки фактического питания по «Нутритест-1» и психологическими личностными характеристиками.

Заключение. Полученные данные позволяют предположить, что нарушение вкусовой чувствительности, привычки питания и психологические особенности наряду с синдромом висцеральной гиперчувствительности могут играть определенную роль в формировании синдрома диспепсии.

73. Зависимость выраженности дисбиоза кишечника от функционального состояния печени

Русин В.И., Сирчак Е.С., Курчак Н.Ю.
Ужгородский национальный университет, Украина

Цель исследования: изучить зависимость между степенью дисбиоза кишечника (ДК) и функциональным состоянием печени (ФСП) по Child – Pugh у больных с циррозом печени (ЦП).

Материалы и методы. В клинике ЗОКБ города Ужгорода нами обследованы 246 больных с ЦП. Для определения ФСП у больных использовали 10 специально разработанных тестов (СТ) (Forns, FibroIndex, FIB-4, APRI, HALT-C, MDA, GUCI, FPI, PGA, PGAA), используя для этого результаты общепринятых лабораторных методов обследования, а также учитывали возраст больных и употребление алкоголя в прошлом. Для выявления ДК использовали бактериологический метод исследования фекалий.

Результаты. Больных с ЦП распределили по классам тяжести по Child – Pugh. В класс А вошли 78 (31%) больных, в класс В – 85 (35%), в класс С – 83 (34%). У обследованных больных при использовании СТ для изучения ФСП получили результаты, которые свидетельствуют о выраженном процессе фиброобразования в печени, а именно: значение теста Forns составляло

5,12±0,56; Fibroindex – 3,01±0,96; Fib-4 – 4,22±1,23; APRI – 1,73±0,88; HALT-C – 1 (100%); MDA – (26,83±1,9); GUCI – 7,02±0,89; FPI – 1,32±0,95; PGA – 13±6; PGAA – 15±7.

Можно было проследить, что с ухудшением ФСП (по данным СТ) усугубляются дисбиотические изменения, а именно, ДК II и III ст. ДК II-III степеней диагностировали преимущественно у больных с ФСП классов В и С по Child – Pugh.

Выводы. 1. СТ у больных с ЦП могут использоваться для определения принадлежности больных к соответствующим классам по Child – Pugh. 2. У больных с ЦП существует прямая зависимость между ФСП по Child – Pugh и степенью выраженности ДК: при ухудшении ФСП увеличивается частота дисбиоза II и III степени.

С

- 74. Динамика интерлейкина-23 в сыворотке крови у больных воспалительными заболеваниями кишечника на фоне противовоспалительной терапии**
Сагынбаева В.Э., Лазебник Л.Б.
ЦНИИ гастроэнтерологии, Москва, Россия,
e-mail: venera_32@rambler.ru

Интерлейкин-23 (ИЛ-23) играет основную роль в становлении и поддержании органоспецифических воспалительных аутоиммунных заболеваний. В частности, было продемонстрировано, что мыши, дефицитные по гену ИЛ-23 (ИЛ-23p19^{-/-}), приобретают рефрактерность к развитию экспериментального аутоиммунного энцефалита, индуцированного коллагеном артрита и воспалительных заболеваний кишечника, что позволяет говорить об исключительной роли ИЛ-23 в патогенезе аутоиммунных заболеваний.

Цель исследования: изучить возможность использования концентрации ИЛ-23 при ВЗК для суждения об активности воспалительного процесса и эффективности проводимой терапии.

Материалы и методы. Обследованы 35 больных ВЗК, из них 21 больной с диагнозом «язвенный колит» (13 мужчин и 8 женщин), 14 больных с диагнозом «болезнь Крона» (8 мужчин и 6 женщин). Возраст больных 16-60 лет (средний возраст (36,1±2,0) года). Диагноз верифицирован данными клинических, лабораторных, гистологических и инструментальных методов исследования. Больные в зависимости от проводимой терапии разделены на группы: 1-я группа – больные, получавшие мезенхимальные стромальные клетки (МСК) (11 человек), 2-я группа – получавшие инфликсимаб (ИНФЛ) (18 человек), 3-я группа – получавшие системные кортикостероиды (ГКС) (6 человек). Интерлейкин-23 (ИЛ-23) в сыворотке крови больных определяли иммуноферментным методом с применением тест-систем «Bender MedSystems» (Австрия). Статистическая обработка данных проводилась с использованием компьютерной программы «STATISTICA 6.0», достоверность полученных величин определяли при помощи t-критерия Стьюдента.

Результаты и обсуждение. Проведенные исследования показали, что у больных ВЗК в фазе обострения концентрация противовоспалительного ИЛ-23 во всех сравниваемых группах была значительно выше нормальных значений, причем наибольший уровень отмечался в группе больных, получавших системные ГКС (до лечения (563,2±171,1) пг/мл). Это повышение содержания ИЛ-23 сопровождалось увеличением активности ВЗК. Наименьший уровень выявлен в группе больных, получавших МСК, – до лечения (175,3±76,5) пг/мл, что достоверно различалось с группой получавших ГКС (p<0,001).

После проведенной терапии отмечалось достоверное снижение продукции ИЛ-23 в группах больных, которые получали системную иммуносупрессивную терапию МСК и системные ГКС: с (175,3±76,5) пг/мл до (31,7±9,1) пг/мл и с (563,2±171,1) пг/мл до (115,0±44,2) пг/мл соответственно (p<0,05). Это снижение сопровождалось клиническим улучшением течения как ЯК, так и БК, а также уменьшением активности воспалительного процесса. В группе больных, получавших ИНФЛ, снижение уровня ИЛ-23 не носило достоверного характера: с (198,0±89,9) пг/мл до (183,3±62,2) пг/мл (p>0,56).

Заключение. Таким образом, анализ динамики уровня интерлейкина-23 может быть использован в оценке эффективности проводимой терапии. Так, системная иммуносупрессивная терапия МСК и ГКС в большей степени снижает уровень ИЛ-23, в то время как терапия инфликсимабом, селективным иммунодепрессантом, в меньшей мере влияет на уровень провоспалительных цитокинов ИЛ-23.

- 75. Особенности местного иммунитета при воспалительных заболеваниях кишечника**
Сагынбаева В.Э., Лазебник Л.Б.
ЦНИИ гастроэнтерологии, Москва, Россия,
e-mail: venera_32@rambler.ru

При гуморальном иммунном ответе на уровне слизистой оболочки происходит образование антител в основном изотипе IgA (sIgA1, sIgA2). Секреторные IgA-антитела способны проникать через мембраны эпителиальных клеток для обеспечения защиты. Несмотря на то, что синтез секреторного IgA (sIgA) происходит только в эпителиальных клетках слизистых оболочек и гепатоцитах, sIgA обнаруживается и в сыворотке крови. По данным литературы, повышенное содержание sIgA, в частности, наблюдается в сыворотке крови больных инфекционными заболеваниями. Полагают, что увеличение содержания sIgA в крови связано с повреждением эпителия желудочно-кишечного тракта.

Цель исследования: изучить содержание секреторного IgA в сыворотке крови и слюне у больных воспалительными заболеваниями кишечника (ВЗК).

Материал и методы. Обследованы 42 больных (26 мужчин и 16 женщин) с ВЗК, из них 30 с диагнозом «язвенный колит» (ЯК), 12 с диагнозом «болезнь Крона» (БК). Возраст больных колебался от 18 до 60 лет. Диагноз подтвержден данными клинических, инструментальных, лабораторных и гистологических методов исследования. Секреторные IgA в сыворотке крови (28 больных) и слюне (23 больных) определяли иммуноферментным методом с применением тест-систем «Вектор-Бест» (Санкт-Петербург).

Результаты. Перед началом стационарного лечения ВЗК среди 23 больных максимальное увеличение содержания sIgA в слюне отмечено у 78% (18 больных), индивидуальные колебания – от 380 мг/л до 460 мг/л. Среди больных у 2 выявлено снижение sIgA в слюне с 100 мг/л до 0, что свидетельствует о снижении местного иммунитета. Из 28 обследованных у 20 (71,4%) выявлено увеличение содержания sIgA в сыворотке крови с колебаниями от 6,2 мг/л до 18,4 мг/л, среднее содержание sIgA в сыворотке крови составило (9,5±1,0) мг/л. Особенно высокое содержание sIgA в слюне и сыворотке крови выявлялось при воспалительных заболеваниях кишечника с тотальным поражением и непрерывно рецидивирующим течением.

Заключение. Таким образом, концентрация эпителиального секреторного sIgA в слюне и в сыворотке крови при обострении ВЗК, как правило, повышается. Это отражает выраженность местного воспалительного процесса и может использоваться в оценке степени активности и тяжести течения заболевания.

- 76. Роль аутоантител к асиалогликопротеиновому рецептору в диагностике аутоиммунного гепатита**
Сагынбаева В.Э., Лазебник Л.Б., Дорофеев А.С., Винницкая Е.Г., Ефремов Л.И.
ЦНИИ гастроэнтерологии, Москва, Россия,
e-mail: venera_32@rambler.ru

Асиалогликопротеиновый рецептор (ASGPR) – специфический печеночный протеин (лектин) – является интегральным мембранным белком. Имеет 4 функциональных домена (цитоплазматический, трансмембранный, экстрацеллюлярный «ствол» и распознающий и связывающий галактозу домен). Последний домен является лектином С-типа (кальций-зависимым). Этот домен способен связывать терминальные остатки галактозы и N-ацетилгалактозаминные остатки десилированных три- или тетраантенных N-гликанов. ASGPR отвечает за клиренс рецептор-зависимым эндоцитозом асиалированных гликопротеинов. Индукцию гуморального и клеточного иммунных механизмов anti-

ASGPR наблюдали при воспалительных заболеваниях печени, особенно при аутоиммунном гепатите.

Цель исследования: определение содержания anti-ASGPR в сыворотке крови для диагностики аутоиммунного гепатита и оценка их значения в патогенезе заболевания в зависимости от тяжести.

Материалы и методы. Обследованы 106 больных с аутоиммунными заболеваниями печени (АИЗП), находившихся на лечении в отделении гепатологии ЦНИИГ. Anti-ASGPR измерялись в сыворотке крови у 23 больных с АИГ, у 55 больных с ПБЦ и у 28 – с перекрестным синдромом АИГ+ПБЦ. Возраст больных составлял от 28 до 82 лет (средний возраст $58,0 \pm 1,2$ года). Диагноз верифицирован данными клинических, лабораторных, иммунологических, гистологических и инструментальных методов исследования. Всем больным проводилось лабораторное исследование (показатели синдрома цитолиза и холестаза). Статистическая обработка данных проводилась с использованием компьютерной программы «STATISTICA 6.0», достоверность полученных величин определяли при помощи t-критерия Стьюдента.

Результаты и обсуждение. Как показали результаты настоящего исследования, среди 106 больных АИЗП у 12 (11,3%) обнаружены anti-ASGPR, при этом содержание anti-ASGPR в среднем составило $1,62 \pm 1,30$ при норме меньше 1,0. У 5 (9,1%) из 55 с ПБЦ и 4 (17,4%) из 23 с АИГ и 3 (10,7%) из 28 больных с синдромом перекреста АИГ+ПБЦ выявили anti-ASGPR. Наивысшая активность АЛТ отмечалась у больных с перекрестным синдромом (ПС) – АИГ+ПБЦ, anti-ASGPR-позитивных по сравнению с больными АИГ, anti-ASGPR-позитивных $272,9 \pm 155,6$ и $211,6 \pm 68,5$ соответственно, однако они были статистически не достоверны ($p=0,477$). При оценке АСТ также обнаруживалось наибольшее повышение у больных с ПС (АИГ+ПБЦ), anti-ASGPR-позитивных по сравнению с больными АИГ, anti-ASGPR-позитивных $338,0 \pm 199,1$ и $244,9 \pm 123,7$ соответственно, но оно носило не достоверный характер ($p=0,410$). Параллельно с показателями синдрома цитолиза изменялись биохимические показатели холестаза. Активность ГГТП у больных с ПС (АИГ+ПБЦ), anti-ASGPR-позитивных больных по сравнению с АИГ, anti-ASGPR-позитивных больных была достоверно выше – $398,5 \pm 55,4$ и $191,4 \pm 43,6$ ($p<0,001$). При оценке ЩФ также обнаруживалось достоверное повышение ее уровня у больных с ПС (АИГ+ПБЦ) по сравнению с АИГ, anti-ASGPR-позитивных больных $541,1 \pm 94,1$ и $145,6 \pm 33,0$ соответственно ($p<0,001$).

У anti-ASGPR-позитивных больных АИГ отмечалось достоверное повышение концентрации anti-ASGPR по сравнению с больными ПС (АИГ+ПБЦ) – $1,75 \pm 0,2$ и $1,55 \pm 0,10$ соответственно ($p<0,04$). Следует отметить, что среди 4 больных с АИГ (anti-ASGPR-позитивных) у 2 человек антинуклеарные антитела (ANA) были отрицательными.

Заключение. Таким образом, обнаружение anti-ASGPR в сыворотке крови позволяет диагностировать АИГ. Уровни anti-ASGPR коррелируют с биохимическими показателями и с тяжестью и выраженностью аутоиммунных процессов при аутоиммунном гепатите.

77. Оценка не прямых маркеров фиброза при хронических диффузных заболеваниях печени у пострадавших вследствие Чернобыльской катастрофы

Саркисова Э.А., Гасанова Е.В., Незговорова Г.А., Шийко Т.А.
ННЦРМ НАМН Украины, Киев, Украина

Целью исследования была оценка изменения показателей общего и биохимического анализа крови как не прямых маркеров развития фиброза при хронических диффузных заболеваниях печени (ХДЗП) у пострадавших в результате аварии на ЧАЭС.

Материалы и методы. Были обследованы 206 человек, пострадавших в результате Чернобыльской катастрофы, с хроническими диффузными заболеваниями печени, мужского пола, средний возраст $52,8 \pm 0,7$ года. Использовались общеклинические, лабораторные и инструментальные методы исследования. Все пациенты были распределены на группы в зависимости от стадии

фиброза печени, степень развития которого оценивалась по результатам FibroTest (Bio Predictive, Франция) и теста APRI (Aspartat platenet ratio index – аспаратаминотрансфераза-тромбоцитарный индекс).

Результаты. Показано, что ряд показателей общего и биохимического анализа крови достоверно изменяется в зависимости от выраженности фиброзных изменений печени от стадии F0 до F4. Выявлена прямая корреляционная связь между стадией фиброзных изменений печени и уровнями аланинаминотрансферазы ($r=0,49$, $p<0,001$), аспаратаминотрансферазы ($r=0,87$, $p<0,001$), тимоловой пробы ($r=0,46$, $p<0,001$), гамма-глутамилтранспептидазы ($r=0,46$, $p<0,001$), коэффициента Ритиса ($r=0,37$, $p<0,001$), общего билирубина ($r=0,29$, $p<0,01$), щелочной фосфатазы ($r=0,38$, $p<0,01$) и обратная корреляционная связь по отношению к уровню холестерина ($r=-0,37$, $p<0,01$) и альбумина ($r=-0,37$, $p<0,01$). С развитием фиброзных изменений печени достоверно четко прослеживается достоверное снижение уровня эритроцитов ($r=-0,37$, $p<0,001$), гемоглобина ($r=-0,32$, $p<0,001$) и тромбоцитов ($r=-0,49$, $p<0,001$), повышение СОЭ ($r=0,3$, $p<0,01$).

Выводы. Проведенная оценка свидетельствует, что рутинное исследование показателей общего и биохимического анализа крови может нести информацию о прогрессировании ХДЗП с развитием фиброзных изменений ткани печени. Появление следующих изменений: увеличение уровня билирубина, активности щелочной фосфатазы, аланинаминотрансферазы, аспаратаминотрансферазы, гамма-глутамилтранспептидазы, повышение тимоловой пробы, коэффициента Ритиса более единицы, снижение уровней холестерина и альбумина сыворотки крови, снижение эритроцитов, гемоглобина, тромбоцитов, повышение СОЭ требуют целенаправленного поиска фиброза печени и проведения дополнительных диагностических методов исследования (эластометрия, компьютерная томография, магниторезонансная томография, биопсия печени).

78. Варианты нарушений углеводного обмена при циррозе печени (ЦП) различной этиологии

Сафонова М.В., Быкова А.П., Козлова И.В., Лекарева Л.И.
Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского, Россия

Цель исследования: установить частоту встречаемости нарушений углеводного обмена при циррозе печени различной этиологии.

Материал и методы. В исследование включены 106 пациентов с ЦП: 52 (49%) с ЦП не вирусной этиологии (24 (46,2%) с алкогольным ЦП, 17 (32,7%) с ЦП в исходе неалкогольной жировой болезни печени, 11 (21,1%) с первичным билиарным ЦП (ПБЦ)) и 54 (51%) с ЦП вирусной этиологии (23 (42,6%) с ЦП HBV-этиологии, 7 (13%) с ЦП HBV+HDV-этиологии, 24 (44,4%) с ЦП HCV-этиологии). Средний возраст обследованных составил $56,7 \pm 1,4$ года. Всем пациентам определены уровни глюкозы, инсулина, гликозилированного гемоглобина крови натощак в динамике, проведен тест толерантности к углеводам. Все больные также консультированы эндокринологом.

Результаты исследования. Из пациентов с не вирусным ЦП сахарный диабет (СД) 2 типа зарегистрирован у 7 (13,5%), нарушения толерантности к углеводам (НТУ) – у 10 (19,2%). Частота встречаемости нарушений углеводного обмена у пациентов с не вирусным ЦП в зависимости от этиологии патологического процесса в печени была следующей: у 6 (35,3%) – с алкогольным ЦП, у 7 (41,2%) – с ЦП в исходе неалкогольной жировой болезни печени, у 4 (23,5%) – с ПБЦ. Из пациентов с вирусным ЦП СД 2 типа выявлен у 13 (24,1%), НТУ – у 11 (20,4%). Нарушения углеводного обмена обнаружены преимущественно у пациентов с ЦП HCV-этиологии – у 21 (87,5%) и лишь у 3 (12,5%) больных с ЦП HBV-этиологии. Ни у одного пациента с ЦП-микст-вирусной этиологии нарушения углеводного обмена обнаружены не были.

Выводы. Нарушения углеводного обмена при ЦП регистрируются с высокой частотой: у 24 (44,4%) пациентов с ЦП вирусной этиологии и у 17 (31%) – с ЦП не вирусной этиологии. Наиболее часто у пациентов с ЦП не вирусной этиологии встречается НТУ, у больных вирусным ЦП – СД. Высокая частота встречаемости нарушений углеводного обмена при ЦП ассоциируется со стеатозом печени и HCV-инфекцией.

79. Частота встречаемости нарушений углеводного обмена при циррозе печени (ЦП) различных классов по Чайльд-Пью

Сафонова М.В., Быкова А.П., Козлова И.В., Лекарева Л.И.
Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского, Россия

Цель исследования: выявить частоту встречаемости нарушений углеводного обмена при циррозе печени в зависимости от класса по Чайльд-Пью.

Материал и методы. В исследование были включены 106 пациентов с ЦП вирусной и невирусной этиологии: 31 (29,2%) – с ЦП класса А по Чайльд-Пью, 37 (35%) – с ЦП класса В, 38 (35,8%) – с ЦП класса С. Средний возраст обследованных составил $(56,7 \pm 1,4)$ года. Всем пациентам определены уровни глюкозы, инсулина, гликозилированного гемоглобина крови натощак в динамике, проведен тест толерантности к углеводам. Все больные также консультированы эндокринологом.

Результаты исследования. Нарушения углеводного обмена выявлены у 41 (38,7%) пациента с ЦП: у 4 (12,9%) – с ЦП класса А по Чайльд-Пью, у 15 (40,5%) – с ЦП класса В, у 22 (57,9%) – с ЦП класса С. Сахарный диабет (СД) 2 типа зарегистрирован у 8 (21,6%) пациентов с ЦП класса В, у 12 (31,6%) больных с ЦП класса С и ни у одного пациента с ЦП класса А. При ЦП класса В среднее и тяжелое течение СД 2 типа выявлены с одинаковой частотой (37,5%), легкое течение – в 25% случаев. При ЦП класса С наиболее часто диагностирован СД 2 типа средней тяжести (58,3%), реже – тяжелого (33,4%) и легкого течения (8,3%). При ЦП класса В в 75% случаев выявлена субкомпенсация углеводного обмена, при ЦП класса С в 66,7% случаев – декомпенсация углеводного обмена. Нарушение толерантности к углеводам (НТУ) выявлено у 4 (12,9%) пациентов с ЦП класса А, у 7 (18,9%) – класса В, у 10 (26,3%) – класса С.

Выводы. СД 2 типа и НТУ выявлены у 38,7% обследованных пациентов с ЦП. Частота встречаемости СД и НТУ повышается в процессе прогрессирования ЦП. По мере роста класса ЦП по Чайльд-Пью регистрируется более высокая частота тяжелых форм СД 2 типа и декомпенсации углеводного обмена. Таким образом, высокий класс ЦП по Чайльд-Пью выступает фактором риска развития НТУ и ассоциирован с истощением эндокринной функции поджелудочной железы.

80. Проблемы диагностики и ведения первичного склерозирующего холангита

Семенов Н.В., Райхельсон К.Л., Троцюк С.П.,
Барановский А.Ю.
СЗГМУ им. И.И. Мечникова, Санкт-Петербург, Россия

Поздняя постановка диагноза «первичный склерозирующий холангит» (ПСХ) определяется несовершенством алгоритма диагностики заболевания – отсутствием планового и своевременно подключения хирургических методов, направленных на билиарную декомпрессию, кроме того, она не позволяет проводить своевременный скрининг малигнизации, ухудшая прогноз.

Цель исследования: выявить недостатки в диагностике и ведении пациентов с ПСХ.

Материалы и методы. Обследован 21 пациент (мужчин 12 – 57,1%, женщин 9 – 42,9%) с ПСХ. Диагноз ПСХ устанавливался на основании комплексного обследования больных, включающего лабораторно-инструментальные методы (РХПГ, ЭУС, МРХГ), морфологическое исследование биоптатов печени. Проведен ретроспективный анализ диагностики и ведения пациентов с ПСХ.

Результаты исследования. Средние сроки постановки диагноза с момента обращения за медицинской помощью составили $(4,1 \pm 4,5)$ года.

Наиболее частые симптомы в дебюте: гепатомегалия – 52,4%, спленомегалия – 33,3%, желтуха – 33,3%, нарушения стула – 33,3%. Острая механическая желтуха как первая манифестация имела место в 4,8% случаев. Диагноз исходно установлен на гистологических данных у 11 (52,3%) пациентов, МРХГ – у 7 (33,3%), ЭРХПГ – у 4 (19,0%). В 4 случаях при выявлении типичных признаков при ЭРХПГ изменения на МРХГ отсутствовали. У 23,8% больных выполнялись хирургические методы ле-

чения в связи с формированием доминирующей стриктуры (19,0%) и холангиокарциномы (4,7%).

Выводы. Проведенный анализ позволил выявить дефекты диагностики и ведения больных с ПСХ: поздняя постановка диагноза, ограничение возможностей общепринятых методик обследования пациентов с ПСХ, несвоевременность проведения инструментальной диагностики и малоинвазивных вмешательств. Это диктует необходимость междисциплинарного подхода гастроэнтерологов-терапевтов и хирургов в разработке усовершенствованных алгоритмов лечебной и диагностической тактики.

81. Состояние иммунологического статуса и микроциркуляции при хроническом гастрите и язвенной болезни

Сергеев С.А., Павлова Н.И., Баженова Н.И.
Тверская ГМА, Россия

Цель исследования: сопоставить показатели системной микроциркуляции (МЦ), клеточного и гуморального иммунитета у больных хроническим гастритом (ХГ) и язвенной болезнью (ЯБ). **Материал и методы.** Обследованы 126 больных ХГ и 188 ЯБ. Изучали МЦ конъюнктивы глаза с помощью биомикроскопии, Т- и В-лимфоциты, иммуноглобулины (Ig) А, G, М в периферической крови.

Результаты. Установлено, что при обострении ХГ наблюдается снижение содержания Т-лимфоцитов, уменьшение IgG и повышение IgA. Содержание В-лимфоцитов и IgM не изменялось. В то же время у лиц с рецидивом ЯБ отмечалось увеличение количества Т- и В-лимфоцитов, содержания IgA, IgG, IgM. В стадии ремиссии ХГ регистрировалось дальнейшее снижение уровня Т- и повышение В-лимфоцитов. Это сопровождалось увеличением IgA. При этом количество IgG, IgM оставалось на прежнем уровне. В фазе рубцевания и эпителизации язв содержание IgG, IgM нормализовалось, а IgA уменьшалось. Иммунным нарушениям у больных ХГ и ЯБ сопутствовали нарушения МЦ, выражавшиеся периваскулярным отеком, геморрагиями, извитостью сосудов и генерализованной внутрисосудистой агрегацией эритроцитов, которые у пациентов с обострением ХГ были менее выражены и проявлялись локальными изменениями. При оценке МЦ общий конъюнктивальный индекс (КИо) у больных с рецидивом ЯБ был выше, чем у лиц с обострением ХГ (соответственно $(12,65 \pm 0,62)$ балла и $(8,68 \pm 0,74)$ балла, $p < 0,001$). После лечения у больных ЯБ наблюдалась более отчетливая положительная динамика МЦ. У пациентов с ХГ преобладали внутрисосудистые расстройства. КИо у них равнялся соответственно $(3,57 \pm 0,45)$ балла и $(1,19 \pm 0,87)$ балла ($p < 0,001$).

Заключение. Полученные данные расширяют представления о взаимоотношениях иммунных реакций и микроциркуляторных расстройств при ХГ и ЯБ. Они открывают новые возможности для решения вопросов диагностики, лечения и профилактики этих заболеваний.

82. Оценка состояния эндотелия у пациентов с сочетанием язвенной болезни и ишемической болезни сердца

Симонова Ж.Г., Мартусевич А.К., Тарловская Е.И.
Кировская ГМА, Нижегородский НИИ травматологии и ортопедии, Россия

Цель исследования: изучение функционирования эндотелия сосудов у пациентов с сочетанием язвенной болезни гастроудоденальной зоны (ЯБ) и ишемической болезни сердца (ИБС).

Материал и методы исследования. Под наблюдением находились 112 пациентов. Пациенты основной группы ($n=76$) получали стандартную антихеликобактерную терапию в соответствии с Маастрихтским консенсусом-3 (2005); пациенты второй группы ($n=36$) – только антисекреторную терапию (омепразол 20 мг 2 раза в день). Третью группу ($n=20$) составили больные с ИБС без иной патологии. Использовали метод определения эндотелий-зависимой вазодилатации (ЭЗВД) периферических артерий.

Результаты. Анализ состояния эндотелия плечевой артерии позволил установить, что у больных всех групп присутствует сосудо-

двигательная дисфункция. После проведения терапии в первой группе диаметр плечевой артерии достоверно уменьшился ($p < 0,05$). После проведения пробы с реактивной гиперемией диаметр плечевой артерии изменился и приблизился к значениям, полученным до лечения ($p = 0,3$). Кроме того, у пациентов первой группы выявлено достоверное улучшение ЭЗВД ($p = 0,04$), а также исходной скорости кровотока ($p < 0,05$). Следует отметить, что значительно увеличился показатель изменения скорости кровотока после реактивной гиперемии ($p < 0,05$). Во 2 группе после лечения ($n = 30$) достоверных изменений диаметра плечевой артерии и, соответственно, ЭЗВД не установлено, однако отмечено достоверное увеличение исходной скорости кровотока ($p < 0,05$). В группе сравнения достоверных изменений показателей не выявлено.

Заключение. При сочетании ЯБ и ИБС имеет место сосудодвигательная дисфункция эндотелия, а проведение полноценной эрадикационной терапии улучшает показатели.

83. Нутриционная поддержка больных язвенным колитом

Смирнова О.А., Костюченко Л.Н., Гусейнзаде М.Г., Лычкова А.Э.
ЦНИИ гастроэнтерологии, Москва, Россия

Цель исследования: совершенствование нутриционной поддержки больных язвенным колитом (ЯК) на основе оценки функционального резерва кишечника и печени. Актуальность исследования обусловлена высокой встречаемостью ЯК и тенденцией к ее росту. В Московском регионе заболеваемость ЯК составляет 1,7 человека на 100 000 населения, а распространенность – 22,3 человека на каждые 100 000 жителей (Никулина И.В., 2007).

Материал: истории болезни больных ЯК, находившихся на лечении в ЦНИИ гастроэнтерологии в 2012 году.

Методы. Оценку функционального резерва печени проводили с помощью ультразвукового ангиосканирования (УЗДГ), функционального резерва кишечника – по результатам оценки электрической активности мышц кишечника. Нутритивный статус оценивали по параметрам алиментационно-волемического диагноза (А.С. Ермолов, М.М. Абакумов, 2001; Б.С. Брискин, Л.Н. Костюченко, С.Н. Пузин, 2006 и др.). Характеристика иммунного статуса будет осуществляться по критериям цитокиновой активности.

Результаты. При оценке степени тяжести состояния пациента по АРАСНЕ II и сопоставления ее с активностью ЯК по шкале D. Rachmilewitz и степенью нутриционной недостаточности выявлены определенные закономерности. Среднетяжелая и тяжелая нутритивная недостаточность сопровождается выраженным снижением не только функционального кишечного резерва, но и функционального резерва печени, что влечет за собой изменения в системе иммунного ответа. Это обуславливало выбор сред для нутриционной поддержки специального назначения, так называемых сред иммунопитания. Полученные результаты говорят о достаточной эффективности предложенной лечебной технологии (быстрое восстановление больного, ускорение достижения ремиссии ЯК, разрешение белково-энергетической недостаточности).

Вывод. Выбор нутриционной тактики определяется степенью сохранности функциональных резервов кишечника и печени.

84. Характер метаболической адаптации печени при применении различных вариантов местного лечения экспериментального ожога

Соловьева А.Г., Мартусевич А.К., Перетягин С.П., Ларионова К.Д.
Нижегородский НИИ травматологии и ортопедии, Россия

Цель исследования: изучение активности оксидоредуктаз печени крыс при местном лечении локальных и распространенных ожогов фармакологическими композициями, обладающими транскutánной активностью.

Материал и методы исследования. Эксперименты были проведены на 40 крысах линии Wistar массой 180-250 г. Животным под наркозом наносили ожог кипятком на площади 5% (1 группа животных) или 20% (2-я группа животных) поверхности тела. В

каждой группе были сформированы две подгруппы: в первой подгруппе крыс лечили гелем «Левоксим», во второй – композицией «Тизоль + Левоксим». Контрольные группы представлены интактными и обожженными животными ($n = 10$ в каждой). Животных выводили из эксперимента на 10-е сутки после нанесения травмы путем декапитации под общей анестезией. В гомогенате печени крыс исследовали активность оксидоредуктаз (альдегиддегидрогеназы, лактатдегидрогеназы (ЛДГ) и алкогольдегидрогеназы (АДГ) в прямой и обратной реакциях). Для уточнения особенностей функционирования ЛДГ и АДГ рассчитывали балансовое соотношение.

Результаты. Изучение каталитических свойств оксидоредуктаз печени на фоне тяжелого ожога (на площади 20% площади тела) показало, что на 10-е сутки после травмы происходит значимое изменение их функционирования. Установлено, что использование композиции «тизоль + левоксим» более эффективно по сравнению с применением только левоксима, что наиболее показательно реализуется при лечении обширных ожогов. При локальных ожогах эффект комбинации, по-видимому, проявляется только в очаге повреждения, не оказывая значимого системного метаболического эффекта.

Заключение. Использование композиции «тизоль + левоксим» при местном лечении обширных ожогов влияет на каталитические и регуляторные свойства оксидоредуктаз печени, непосредственно определяющих метаболическую адаптацию печени.

85. Изменения антиоксидантной защиты в условиях хронической неопластической интоксикации на фоне применения цитостатической терапии

Сорока Ю.В., Демкив И.Я., Лисничук Н.Е.
Тернопольский ГМУ им. И.Я. Горбачевского, Украина,
e-mail: iria_ternopil@mail.ru

Цель исследования: изучить особенности функционирования ферментативного звена антиоксидантной системы в условиях индуцированной неопластической интоксикации на фоне приема цитостатиков.

Материал и методы. Использовано 100 белых крыс. Хроническую неопластическую интоксикацию моделировали путем введения несимметричного диметилгидразина гидрохлорида (ДМГ) в сочетании с применением препарата «Доксорубин».

Исследовали изменения активности каталазы (Кат), супероксиддисмутазы (СОД) в гомогенатах почки и печени, а также концентрацию церулоплазмينا (ЦП) и пероксидазную активность крови (ПАК) в сыворотке крови.

Результаты. При смоделированном неопластическом процессе в сочетании с применением доксорубина выявлено достоверное снижение активности Кат в тканях почки (на 46,2%) и печени (на 62,6%) подопытных животных по сравнению с животными контрольной группы. Введение подопытным животным ДМГ и доксорубина привело к снижению активности СОД в ткани печени на 31,6%, в ткани почки – на 32,9% относительно аналогичных показателей контроля. На фоне сочетанного применения ДМГ и цитостатиков достоверно возростала ПАК (на 40,3%) по сравнению с животными контрольной группы. В группе животных с неопластическим токсикозом на фоне введения цитостатиков концентрация ЦП была в 1,9 раза ниже, чем у животных контрольной группы.

Выводы. Таким образом, хроническая неопластическая интоксикация при сочетанном воздействии цитостатического препарата сопровождается выраженным ослаблением и дисбалансом ферментативного звена антиоксидантной защиты.

86. Vitrum vitamin E при неалкогольном жировом заболевании печени

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

Введение: окислительный стресс играет важную роль в патогенезе развития неалкогольного жирового заболевания печени (НАЖЗП).

Цель: оценить эффективность Vitrum vitamin E (Unipharm inc., USA) у пациентов с установленным неалкогольным жировым заболеванием печени.

Материалы и методы. Пациенты (31 человек) с установленным НАЖЗП принимали витамин E 400 МЕ 2 раза в день в течение 12 месяцев. Эффективность проводимого лечения была оценена по динамике биохимических (б/х) показателей (АЛТ, АСТ, билирубин общий и прямой, γ -глутамилтранспептидаза, щелочная фосфатаза, лактатдегидрогеназа, холестерин, триглицериды), данных УЗИ органов брюшной полости, эластографии и гистологического исследования печени. В контрольной группе 25 пациентов, которые отказались от проведения лечения.

Результаты. Через 12 месяцев в 1-й группе отмечена достоверная положительная динамика б/х показателей, данных УЗИ, эластографии и гистологических параметров. Во 2-й группе через 12 месяцев у каждого пятого пациента отмечалась отрицательная динамика либо б/х показателей, либо данных эластографии печени или ультразвукового исследования.

Выводы. Витамин E эффективен у пациентов с НАЖЗП. Рекомендация по его применению согласуется с позицией Американской ассоциации изучения болезней печени, Американского колледжа гастроэнтерологии и Американской гастроэнтерологической ассоциации (Naga Chalasani et al. The Diagnosis and Management of Non-alcoholic Fatty Liver Disease: Practice Guideline by the American Association for the Study of Liver Diseases, American College of Gastroenterology, and the American Gastroenterological Association // Am. J. Gastroenterol. – 2012. Vol. 107. – P. 811-882).

87. Монтелукаст в лечении НЯК

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

Введение. Лейкотриены играют ключевую роль в патогенезе воспаления, в том числе при воспалительных заболеваниях кишечника, в частности, при неспецифическом язвенном колите (НЯК). Монтелукаст ингибирует лейкотриеновые рецепторы, проявляя противовоспалительное действие.

Цель: оценить эффективность комбинированной терапии месалазином и монтелукастом у пациентов с НЯК.

Материалы и методы. 15 пациентов с установленным эндоскопически и подтвержденным гистологически НЯК, принимали месалазин (салофальк) по 1,0 г 3 раза в день в комбинации с монтелукастом по 10 мг на ночь перед сном в течение 8 недель. Контрольную группу составили 11 пациентов с НЯК, которые принимали только месалазин (салофальк) по 1,0 г 3 раза в день. Сравнимые группы не имели значимых клинических различий.

Результаты. После проведенного 8-недельного курса лечения выраженность клинических и эндоскопически-гистологических параметров была статистически значимо более выражена в группе пациентов, принимавших только месалазин. Получены статистически значимые различия между группами в показателях выраженности патологического процесса при язвенном колите. В ходе исследования отмечено статистически значимое снижение, а в ряде случаев устранение эозинофилии, выявленной в начале лечения.

Выводы. Дополнение монтелукаста к противовоспалительной терапии месалазином способствует наступлению более ранней клинико-эндоскопической ремиссии.

88. Флоролакт при проведении антихеликобактерного режима

Старостин Б.Д., Старостина Г.А.
Городская поликлиника № 38 (гастроэнтерологическое отд.), Санкт-Петербург, Россия, e-mail: borstar56@yandex.ru

Цель: оценить влияние флоролакта на эрадикацию *Helicobacter pylori* (Н.р.) и развитие нежелательных явлений при проведении стандартной последовательной антихеликобактерной (анти-Н.р.) терапии.

Материалы. В 1-й группе (n=73) пациенты с язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки или желудка, хроническим га-

стродуоденитом, ассоциированными с Н.р., получали стандартный вариант последовательной терапии: пантопразол (санпраз), амоксициллин (флемоксин), кларитромицин (фромилид), тинидазол и дополнительно пребиотик «Флоролакт» по 1 пакету 2 раза в день. Пациенты 2-й группы (n=43) получали только аналогичный анти-Н.р. режим без флоролакта. Оценены эрадикация Н.р. всех вошедших и закончивших исследование, а также нежелательные явления, связанные с проведением анти-Н.р. режима.

Результаты. В 1-й группе при использовании флоролакта на фоне анти-Н.р. терапии эрадикация Н.р. наблюдалась у 90% пациентов, вошедших в исследование, и у 94% пациентов, закончивших исследование. Во 2-й группе при проведении анти-Н.р. режима без флоролакта эрадикация Н.р. имела место у 79% вошедших в исследование (p>0,05) и у 87% закончивших исследование (p>0,05). Появление антибиотик-ассоциированной диареи отмечено среди закончивших исследование у 2,7% в 1-й группе и у 13,9% во 2-й группе, p<0,05, и среди вошедших в исследование соответственно у 2,9% против 16,2%, p<0,05.

Другие нежелательные явления (тошнота, абдоминальный дискомфорт, изменения вкуса) в 1-й группе при проведении лечения на фоне адекватной терапии флоролактом отмечены у 16% против 26% во 2-й группе, p<0,05. Суммарно нежелательные явления во 2-й группе встречались более чем в 2 раза чаще, чем в 1-й.

Выводы. Введение пребиотика «Флоролакт» существенно (статистически значимо) снижает частоту нежелательных явлений и повышает частоту эрадикации Н.р. (статистически незначимо).

89. Эффективность санпразы с гевисконом форте при ГЭРБ

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

Введение. Возникновение гастроэзофагеальных рефлюксов часто сопровождается наличием постпрандиального проксимального желудочного кислотного кармана, существование которого поддерживает симптомы гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (ГЭРБ).

Цель: оценить эффективность пантопразола (санпраз) в комбинации с гевисконом форте у пациентов с ГЭРБ с верифицированным постпрандиальным проксимальным желудочным кислотным карманом (ППЖКК).

Материалы и методы. 49 пациентов с ГЭРБ, у которых до начала и после проведенного курса лечения определяли наличие ППЖКК по методике Fletcher J. и соавторов, принимали пантопразол (санпраз) 40 мг за 30-60 минут до утреннего приема пищи в комбинации с гевисконом форте 10 мл 4 раза в день в течение 4 недель. Проведение терапии одним из ингибиторов протонной помпы на фоне адекватной терапии антацидным или алгинатным препаратом соответствует стандартам лечения ГЭРБ, предложенным Научным обществом гастроэнтерологов России и европейским алгоритмом трехуровневого лечения пациентов с ГЭРБ.

Результаты. После проведенного лечения отмечалось стихание симптомов заболевания у всех 37 пациентов из 49, вошедших в исследование, у которых по данным исследования ППЖКК был устранен. Таким образом, устранение симптомов ГЭРБ коррелировало с устранением ППЖКК, а сохранение ППЖКК коррелировало с рефрактерностью симптомов.

Выводы. Комбинация санпразы и гевискона форте обладает высокой эффективностью в устранении симптомов у пациентов с ГЭРБ, действуя на различные звенья патогенеза ГЭРБ.

90. Биохимические показатели крови при целиакии и хроническом гастродуодените у детей

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

Цель исследования: сравнить ряд стандартных биохимических показателей сыворотки крови у детей при целиакии (Ц) и хроническом гастродуодените (ХГД).

Материал и методы. Проведено обследование двух групп пациентов. Первую группу составили 66 человек (37 мальчиков и 29

девочек) в возрасте от 1 года до 15 лет с диагнозом Ц. Вторую группу составили 37 человек (22 мальчика и 15 девочек) в возрасте от 4 до 17 лет с диагнозом ХГД. Биохимические исследования стандартными общепринятыми методиками включили определение у пациентов обеих групп 12 показателей, в том числе 5 макроэлементов сыворотки крови (натрия, кальция, фосфора, калия и железа).

Результаты. Уровень натрия у пациентов с Ц и ХГД соответственно: в норме у 51,7% и 60,0%, снижен у 37,9% и 30,0% ($p < 0,05$), повышен у 10,4% и 10,0%. Уровень кальция: в норме у 74,6% и 77,7%, снижен у 25,4% и 16,7% ($p < 0,05$), повышение отмечалось только в группе ХГД у 5,6% детей. Уровень фосфора: в норме у 76,6% и 80,0%, повышен у 23,4% и 13,3% ($p < 0,05$), снижение отмечалось только в группе ХГД у 6,7% пациентов. Уровень калия: в норме у 78,5% и 90,0%, повышен у 17,9% и 10,0% ($p < 0,05$); снижение отмечалось только в группе Ц у 3,6% детей. Уровень сывороточного железа: в норме у 78,6% и 79,0%, снижен у 14,3% и 10,5%, повышен у 7,1% и 10,5%.

Заключение. Исходя из полученных результатов, мальабсорбции данных элементов при Ц и ХГД у большинства исследованных больных не обнаружено. При этом изменения показателей натрия, кальция, фосфора и калия достоверно более выражены у пациентов с Ц. Необходимо дальнейшее расширение спектра биохимических исследований, прежде всего микроэлементного состава сыворотки крови, для выявления мальабсорбции при Ц и ХГД.

91. Исследование содержания липидов в крови при желчнокаменной болезни (ЖКБ)

Сучкова Е.В., Хохлачева Н.А., Вахрушев Я.М., Горбунов А.Ю.
Ижевская ГМА, Россия

Цель исследования: изучение липидного спектра крови у больных с I (докаменной) стадией ЖКБ, выяснение значимости его изменений в желчном камнеобразовании.

Материалы и методы. Обследованы 396 больных (возраст от 20 до 70 лет) с I стадией ЖКБ. Контрольную группу составили 50 практически здоровых лиц различного пола в возрасте от 20 до 50 лет. Помимо общеклинических исследований всем пациентам определяли липидный спектр крови: общий холестерин (ХС), липопротеиды высокой плотности (ЛПВП), липопротеиды низкой плотности (ЛПНП), липопротеиды очень низкой плотности (ЛПОНП), триглицериды (ТГ), рассчитывался коэффициент атерогенности (КА).

Результаты. Установлено, что уровень ХС существенно не отличался от контрольного – $(5,36 \pm 0,02)$ ммоль/л, $p > 0,05$, в контроле $(5,25 \pm 0,04)$ ммоль/л. Выявлено снижение концентрации ЛПВП – $(0,850 \pm 0,006)$ ммоль/л, $p < 0,05$, в контроле $(1,6000 \pm 0,0004)$ ммоль/л; повышение уровня ЛПНП и ЛПОНП до $(3,990 \pm 0,002)$ ммоль/л, $p < 0,05$ и $(0,7900 \pm 0,0001)$ ммоль/л, $p < 0,05$ соответственно, в контроле $(2,550 \pm 0,003)$ ммоль/л и $0,35$ ммоль/л; повышение концентрации ТГ до $(1,850 \pm 0,021)$ г/л, $p < 0,05$, в контроле $(0,900 \pm 0,003)$ г/л. Как следствие, отмечено повышение КА до $(6,01 \pm 0,05)$ ед., $p < 0,001$, в контроле 2,88 ед.). Методом корреляционного анализа выявлена отрицательная зависимость между уровнем ЛПВП в крови и холестерином желчи порций «В» и «С» ($r = -0,45$ и $r = -0,40$ соответственно).

Заключение. Результаты проведенных исследований свидетельствуют о том, что при I стадии ЖКБ наблюдаются выраженные изменения липидного спектра крови.

92. Опыт лечения жирового гепатоза у больных метаболическим синдромом

Сучкова Е.В., Хохлачева Н.А., Вахрушев Я.М., Тронина Д.В.
Ижевская ГМА, Россия

Цель исследования: оценка эффективности патогенетического лечения жирового гепатоза.

Материалы и методы. Под наблюдением находились 365 больных неалкогольной жировой болезнью печени (НАЖБП) на стадии жировой дистрофии в возрасте от 26 до 70 лет. Мужчин бы-

ло 136 (37,2%), женщин – 229 (62,8%). Продолжительность заболевания составила от 1 года до 30 лет. При обследовании больных наряду с общеклиническими данными использован ряд современных лабораторно-инструментальных и биохимических исследований. Для верификации диагноза «жировой гепатоз» больным проводилось ультрасонографическое исследование гепатобилиарной системы, компьютерная томография. В группу наблюдения вошли 150 больных жировым гепатозом, которым на фоне лечения основного заболевания проводилось лечение урсодезоксихолевой кислотой (УДХК) в дозе 10 мг на кг массы тела в сутки (250 мг по 2-3 капсулы на ночь). Курс терапии составил 30 дней. Результаты исследования сравнивались с данными контрольной группы, которую составили 22 практически здоровых человека в возрасте от 22 до 50 лет.

Результаты. В группе наблюдения к концу лечения достоверно снизился уровень инсулина, кортизола, холестерина на 16%, β -ЛП – на 19,4%, АЛП – на 31,1%, АСТ – на 35,9%. Отмечалась тенденция к снижению уровня триглицеридов, γ -ГТТП. Отмечена положительная динамика биохимических показателей желчи в группе наблюдения: в порциях «В» и «С» наблюдается достоверное снижение уровня холестерина, повышение уровня желчных кислот и, как следствие, достоверное повышение уровня холатехолестеринового коэффициента.

Заключение. При применении УДХК у больных жировой дистрофией печени получены гиполлипдемический, гепатопротективный эффекты, снижены литогенные свойства желчи.

Т

93. Диагностические характеристики методики обнаружения *Helicobacter pylori* в кале методом полимеразной цепной реакции

Тагирова О.Б., Поликarpova Т.С., Огурцов П.П.
ГКБ № 64, Москва, Россия

Цель исследования: установить диагностические характеристики определения *Helicobacter pylori* в кале методом полимеразной цепной реакции.

Материал и методы. В исследование вошли 10 нелеченных пациентов с эрозивно-язвенными поражениями желудка и двенадцатиперстной кишки стационара скорой помощи города Москвы. В качестве контрольного метода диагностики хеликобактериоза до начала эрадикационной терапии проводилось гистологическое исследование биоптата слизистой желудка, исследуемым являлся метод диагностики *Helicobacter pylori* в кале при помощи полимеразной цепной реакции.

Результаты. При гистологическом исследовании *Helicobacter pylori* был обнаружен у 9 пациентов, не обнаружен – у 1 пациента. При статистической обработке полученных результатов чувствительность методики обнаружения *H. pylori* в кале методом полимеразной цепной реакции составила 100%, специфичность данной методики – 100%, точность – 100%.

Выводы. Методику обнаружения *Helicobacter pylori* в кале методом полимеразной цепной реакции наряду с гистологическим методом можно использовать для диагностики хеликобактериоза.

94. Липиды крови при ЖКБ

Трифонов Э.В., Сайфутдинов Р.Г.
МСЧ ОАО «Татнефть» и г. Альметьевска, Казанская ГМА, Россия

Актуальность. При желчнокаменной болезни (ЖКБ) в основном изучают обмен холестерина (Portincasa P., 2012), так как, во-первых, перенасыщение им желчи является одним из условий формирования камней (Bartoli E., Capron J.P., 2000); во-вторых, встречаемость в популяции холестериновых камней достигает 80-90% (Ильченко А.А., 2006). На этом основании пероральная терапия растворения камней направлена на применение препаратов урсодезоксихолевой кислоты (УДХК) (Mikov M. et al., 2006). Однако даже у идеально подобранных больных эффект небольшой и достигает лишь 15-20% (Desai H.G., 2003). По-видимому,

в связи с этим в последнее время более тщательно стали исследовать липидный обмен и его связь с формированием холестерин-ассоциированной патологии желчного пузыря (Григорьева И.Н. с соавт., 2010).

Цель исследования: изучить липиды крови у больных с ЖКБ.

Материал и методы. Обследован 391 больной с ЖКБ в возрасте 18–60 лет. Диагноз верифицировали по УЗИ. Определяли содержание в крови общего холестерина (ОХЛ), триглицеридов (ТГ), холестерин липопротеидов (ЛП) и ЛП (ЛПНП, ЛПОНП, ЛПВП, хиломикроны). Статистический анализ материала осуществляли с помощью программы Microsoft Excell.

Результаты. У женщин и мужчин с ЖКБ отмечается большее содержание липидов по сравнению с контролем. У мужчин снижен холестерин ЛПВП. У обследованных пациентов имеется одинаковая встречаемость IIa и IIb типов и реже IV типа дислипидемии.

Заключение. Для улучшения растворимости холестерина камней при пероральной терапии необходимо учитывать многие факторы, влияющие на их формирование: особенности местности, влияющей на распространенность данного заболевания, традиции питания, профессиональные факторы и т.д. Не нужно забывать, что повышение уровня в крови желчных кислот может привести к непредсказуемым результатам. Надо искать новые подходы и комбинации препаратов для лечения ЖКБ.

95. Неудачные попытки лечения бесплодия методами вспомогательных репродуктивных технологий у пациенток с избыточной массой тела
Троцюк Е.Б., Решетова Т.В., Ермолаева О.С.
Северо-Западный ГМУ им. И.И. Мечникова, Санкт-Петербург, Россия

Цель исследования: оценить частоту неудачных попыток лечения бесплодия методами вспомогательных репродуктивных технологий (ВРТ) у пациенток с избыточной массой тела, проходящих лечение методами ВРТ по федеральной квоте.

Материалы и методы. В исследование включены 94 пациентки, проходящие лечение методами ВРТ по федеральной квоте. Проведена оценка анамнеза пациенток, индекса массы тела (ИМТ).

Результаты. Пациентки с показателем ИМТ выше нормы составили 31%. ИМТ в этой группе имел диапазон от 25,1 до 44,6 кг/м², средний ИМТ составил 29 кг/м². Пациенток с показателем ИМТ, укладывающимся в норму, было 69%. Показатель ИМТ колебался с 18,9 до 24,8 кг/м², средний ИМТ составил 21,7 кг/м². Повторные неудачные попытки лечения (от 1 до 4 в анамнезе) методами ВРТ у пациенток с ИМТ, превышающим норму, выявлены в 41% случаев в сравнении с 26% среди пациенток с нормальным ИМТ. Настоящая попытка лечения в группе женщин с избыточной массой тела в 21% случаев – вторая, в 13% – уже третья, в 3% случаев – четвертая и пятая. У женщин с нормальной массой тела данная попытка лечения вторая во всех 26% повторных случаев. Объяснение этого феномена может быть в том, что стероиды, в том числе и половые, тропны к жировой ткани.

Выводы. Учитывая большое количество неудачных попыток лечения бесплодия методами ВРТ у пациенток с избыточной массой тела, необходимо перед проведением программ ВРТ по квоте учитывать ИМТ пациенток и проводить обязательную коррекцию веса.

96. Частота встречаемости поражений пищевода у *Helicobacter pylori*-позитивных и *Helicobacter pylori*-негативных пациентов
Троцюк Д.В.¹, Белоусова Л.Н.¹, Барышникова Н.В.²
¹Северо-Западный ГМУ им. И.И. Мечникова, Санкт-Петербург, ²Санкт-Петербургский ГМУ им. И.П. Павлова, Россия

Цель исследования: оценить частоту встречаемости поражений пищевода у *Helicobacter pylori*-позитивных (НР(+)) и *Helicobacter pylori*-негативных (НР(-)) пациентов.

Материалы и методы. Был проведен анализ результатов ФГДС 40 пациентов: 20 НР(+) больных (1-я группа) и 20 НР(-) больных (2-я группа). Верификация инфекции *H. pylori* проводилась с по-

мощью быстрого уреазного теста (Ассоциация медицины и аналитики, Санкт-Петербург). В обеих группах оценивалось наличие следующих поражений пищевода: эзофагита, эрозий, язв, хиатальной грыжи, недостаточности кардии, гастроэзофагеального рефлюкса.

Результаты. В группе НР(+) больных количество выявленных признаков по исследуемым критериям преобладало по сравнению с НР(-) пациентами. Наличие эзофагита в 1-й группе встречалось в 75% случаев, во 2-й группе – в 40%. Частота встречаемости эрозивного поражения пищевода составила в 1-й группе 35%, во 2-й группе – 20%. Язвенное поражение пищевода присутствовало только у НР(+) больных и составило 10%. Наличие хиатальной грыжи имело место в обеих группах в 65% случаев. Недостаточность кардии среди больных 1-й группы в 2 раза превысила частоту встречаемости этой патологии среди пациентов 2-й группы (20% и 40% соответственно). Наличие гастроэзофагеального рефлюкса составило 90% в 1-й группе и 70% – во 2-й.

Выводы. По результатам проведенного исследования было выявлено преобладание частоты поражений пищевода у НР(+) пациентов по сравнению с НР(-) больными. Следовательно, можно сделать вывод, что инфекция *H. pylori* играет определенную роль в патогенезе поражений пищевода.

97. Клиническая характеристика дебюта первичного склерозирующего холангита и первичного билиарного цирроза
Троцюк С.П., Семенов Н.В., Райхельсон К.Л.,
Марченко Н.В.
СЗГМУ им. И.И. Мечникова, Санкт-Петербург, Россия

Цель исследования: определить различия в клинических характеристиках дебюта первично-холестатических заболеваний – первичного склерозирующего холангита (ПСХ) и первичного билиарного цирроза (ПБЦ).

Материалы и методы. Обследованы 19 больных ПСХ, 35 больных ПБЦ, диагноз был верифицирован морфологическим и инструментальными методами. У всех пациентов проводился сбор жалоб, анамнеза заболевания, объективное обследование. Анализировалось наличие в дебюте заболевания желтухи, кожного зуда и их интенсивность.

Результаты. При ПСХ дебют желтухой наблюдался у 7 (36,8%), в том числе у 2 (28,5%) выявлялась только иктеричность слизистых, у 5 (71,4%) – выраженная желтуха. Кожный зуд в дебюте наблюдался у 7 (36,8%) больных, во всех случаях умеренной интенсивности. ПБЦ дебютировал желтухой у 12 (34,2%) больных. Выраженная желтуха наблюдалась у 7 (58,3%), то есть реже, чем при ПСХ ($p < 0,05$). Кожный зуд в дебюте наблюдался у 28 (80%) больных, в том числе у 18 (64,2%) умеренный, у 10 (35,7%) – выраженный. Таким образом, частота и интенсивность кожного зуда достоверно преобладала при ПБЦ ($p < 0,05$).

Выводы. При дифференциальной диагностике ПСХ и ПБЦ в дебюте следует учитывать их клинические особенности. Несмотря на то, что зуд и желтуха – характерные симптомы в дебюте для обоих заболеваний, для ПСХ более характерна выраженная желтуха, для ПБЦ – интенсивный кожный зуд.

У

98. Инфекция *Helicobacter pylori* и синдром диспепсии
Успенский Ю.П.², Белоусова Л.Н.¹, Барышникова Н.В.²,
Смирнова А.С.²
¹Северо-Западный ГМУ им. И.И. Мечникова, Санкт-Петербург, ²Санкт-Петербургский ГМУ им. И.П. Павлова, Россия

Цель исследования: изучить распространенность инфекции *Helicobacter pylori* среди добровольцев и оценить взаимосвязь наличия инфекции *H. pylori* и клинических проявлений диспепсии.

Материалы и методы. Обследованы 200 добровольцев, среди которых были как лица, имеющие диспепсические жалобы (боли и/или дискомфорт в эпигастрии, связанные с приемом пищи,

тошноту, изжогу, отрыжку и др.), так и лица, не предъявляющие жалоб со стороны желудочно-кишечного тракта. Всем обследуемым был проведен стандартизированный опрос для оценки диспептических жалоб. Выявление *H. pylori* проводилось с помощью дыхательного экспресс-теста (Хелик-тест).

Результаты. *H. pylori* выявлен у 74% добровольцев. Клинические проявления диспепсии значительно чаще встречались у *H. pylori*-позитивных, чем у *H. pylori*-негативных лиц. Так, тошноту отмечали 22% *H. pylori*-позитивных и 8% *H. pylori*-негативных обследуемых, изжогу – 40% и 24% соответственно, отрыжку – 22% и 18%, ранние боли в эпигастрии – 18% и 12%, поздние боли в эпигастрии – 14% и 4%, горечь во рту – 12% и 2%, чувство тяжести в правом подреберье – 12% и 6%, непереносимость жирной пищи – 16% и 12%.

Выводы. Клинические проявления диспепсии чаще встречались у лиц, инфицированных *H. pylori*, чем у *H. pylori*-негативных, что может говорить о связи инфекции с развитием диспепсии. Следовательно, при появлении диспептических жалоб необходимо проводить скрининговое обследование на наличие *H. pylori*, и при обнаружении данного микроорганизма показано расширенное гастроэнтерологическое обследование для своевременного выявления и лечения *H. pylori*-ассоциированных заболеваний.

X

99. Полиморфизм гена цитохрома P-450 CYP2C19 у детей с *Helicobacter pylori*-ассоциированной гастродуоденальной патологией

Халикова А.Р., Файзуллина Р.А., Абдулхаков С.Р., Ахметов И.И.
Казанский ГМУ, Россия

Цель исследования: изучение распространенности генотипов по двум полиморфизмам гена CYP2C19 у детей с хронической гастродуоденальной патологией.

Материалы и методы. В исследование вошли 80 детей с хронической *H. pylori*-ассоциированной патологией гастродуоденальной области в возрасте от 8 до 17 лет (71 ребенок с хронической гастродуоденитом, 9 – с язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки). Выявление *H. pylori* проводилось с помощью дыхательного ХЕЛИК®-теста. Для изучения генетического полиморфизма rs4244285 A/G (*1/*2) и rs4986893 A/G (*1/*3) гена CYP2C19 использовали образцы геномной ДНК, выделенные из цельной крови. Полиморфизм гена CYP2C19 определяли методом полимеразной цепной реакции. Рестриктию ампликонов проводили при наличии ферментов Sma I и Bam HI, анализ длин рестриционных продуктов – электрофоретическим разделением в 8% полиакриламидном геле с последующей окраской бромистым этидием и визуализацией в проходящем ультрафиолетовом свете.

Результаты. По результатам генотипирования в комбинации с дикими (*1) или мутантными (*2, *3) аллелями дети были разделены на 3 подгруппы: 1-я – гомозиготные быстрые метаболизаторы (БМ), 2-я – гетерозиготные промежуточные метаболизаторы (ПМ), 3-я – медленные, или слабые метаболизаторы (СМ). Результаты распределения частот генотипов показали, что из 80 детей 61 (76,25%) – носители CYP2C19*1/*1 генотипа (БМ). У 19 детей (23,75%) выявлен один из вариантов гетерозиготного генотипа – CYP2C19*1/*2 или CYP2C19*1/*3 (ПМ). В подгруппу СМ не вошел ни один из обследованных детей.

Выводы. Среди детей, страдающих хронической гастродуоденальной патологией, наблюдается высокая распространенность лиц с фенотипом гомозиготных БМ CYP2C19*1/*1. При лечении у таких пациентов могут потребоваться более высокие дозы ингибиторов протонной помпы.

100. Питание при синдроме «короткой кишки»

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

В результате обширных резекций кишечника на фоне болезни Крона, острой кишечной ишемии, травматического повреждения

кишечника нередко возникают нарушения кишечного пищеварения и всасывания с диареей, обезвоживанием, потерей массы тела и недостаточностью питания, которые получили название «синдром «короткой кишки».

В практике врача-гастроэнтеролога необходимо выделять проксимальные и дистальные резекции, различающиеся клиническими симптомами и подходами к терапии. При проксимальных резекциях (тощей кишки) наблюдается быстрое снижение массы тела, полинутриентная недостаточность питания, анемия, остеопороз, гиповитаминозы. При дистальных резекциях (подвздошной кишки) особенно с одновременным удалением илеоцекального клапана и наложением илеоколоанастомозов развивается «желчная», а затем «жирная» диарея с избыточным бактериальным ростом и восходящей колонизацией из толстой в тонкую кишку с возможной транслокацией бактерий в кровь. Кроме того, при дистальных резекциях нередко развивается мегалобластная анемия Аддисона-Бирмера вследствие нарушений всасывания витамина В₁₂. В целом, дистальные резекции переносятся хуже, чем проксимальные, независимо от их объема.

В ранние сроки после операции (первые 2-4 недели) пациенты получают полное парентеральное питание с постепенным началом энтерального питания не позднее, чем через 1-2 месяца после резекции. Вначале применяются полуэлементные смеси на основе пептидов («Пептамен», «Пептамен АФ» и др.) с последующим переходом на стандартные энтеральные смеси. В этом случае происходит постепенная адаптация оставшейся части кишечника к усвоению пищи. Дополнительно назначаются витаминные и ферментные препараты, пре- и пробиотики. В диете исключаются продукты, содержащие оксалаты, для предупреждения оксалатурии и образования оксалатных почечных камней.

101. Современное клиническое питание и нутрициология в XXI веке

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

О важной роли питания в лечении заболеваний говорили многие выдающиеся врачи прошлого, начиная от Гиппократов. В нашей стране научная разработка проблемы лечебного питания связана с именами С.П. Боткина, И.П. Павлова, М.И. Певзнера, А.М. Уголева и др.

Современная нутрициология (наука о питании) включает такие направления, как физиология и биохимия питания, психология, социология и т.п. Она рассматривает механизмы потребления и усвоения пищи в обычных условиях и при наличии заболеваний. В начале XXI века появились и быстро развиваются такие новые научные направления, как нутригеномика, нутрипротеомика, нутриметабомика. Разрабатываются методы оценки компонентного состава организма (биоимпедансометрия и др.) и энергообмена в организме (метаболография).

До середины 90-х годов XX века клиническое питание в нашей стране развивалось как часть диетологии, то есть исключительно как использование лечебных диет. За рубежом в конце 80-х годов, а у нас во второй половине 90-х появилось новое научное направление – клиническая нутрициология, то есть использование специальных питательных смесей, парентерального и энтерального питания. Таким образом, представления о возможности клинического питания в медицине существенно расширились.

В начале XXI века нутриционная поддержка стала неотъемлемой частью лечения тяжелых реанимационных и хирургических пациентов. В настоящее время энтеральное питание все шире применяется в гастроэнтерологии и кардиологии, педиатрии и акушерстве и др. Развиваются новые направления – нутрициология в неонатологии, нутрициология в онкологии, нутрициология спортсменов.

У нас до сих пор так и не появились врачи-нутрициологи, что мы предлагали в 1998 году, хотя за рубежом в 2005 году была введена новая врачебная специальность: специалист по клиническому питанию (Specialist in Clinical Nutrition).

102. Энтеральное питание гастроэнтерологических пациентов: показания, методы, современные питательные смеси

Хорошилов И.Е.

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

Энтеральное питание сегодня находит все более широкое применение в практике врача-гастроэнтеролога. На сегодняшний день в мире выпускаются более 300 смесей для энтерального питания, в нашей стране применяются более 100 смесей. Это сбалансированные стандартные смеси, высокоэнергетические и высокобелковые смеси, полуэлементные смеси, модули и смеси направленного действия. Показания для энтерального питания гастроэнтерологических больных – это нарушения полостного и кишечного пищеварения, всасывания нутриентов, потери нутриентов, истощение и анорексия.

В начале XXI века в клинической практике появились новые высокоэффективные клинические питательные смеси. «Эншур Плюс» – смесь, содержащая наряду с полным набором макро- и микронутриентов пребиотика – фруктоолигосахара и инулин (12,5 г/л) и диетическую клетчатку (12,5 г/л). Эта смесь способствует нормализации состава кишечной микрофлоры, моторики и обеспечению регулярности стула. «Ресурс Оптима» – питательная смесь, содержащая наряду с пребиотическими волокнами и сахарами живые лактобациллы *L.paracasei*. Наряду с коррекцией микробиоценоза кишечника, она способствует снижению уровня холестерина крови и является биологическим антагонистом *Helicobacter pylori*. Эта смесь назначается при дисбиозе с угнетением лактофлоры, язвенной болезни и хронических гастритах (Нр+), снижении массы тела, анорексии, диарее или запорах.

В большинстве клинических случаев питательные смеси применяются в виде перорального напитка как дополнение к обычному лечебному питанию, что существенно повышает его эффективность. При тяжелом состоянии пациентов может использоваться и зондовый вариант энтерального питания. Всю информацию по энтеральному питанию можно найти на нашем новом сайте www.enpit.ru.

103. Метаболическая терапия в гастроэнтерологии

Хорошилов И.Е., Иванов С.В., Страхова А.В.,

Янковская П.А.

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

На рубеже XX и XXI веков изменяются подходы к профилактике и лечению многих заболеваний, в том числе гастроэнтерологических. По мнению ряда специалистов, возможности фармакологической терапии на сегодняшний день достигли максимума и практически себя исчерпали. Вместо фармакологической терапии все более активно начинает применяться метаболическая терапия – использование пищевых нутриентов, ферментов, про- и пребиотиков.

В последнее время появились новые высокоэффективные метаболические препараты. Препарат «Элькар» (препарат L-карнитина) представляет собой метаболически активное вещество, синтезируемое в печени из лизина, метионина, витаминов группы В и железа в недостаточном количестве и поэтому поступающее с пищей (200-300 мг в день). Однако из продуктов питания L-карнитин содержится только в мясе. Лечебные дозы L-карнитина составляют 1-3 г в день. Показания для применения L-карнитина в гастроэнтерологии – это хронические гастриты с пониженной секреторной функцией, хронические панкреатиты, диспепсия, стеаторея и мальабсорбция. Кроме того, элькар назначается при истощении или резко выраженном ожирении на фоне диеты или энтерального питания. Для повышения метаболической эффективности L-карнитина он назначается вместе с коэнзимом Q₁₀ (препарат кудевита) – естественным антиоксидантом и донатором синтеза АТФ. Препарат таурина («Дибикор») может применяться для снижения холестерина крови, увеличения продукции желчи у больных хроническими холециститами, гепатитами, жировым гепатозом, гиперхолестеринемией, сопутствующим сахарным диабетом и ожирением.

Метаболические препараты способствуют компенсации нарушений обмена веществ у пациентов с различными гастроэнтерологическими заболеваниями. Таким образом, данное лечение представляет собой направленную метаболическую патогенетическую терапию XXI века.

104. Изучение вегетативного статуса и функционального состояния желчного пузыря при желчнокаменной болезни (ЖКБ)

Хохлачева Н.А., Сучкова Е.В., Вахрушев Я.М., Тронина Д.В. Ижевская ГМА, Россия

Цель исследования: изучить сопряженность изменений показателей вегетативного тонуса, вегетативной реактивности и вегетативного обеспечения с состоянием сократительной функции желчного пузыря.

Материалы и методы. Обследованы 396 больных (возраст от 20 до 70 лет) с I стадией ЖКБ. Состояние вегетативной нервной системы (ВНС) оценивали по результатам исследования вегетативного тонуса (ВТ), вегетативной реактивности (ВР) и вегетативного обеспечения деятельности (ВО). Сократительная функция желчного пузыря оценивалась методом динамической эхохоледистографии по скорости опорожнения желчного пузыря (СОЖП). Контрольную группу составили 20 практически здоровых лиц в возрасте от 20 до 50 лет.

Результаты. У 305 пациентов (77,02 %) наблюдалась гипомоторика желчного пузыря, СОЖП составила (63,6±6,2)% (в контроле (46,4±2,1)%), у 44 пациентов (11,1%) наблюдалась гипермоторика желчного пузыря (СОЖП – (29,2±2,7)%). Изменения вегетативных проявлений были выявлены у 94% больных, среди них в 73% случаев – симпатикотония, в 21% – парасимпатикотония. ВР у 25% больных была повышенной, у 48% – сниженной, у 13% – извращенной, у 14% – нормальной. ВО в 14% случаев было недостаточным, в 56% – избыточным, в 30% – нормальным.

Повышенный тонус и реактивность симпатического отдела ВНС и избыточное ВО, как правило, сочетались с гипокинезией желчного пузыря. Повышенный тонус и реактивность парасимпатического отдела ВНС и недостаточное ВО, как правило, сочетались с гиперкинезией желчного пузыря. Установлена обратная корреляция между ВТ и СОЖП ($r=-0,43$), ВР и СОЖП ($r=-0,35$), ВО и СОЖП ($r=-0,49$).

Заключение. Выявляемая при ЖКБ вегетативная дисфункция определяет состояние сократительной функции желчного пузыря, что необходимо учитывать при проведении лечебно-профилактических мероприятий.

105. Обмен липидов и пуринов у женщин в перименопаузе с метаболическим синдромом, ассоциированным с неалкогольной жировой болезнью печени

Худякова Н.В., Шишкин А.Н., Пчелин И.Ю., Смирнов В.В. СПбГУ (медицинский ф-т, каф. факультетской терапии), СПбГПМА (каф. госпитальной терапии), Санкт-Петербург, Россия

Цель исследования: оценить показатели, характеризующие липидный и пуриновый обмен, а также морфофункциональное состояние печени у женщин в перименопаузе с метаболическим синдромом (МС), ассоциированным и неассоциированным с неалкогольной жировой болезнью печени (НАЖБП).

Материалы и методы. Обследованы 56 женщин в перименопаузальном периоде. Рассматривались две группы: основная (n=35) – пациентки с МС, ассоциированным с НАЖБП (средний возраст (50,0±0,9) года) и группа сравнения (n=21) – пациентки в перименопаузе с МС без НАЖБП (средний возраст (49,9±1,3) года). Всем пациенткам кроме общеклинического обследования были проведены: ультразвуковое исследование печени, оценены показатели, характеризующие липидный (липидограмма) и пуриновый (мочевая кислота – МК) обмен и функциональное состояние печени (уровень общего и прямого билирубина, АЛТ, АСТ, ГГТ).

Результаты. ИМТ у пациенток с МС с НАЖБП был достоверно выше – (36,6±1,1) кг/м² и (30,6±0,7) кг/м² (p<0,01). У 15 пациен-

ток (42,85%) основной группы выявлялась гиперурикемия. Показатели уровней триглицеридов (ТГ) и липопротеидов низкой плотности (ЛПНП) оказались достоверно выше у пациенток с МС с НАЖБП: ТГ – (2,1±0,1) моль/л и (1,6±0,2) ммоль/л, ЛПНП – (4,3±0,2) моль/л и (3,8±0,2) ммоль/л ($p<0,05$ и $p<0,05$ соответственно). Коэффициент атерогенности в основной группе был достоверно выше – 3,8±0,2 и 3,0±0,2 ($p=0,01$).

Заключение. Таким образом, при МС в перименопаузе, ассоциированном с НАЖБП, нарушения пуринового обмена встречаются в 42,85% случаев. НАЖБП при МС в перименопаузальном периоде у женщин сопряжена с более высокими показателями ИМТ, атерогенности и дислипидемии по сравнению с пациентками с метаболическими нарушениями без НАЖБП.

106. Инкреторная функция поджелудочной железы у женщин с метаболическим синдромом в перименопаузе

Худякова Н.В., Шишкин А.Н., Смирнов В.В., Никитина Е.А.
СПбГУ (медицинский ф-т, каф. факультетской терапии),
СПбГПМА (каф. госпитальной терапии), ГП № 112, п/о 41,
Санкт-Петербург, Россия

Цель исследования: оценить инкреторную функцию поджелудочной железы и выявить частоту встречаемости нарушений углеводного обмена у женщин с метаболическим синдромом (МС) в перименопаузе.

Материалы и методы. Обследованы 74 женщины с МС в перименопаузальном периоде (средний возраст (50,4±0,7) года). Всем пациенткам кроме общеклинического обследования были проведены: ультразвуковое исследование (УЗИ) поджелудочной железы, глюкозотолерантный тест, оценены уровни С-пептида и инсулина (Инс) натощак (н/к), гликированного гемоглобина. Использован расчетный метод оценки гомеостатического индекса инсулинорезистентности (НОМА-IR): $\text{НОМА-IR} = (\text{Инс} \text{ н/к} \text{ мкЕд/мл} \times \text{глюкоза} \text{ н/к} \text{ ммоль/л}) / 22,5$. Индекс массы тела (ИМТ) рассчитывался по формуле: $\text{ИМТ} = \text{масса} (\text{кг}) / \text{рост}^2 (\text{м}^2)$.

Результаты. Средние значения ИМТ у женщин с метаболическими нарушениями в перименопаузе были 34,6±0,8. При обследовании пациенток с МС в перименопаузальном периоде нарушения углеводного обмена выявлялись у 45 женщин (60,8%): в виде сахарного диабета 2 типа – у 14 (31,1%), нарушения гликемии натощак – у 10 (22,2%), нарушения толерантности к глюкозе – у 9 (20,0%), гиперинсулинемии при нормогликемии – у 12 (26,7%). У 29 пациенток (39,2%) не было выявлено нарушений углеводного обмена. У всех женщин с выявленными отклонениями в обмене углеводов и у 12 пациенток (86,3%) без нарушений углеводного обмена отмечались диффузные изменения поджелудочной железы при УЗИ.

Заключение. Таким образом, у женщин с менопаузальным МС при оценке инкреторной функции поджелудочной железы в 60,8% случаев выявлялись нарушения углеводного обмена.

107. Типы ремоделирования миокарда у женщин в перименопаузе с метаболическими нарушениями и неалкогольной жировой болезнью печени

Худякова Н.В., Шишкин А.Н., Темная Н.В.
СПбГУ (медицинский ф-т, каф. факультетской терапии),
Городская поликлиника № 97, Санкт-Петербург, Россия

Цель исследования: оценить типы ремоделирования миокарда (РМ), уровень лептина (Л) и показатели, определяющие инсулинорезистентность (ИР) у женщин в перименопаузе с метаболическим синдромом (МС), ассоциированным и неассоциированным с неалкогольной жировой болезнью печени (НАЖБП).

Материалы и методы. Обследованы 56 женщин в перименопаузальном периоде. Рассматривались две группы: основная ($n=35$) – пациентки с МС, ассоциированным с НАЖБП (средний возраст (50,0±0,9) года) и группа сравнения ($n=21$) – пациентки в перименопаузе с МС без НАЖБП (средний возраст (49,9±1,3) года). Всем пациенткам кроме общеклинического обследования и расчета индекса массы тела (ИМТ) были проведе-

ны: эхокардиография, оценены уровни Л, С-пептида (С-пд) и инсулина (Инс) натощак (н/к). Использован расчетный метод оценки гомеостатического индекса ИР (НОМА-IR): $\text{НОМА-IR} = (\text{Инс} \text{ н/к} \text{ мкЕд/мл} \times \text{глюкоза} \text{ н/к} \text{ ммоль/л}) / 22,5$. Типы РМ изучались по формулам Ganau.

Результаты. У 21 пациентки (60%) с МС и с НАЖБП в перименопаузе отмечалась гипертрофия левого желудочка в виде концентрической и эксцентрической гипертрофии и концентрического ремоделирования. ИМТ у пациенток основной группы был выше – (36,6±1,1) кг/м² и (30,6±0,7) кг/м² ($p<0,01$). Показатели уровней Л и С-пд были достоверно выше у пациенток с МС с НАЖБП: Л – (39,7±1,1) нг/мл и (27,1±1,0) нг/мл ($p<0,05$), С-пд – (1528,8±183,6) пмоль/л и (1018,4±163,8) пмоль/л ($p<0,05$). Индекс НОМА-IR был выше у пациенток основной группы: 5,6±0,9 и 3,4±0,5; ($p<0,05$).

Заключение. Таким образом, менопаузальный МС, ассоциированный с НАЖБП, увеличивает степень РМ и сопряжен с более высокими показателями ИМТ, инсулинорезистентности, гиперинсулинемии и гиперлептинемии.

Ч

108. Малоинвазивное лечение перфоративных гастродуоденальных язв

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

Цель исследования: оценка способа мини-лапаротомии при перфоративных гастродуоденальных язвах.

Материалы и методы. Для проведения малоинвазивных оперативных вмешательств на органах брюшной полости нами разработан универсальный рамочный ранорасширитель, патент на полезную модель № 35704 «Универсальный рамочный ранорасширитель», и оптимальные варианты мини-лапаротомий для закрытия перфоративных гастродуоденальных язв и санации брюшной полости (патент № 2257163). В период с 2005 по 2010 гг. оперированы по данной методике 36 пациентов. Группу сравнения составили 30 пациентов, у которых применяли традиционную верхнесрединную лапаротомию.

Результаты исследования. Мини-лапаротомии выполнялись по предложенной методике без использования видеолапароскопии. Такой способ позволял ушить перфорацию, при необходимости с мобилизацией верхней стенки луковицы двенадцатиперстной кишки. Санацию брюшной полости из мини-лапаротомных разрезов по предложенной методике осуществляли под контролем зрения, с помощью электроотсоса и марлевых тупферов.

Проводили послеоперационную антибиотикопрофилактику (цефалоспорины 3-го поколения) и курс противоязвенной, антителикобактерной терапии. В отдаленные сроки (6-24 мес) после операции осуществляли ФГДС с биопсией для диагностики НР-инфекции. При традиционном ушивании перфоративной язвы у 2 больных возникла несостоятельность швов, при релапаротомии выявлено их прорезывание. Было выполнено повторное ушивание перфорации. Из других осложнений отмечались эвентрация (3 пациента), серома послеоперационной раны (1 случай). Продолжительность пребывания в стационаре в среднем составила 14,5 койко-дня.

В группе больных с ушиванием перфорации из мини-доступа хирургических осложнений, в том числе раневых, не отмечено. Продолжительность пребывания больных этой группы в стационаре составила в среднем 8,2 койко-дня.

При сравнении ближайших результатов операций было отмечено, что для больных после мини-лапаротомии были характерны менее выраженный болевой синдром (в 34% случаев наркотические анальгетики не требовались, в 61% – вводились однократно, тогда как больные после традиционной операции наркотики вводили до 5 раз), ранняя активизация (к концу 1-х суток все больные самостоятельно вставали и передвигались в пределах палаты; активизация больных после традиционного вмешательства

ства наступала на 2-3-е сутки после операции), менее продолжительный парез кишечника (у 68% больных этой группы парез вообще отсутствовал, у остальных разрешился в 1-е сутки после операции. У больных после верхнесрединной лапаротомии парез разрешился на 3-4-е сутки.

Заключение. Мини-лапаротомия с использованием универсального рамочного ранорасширителя имеет ряд преимуществ. По сравнению с верхнесрединной лапаротомией для этого метода характерны меньшая операционная травма с меньшим болевым синдромом, ранняя активизация больных, отсутствие пареза кишечника, отсутствие ранних осложнений и послеоперационных грыж. В сочетании с современной медикаментозной терапией ушивание перфораций путем малоинвазивного вмешательства является адекватной методикой лечения перфоративной пилородуоденальной язвы.

109. Малоинвазивное хирургическое лечение острого холецистита

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

Цель исследования: оценить различные варианты хирургического лечения острого холецистита у пациентов старше 60 лет.

Материал и методы. Пациенты были разделены на 3 группы в зависимости от оперативного доступа. 1-я группа – больные (67 человек), оперированные из традиционного оперативного доступа; 2-я группа – пациенты (54 человека), оперированные из мини-доступа с помощью набора инструментов «Мини-Ассистент» М.И. Прудкова, 20 больных в данной группе оперированы из мини-доступа с помощью «Универсального рамочного ранорасширителя», разработанного на кафедре госпитальной хирургии Ульяновского государственного университета (патент на полезную модель № 35704). 3-я группа – пациенты (61 человек), оперированные лапароскопическим способом. Возраст больных в группах в среднем составил (73,1±0,82) года. В 100% случаев пациенты имели два и более сопутствующих заболевания. Основной вид оперативного вмешательства в группах – холецистэктомия, дренирование холедоха по Пиковскому, дренирование брюшной полости.

Результаты. Малоинвазивное хирургическое вмешательство обеспечило раннюю активизацию больных во второй и третьей группах уже в первые сутки. Полностью болевой синдром купировался в первой группе на (5,4±0,2) сутки, во второй группе на – (2,6±0,3) сутки, а в третьей группе – на (2,2±0,3) сутки, $p < 0,05$. Уровень амилазы крови достоверно снижался и нормализовался на (6,1±0,3) сутки в первой группе, во второй группе – на (3,4±0,2) сутки, а в третьей группе – на (3,1±0,3) сутки, $p < 0,05$. Продолжительность пребывания больных первой группы в стационаре составила (12,4±0,5) суток, во второй группе – (7,4±0,3) суток, а в третьей группе – (6,1±0,2) суток, $p < 0,05$. Послеоперационная летальность в первой группе составила 8,1% (6 пациентов), причины: острая сердечно-сосудистая недостаточность – 3, эндогенная интоксикация – 2, тромбоз легочной артерии – 1. Послеоперационной летальности во второй группе не было. Послеоперационная летальность в третьей группе составила 3,3% (2 пациента), причины: острая сердечно-сосудистая недостаточность – 1, тромбоз легочной артерии – 1.

Заключение. Малоинвазивное хирургическое лечение острого холецистита у пациентов старше 60 лет из мини-доступа целесообразно у лиц с высокой степенью операционно-анестезиологического риска.

110. Лечение больных с трахеостомами и стенозом трахеи при тяжелой абдоминальной хирургической патологии

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

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

Материалы и методы. Под нашим наблюдением за период с 2001 по 2011 гг. находились 55 человек (женщин 21, мужчин 24) со стенозами верхних дыхательных путей. Средний возраст больных составил (32,7±4,2) года. Причинами стенозов были: выполнение трахеостомии для ИВЛ по поводу тяжелых сочетанных травм – у 25 больных, трахеостомия при тяжелой абдоминальной хирургической патологии – у 27, трахеостомия при операции на сердце – у 1, трахеостомия при тяжелом течении бронхиальной астмы – у 2.

При поступлении у 20 больных стенозы были I степени, у 35 – II, III степени. Всем больным проводились общеклинические исследования, фибробронхоскопия, рентгенография органов грудной клетки, рентгенотомография, компьютерная томография трахеи.

Все больные методом рандомизации были распределены на две группы в зависимости от способа закрытия трахеостомы. Между группами не было выявлено значимых различий по полу, возрасту, характеру сопутствующей патологии.

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

Вторую группу составили 25 пациентов с трахеостомой со стенозом трахеи, у которых выполнено закрытие трахеостомы предложенным способом (заявка на изобретение № 2011153674).

Для профилактики осложнений в послеоперационном периоде все больные получали антибиотикотерапию. Состояние трахеи в послеоперационном периоде контролировали при проведении фибротрахеоскопии.

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

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

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

Из 30 больных 1-й группы у 5 (16,7%) в раннем послеоперационном периоде сформировался свищ трахеостомы, у 2 больных с помощью консервативных мероприятий свищи закрылись. У 3 (10%) больных 1-й группы развился свищ трахеостомы со стенозом просвета трахеи. Им была повторно введена трахеостомическая трубка в дистальный конец трахеи. В результате проведенного лечения в первой группе хорошие клинические результаты получены у 27 больных (90%), хроническими канюлярами остались 3 (10%) больных с тяжелой сопутствующей патологией.

Во второй группе больных получены хорошие клинические результаты. Осложнений не наблюдали. Заживление и выздоровление происходило в стандартные сроки. Через 6 и 12 месяцев патологических изменений со стороны трахеи не наблюдалось.

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

III

111. Консервативное лечение эхинококкоза печени у детей

Шангареева Р.Х., Васильева Н.П., Тимербаева Э.К., Арсланова М.Х., Глазырина М.Х.
Башкирский ГМУ, Республиканская детская клиническая больница, Уфа, Россия

Цель исследования: изучить возможность использования противопаразитарной химиотерапии в лечении эхинококкоза у детей.

Материалы и методы. Консервативная терапия как самостоятельный метод лечения применена у 23 детей: у 12 при изолированном, у 7 при сочетанном и у 4 при рецидивном эхинококкозе. Показанием являлись: ЭК небольших размеров – (30±6,7) мм, локализованные интрапаренхиматозно, стадия жизнедеятельности паразита согласно ультразвуковой классификации Н. Gharbi et. al. и ВОЗ-IWGE: кистозная форма ацефалостисты (CL); моно-везикулярная киста (CE1); множественные моно-везикулярные кисты (CE1); моно-везикулярная киста с отслойкой хитиновой оболочки (CE3).

Назначался препарат «Албендазол» на 3-8 курсов. У большинства пациентов в конце первого курса лечения появлялись признаки интоксикации, что сопровождалось повышением температуры тела, аллергическими проявлениями на коже. В 5 случаях выявлено умеренное повышение показателей трансаминаз, признаков гематологической токсичности не отмечено. Консервативное лечение проводилось с учетом аллергических проявлений и умеренной гепатотоксичности, назначались десенсибилизирующие препараты, гепатопротекторы, энзимотерапия и пробиотики.

Наличие эффекта от проводимой терапии определялось на основании данных динамической эхографии и КТ (при множественных кистах). Изменения формы, контуров, размеров и структуры кисты за счет уменьшения жидкостного компонента являлось признаком дегенеративных процессов в паразитарной кисте.

Анализ затрат на лечение детей в сравниваемых группах показал, что при консервативном лечении они в 1,7 раза меньше, чем при эндовидеохирургическом, и в 2,3 раза меньше, чем при традиционным хирургическом вмешательстве. Кроме того, противопаразитарная химиотерапия при сочетанном эхинококкозе у 7 детей позволила сократить количество хирургических вмешательств и одновременно явилась профилактикой рецидива заболевания.

Вывод. При эхинококковых кистах малых размеров консервативная терапия является методом выбора.

112. Хронофизиологический подход к терапии запоров

Шемеровский К.А.
НИИ экспериментальной медицины СЗО РАМН, Санкт-Петербург, Россия

Цель исследования: предложить новый (хронофизиологический) подход к лечению пациентов с запорами вместо старого (традиционного). Новый подход к терапии запоров базируется на современном понимании физиологических закономерностей функционирования кишечника, что связано с учетом циркадианного ритма деятельности пищеварительной системы, в отличие от старого, нефизиологического (Римские критерии запора, Рим-III, 2006), при котором считается, что нерегулярная частота стула (3 раза в неделю) якобы является нормой.

Неадекватность старого подхода к терапии запоров обусловлена тремя основными аспектами: 1 – отсутствием научного доказательства того факта, что нерегулярность частоты стула (3 раза в неделю) является нормой; 2 – неэффективностью терапии, основанной на старом подходе, и 3 – ростом органической патологии толстой кишки как осложнений неэффективной терапии функциональных запоров.

Преимущества нового – хронофизиологического – подхода к проблеме запоров связаны с несколькими моментами: 1 – хронофизиологический подход базируется на новом неинвазивном методе исследования циркадианного ритма энтеральной активности – хроноэнтерографии – мониторинге регулярности временной фазо-

вой структуры энтерального ритма в течение 7 дней недели; 2 – хронофизиологический подход учитывает доказанную закономерность: obligatность утренней акрофазы ритма кишечника является главным фактором ежедневной регулярности эвакуаторной функции кишечника (с частотой стула не ниже 7 раз в неделю); 3 – хронофизиологический подход предполагает лечение больного, страдающего функциональным запором, не до повышения частоты стула до 3 раз в неделю, а до восстановления регулярной функции кишечника с физиологически нормальным циркадианным ритмом (при частоте стула не ниже 7 раз в неделю с восстановленной утренней акрофазой кишечного ритма).

Таким образом, хронофизиологический подход к терапии запоров может способствовать повышению эффективности лечения больных, страдающих запорами, и восстановлению нормального ритма стула.

113. Регулярность циркадианного ритма стула и качество жизни

Шемеровский К.А., Овсянников В.И., Митрейкин В.Ф., Успенская Ю.К., Нгуен Х.Ч.
НИИ экспериментальной медицины СЗО РАМН, СПбГМУ им. акад. И.П. Павлова, Санкт-Петербург, Россия,
e-mail: constshem@yandex.ru

Цель исследования: выяснить зависимость уровня качества жизни от регулярности циркадианного ритма эвакуаторной функции кишечника.

Материалы и методы: метод «Хроноэнтерография» – недельный мониторинг частоты и акрофазы циркадианного ритма эвакуаторной функции кишечника – и анкетирование по 8 параметрам качества жизни (модифицированная версия метода SF-36). Исследовали уровни качества жизни у 306 молодых лиц в возрасте 17-25 лет. Использовали тест «Нервно-психическая адаптация». Регулярный ректальный ритм (PPP) диагностировали при частоте стула не ниже 7 раз в неделю. Нерегулярный ректальный ритм (НРР) выявляли при частоте стула ниже 7 раз в неделю (от 1-2 до 5-6 раз в неделю).

Результаты. Показано, что у большинства лиц с регулярным ректальным ритмом (PPP) доминировал высокий уровень качества жизни (80-100% от оптимального), а у большинства лиц с нерегулярным ректальным ритмом (НРР) преобладал посредственный уровень качества жизни (40-60%). Самый низкий уровень качества жизни был отмечен у 16% лиц с нерегулярным ритмом кишечника, но не был выявлен ни у одного человека с регулярным циркадианным ректальным ритмом. Выявлено, что у лиц с НРР тревога и бессонница встречались в 2-3 раза чаще, чем у лиц с PPP. У лиц с PPP уровень качества жизни по параметрам физической активности, повседневной деятельности и отсутствия боли был выше (74%), чем у лиц с НРР (65%). Таким образом, PPP является одним из факторов высокого уровня качества жизни, а НРР является фактором риска понижения уровня качества жизни.

Выводы. Регулярность циркадианного ритма стула ассоциирована с повышенным уровнем качества жизни, встречающимся у большинства молодых лиц. Нарушение ежедневной регулярности ритма стула связано с понижением уровня качества жизни.

114. Клиническая структура болезней органов пищеварения (БОП) в многолетней динамике в период 2001-2010 гг.

Шилкина Т.В.
ГДП № 3, Пермь, Россия

Цель исследования: изучение клинической структуры БОП на территории города Перми в период с 2001 по 2010 годы.

Материалы и методы. Структура БОП изучена на основании анализа данных официальной статистики (форма № 12) среди взрослого населения за десятилетний период.

Результаты. Для анализа изменений в структуре БОП было взято 3 критерия: увеличение (уменьшение) доли патологии в структуре БОП за 10 лет, изменение количества лиц, впервые обратившихся с данным видом патологии, и изменение количества пациентов, поставленных на диспансерный учет (ДУ) с данным видом заболе-

вания. На основании этих критериев выделено 3 группы БОП. К первой отнесены болезни, доля которых в структуре БОП увеличилась, а также увеличилось число лиц, впервые обратившихся по поводу данного заболевания; количество заболевших, поставленных на ДУ с данной патологией, снизилось. К этой группе относятся заболевания печени. Во 2-ю группу вошли БОП, доля которых за изученный период в общей структуре возросла, увеличилось и число пациентов, поставленных на ДУ с данным заболеванием, количество лиц, обратившихся впервые, снизилось (язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, болезни поджелудочной железы, болезни желчного пузыря и желчевыводящих путей). К 3-й группе отнесены гастрит и гастродуоденит и неинфекционный энтерит и колит, доля которых в общей структуре возросла, число лиц, впервые обратившихся с данными заболеваниями и поставленным на ДУ, снизилось.

Выводы. Исходя из того, что «диспансерный метод нашел применение для наблюдения за больными, страдающими хроническими заболеваниями», можно предположить, что БОП, отнесенные ко второй группе, имеют тенденцию к хронизации; выделенные в первую группу носят, в основном, острый характер. Пациенты с БОП, отнесенными к 3-й группе, обращались за медицинской помощью в равной степени как с острой, так и с хронической патологией.

Э

115. Эффективность применения магнитотерапии и нафталана в лечении больных гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью

Эфендиева М.Т., Бадалов Н.Г., Голубева В.В.,
Тишкова Е.Б., Суслык Л.А.
РНЦ медицинской реабилитации и курортологии, Москва,
Россия, e-mail: emt12@mail.ru

Цель исследования: изучить целесообразность и эффективность применения переменного магнитного поля низкой частоты (ПМПНЧ) и нафталана больным гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью (ГЭРБ) с сопутствующей бронхолегочной симптоматикой.

Материал и методы. 65 больных неэрозивной формой ГЭРБ с сопутствующей бронхолегочной симптоматикой (возраст от 21 года до 58 лет) были разделены на 3 группы. Больным I группы (20 человек) проводилось воздействие ПМПНЧ. Пациенты II группы (29 человек) получали комплексное лечение, включающее ПМПНЧ и аппликации нафталана на область проекции корней легких. 16 больных ГЭРБ – контрольная группа – физиотерапию не получали. Установлено, что у 87,7% пациентов изжога предшествовала возникновению кашля, и лишь у 12,3% пациентов изжога возникла на фоне длительной бронхиальной патологии.

В результате проводимой терапии изжога купировалась у 50% пациентов I группы и 55% – II. Полное купирование кашля отмечалось у всех пациентов I и II групп с отсутствием воспалительных изменений в бронхах. В I группе имело место уменьшение кашля у 25% больных с сопутствующей хронической обструктивной болезнью легких, во II группе купирование кашля после курса лечения отмечалось у 55% пациентов, значительное уменьшение – у 45%.

Динамика клинических проявлений заболевания подтверждалась данными лабораторных и инструментальных исследований (содержанием лейкоцитов, фибриногена в крови; лейкоцитов, эозинофилов в мокроте; по показателям спирометрии).

Вывод. Результаты проведенного исследования позволяют рекомендовать применение ПМПНЧ в комплексе с нафталаном в лечении больных ГЭРБ с сопутствующей бронхолегочной симптоматикой.

116. Физиотерапия в комплексе с синбиотиками в лечении больных с хроническим неспецифическим сальпингоофоритом с сопутствующим дисбиозом кишечника

Эфендиева М.Т., Ярустовская О.В.
РНЦ медицинской реабилитации и курортологии, Москва,
Россия, e-mail: emt12@mail.ru

Цель исследования: изучение и научное обоснование применения синбиотиков в комплексе с низкочастотным переменным магнитным импульсным магнитным полем (НПБИМП) в лечении больных хроническим неспецифическим сальпингоофоритом (ХНСО) с сопутствующим дисбиозом кишечника.

Материал и методы. Под наблюдением находились 60 женщин детородного возраста, больных ХНСО. Длительность заболевания составляла от 2 до 14 лет. Изучение анамнеза позволило установить у 78% пациенток связь начала заболевания с приемом антибиотиков. Больные были разделены на 2 группы. В 1-ю группу вошли 30 пациенток, получавших лечение НПБИМП. 2-ю группу составили 30 больных, которым проводилось лечение НПБИМП в комплексе с пероральным приемом жидких синбиотиков «Нормофлорин-Б» и «Нормофлорин-Л».

В результате проводимого лечения купирование болевого синдрома отмечалось у 77,8% пациенток 2-й и у 31,5% 1-й группы. Вздутие, урчание в животе исчезло после комплексного лечения у 76% больных, уменьшилось – у 24%. В 1-й группе уменьшение метеоризма было отмечено у 39% пациенток, стул нормализовался у 18%, во 2-й группе соответственно – у 67% и 28%. Пальпаторная болезненность по ходу толстой кишки после комплексного лечения исчезла у 56%, в 1-й группе уменьшилась у 63%. Исследование биоценоза кишечника выявило значительное улучшение в составе как анаэробной флоры, так и аэробной составляющей у больных после комплексного лечения, что сопровождалось повышением эффективности лечения.

Таким образом, включение в комплексное лечение больных ХНСО с сопутствующим дисбиозом кишечника жидких синбиотиков является патогенетически обоснованным и позволяет улучшить результаты лечения указанной категории больных.

Я

117. Состояние портальной системы у больных хроническим гепатитом С (ХГС)

Ягмур В.Б., Мельниченко Л.Я., Меланич С.Л.,
Дементий Н.П., Недзвецкая Н.В.
Институт гастроэнтерологии НАМН Украины,
Днепропетровск, Украина

В ряде исследований стеатоза (С) печени (П) указывается на увеличение селезенки (L) из-за нарушенного оттока по селезеночной вене (VL) вследствие сдавливания синусоидов гепатоцитами, поддерживающими липиды.

Цель исследования: изучить состояние портальной системы у больных ХГС в зависимости от наличия СП по данным УЗИ.

Материалы и методы: 26 больных ХГС: I группа – 8 больных без признаков СП, II – 18 больных со СП.

Результаты. Повышенная масса тела у отмечалась у 93,5% больных II группы ($p < 0,05$) за счет пациентов с избыточным весом и ожирением I степени (по 37,5%). Объем правой доли (ПД) П, толщина (Т) хвостатой (ХД) и квадратной долей (КД) у больных II группы были больше, чем в I группе ($p < 0,05$): (2016,5±423,3) мм³ и (1576,7±340,3) мм³; (32,8±8,4) мм и (26,4±5,9) мм; (40,40±9,2) мм и (32,79±4,5) мм соответственно. Диффузная неоднородность структуры и гиперэхогенность П отмечались практически у всех больных обеих групп ($p > 0,05$). Индекс затухания ультразвука П у больных II группы превышал показатель I группы ($p < 0,05$). Средняя Т и длина L у больных обеих групп не отличались: Т – (48,4±7,2) мм и (49,7±3,4) мм, длина – (107,0±18,9) мм и (110,2±8,7) мм соответственно ($p > 0,05$). Т стенки, диаметр воротной вены и ее внепеченочной части в I и II группах достоверно не отличались: (1,7±0,3) мм и

(1,7±0,3) мм; (11,1±0,8) мм и (11,1±0,7) мм; (10,9±0,6) мм и (11,4±0,8) мм соответственно. Диаметр VL в воротах L и в области слияния с верхнебрыжеечной веной (ВБВ) у больных с и без СП достоверно не отличались. Диаметр VL в I группе был (6,3±0,6) мм, во II группе – (6,3±0,7) мм, диаметр области слияния с ВБВ – (6,1±0,3) мм и (6,3±0,8) мм соответственно.

Выводы. Нами не получено достоверных УЗ отличий состояния портальной системы у больных ХГС в зависимости от наличия СП.

118. Клеточные материалы для клинической практики

Яковлева М.В.

Банк стволовых клеток Департамента здравоохранения города Москвы, Россия, e-mail: yamw@mail.ru

Принятие в 2002 году программы «Клеточные технологии – здравоохранению» привело к значительным как положительным, так и отрицательным результатам. Одним из положительных результатов является то, что слова «стволовые клетки» и «клеточные технологии» стали вызывать большой интерес. По существу, в России стал формироваться фундамент для клинических исследований в этой области. Однако единообразная терминология для использования в этой области деятельности не сформирована, что ведет к несогласованности действий и трактовки полученных результатов. Нами предлагаются термины, определяющие клеточные материалы (гемопозитические и мезенхимальные клетки-предшественники) из различных источников (кроме эмбриональных) для использования при применении клеточных технологий в клинической практике, а также определение клеточных технологий по направленности действий (диагностические, лечебные). Рассмотрены основные характеристики клеточных материалов для клинического применения.

Abstracts in English (A–Z)

119. Circulation features of O- and VacA-antigens of

Helicobacter pylori in children and adults

Belaya J.A., Vakhrameeva M.S., Petrukhin V.G.,

Bystrova S.M., Belaya O.F.

SRIEM by N.F. Gamalei, First MGUM by I.M. Sechenov, Moscow, Russia, e-mail: ofbelaya@mail.ru

The goal – analysis of long-term monitoring, since 2004, of frequency of occurrence of free and bound in immune complexes *Helicobacter pylori* O- and VacA-antigens, depending on the age of the patients.

It was examined a total of 3188 out-patients with symptoms of gastrointestinal diseases and 20 healthy volunteers in the course of monitoring studies during 2004–2012. The frequency of occurrence of the O-antigen and VacA-antigens was examined in the circulating immune complexes (CIC_{VacA}) by coagglutination (COA) on glass and immunological plates, respectively, in samples of feces, saliva, blood serum. Test systems for COA developed and tested in SRIEM by N.F. Gamalei.

It was shown that infection with *H. pylori*, which marker is *H. pylori* O-antigen, can be found from the first days of life with subsequent increase and achievement by 10–15 year the frequency in adults. VacA-antigen in the CIC in children up to 1 to 2 years of age is almost not detected, with 2-year-olds significantly increasing in frequency and outperforming the O-antigen ($p \leq 0,05$). In adults the incidence of *H. pylori* antigens kept at a constant level in all age groups up to 70 years of life, and then there is a tendency to decrease.

It was found a significant increasing in the occurrence of O- and VacA-antigens, from 2009 to 2012 ($p \leq 0,001$) in children and adults, which correlates with the rise in solar activity over the years. It was established the regularities of cyclic seasonal variation in children and adults, with the exception of those in children under 1 year of age.

Thus, there are significant differences in *H. pylori*-infection rate (O-antigen) and immunity (CIC_{VacA}) depending on the age of patients and the year of the study (dependence on solar activity).

120. Adiponectin and cytokines in patients with nonalcoholic fatty liver disease with different polymorphism of gene PNPLA 3

Karimov M.M., Sobirova G.N., Salihova S.B.,

Dustmuhamedova E.H., Kaumova N.K.

The Republican specialized scientific and practical medical center of therapy and rehabilitation, Tashkent, Uzbekistan

Background. Cytokines and adipokines are implicated in pathogenesis of nonalcoholic fatty liver disease (NAFLD). Gene polymorphism PNPLA3 associated with the development of NAFLD. This study aimed to assess level of serum adiponectin and proinflammatory cytokines in patients with NAFLD and study of correlation between these parameters and alanineaminotransferase (ALT) in persons of Uzbek nationality with different genotype gene polymorphism PNPLA3.

Material and methods: 30 patients – 1 group – (11 male, 19 female, mean age (38,8±10,4) years) with NAFLD with GG genotype gene polymorphism PNPLA3 were include in investigation. Group 2 consisted of 32 patients (16 men and 16 women, (40,6±9,2) years) with the SS genotype polymorphism gene PNPLA3. Clinical and biochemical investigation, transaminase, serum adiponectin and cytokines (TNF α , IL-1, IL-6) level were tested.

Results. TNF α level was significantly higher in patients NAFLD GG genotype gene polymorphism PNPLA3 compared with the SS genotype (122,5±7,4) pg/ml versus (67,5±5,1) pg/ml ($p < 0,001$). Corresponding mean value for IL-1 (pg/ml) in patients with NAFLD GG and SS genotype gene polymorphism PNPLA3 was (160,4±6,9) pg/ml and (125,3±8,1) pg/ml, $p < 0,001$. And value of IL-6 in patients with GG genotype was (83,7±5,4) pg/ml, and with the SS genotype (84,1±3,6) pg/ml. The level of serum adiponectin was significantly lower in patients with GG genotype PNPLA3 ($p < 0,004$). A negative correlation between serum adiponectin and TNF α ($r = -0,29$, $p < 0,05$), serum adiponectin and ALT ($r = -0,26$, $p < 0,05$), serum adiponectin and IL-6 ($r = -0,32$, $p < 0,05$) was noted.

Conclusions. GG genotype gene polymorphism PNPLA3 patients with NAFLD are associated with hypo adiponectinemia and a high level of proinflammatory cytokines.

121. Florolakt during antihelicobacter therapy

Starostin B.D., Starostin G.A.

City polyclinic № 38 (gastroenterology department), St. Petersburg, Russia, e-mail: borstar56@yandex.ru

Purpose: to evaluate the impact of Florolakt on eradication *Helicobacter pylori* (H.p.) and adverse events during standard sequential antihelicobacter (anti-H.p.) therapy.

Materials. In first group (n=73) patients with duodenal ulcer or gastric ulcer, chronic gastroduodenitis associated with H.p. received the standard version of sequential therapy: pantoprazole (sanpraz), amoxicillin (flemoxin), clarithromycin (fromilid), tinidazole plus additionally prebiotic florolakt 1 envelope \times 2 times a day. Patients in second group (n=43) received only the same anti-H.p. regime without florolakt. It was evaluated eradication H.p. (per protocol – PP and intention to treat – ITT) and adverse events related to the anti-H.p. regime. Prebiotic Florolakt contains fructooligosaccharides, gum arabic, and lactitol, which have a synergistic prebiotic effect.

Results. In first group using florolakt eradication H.p. was observed in 90% (PP) and 94% (ITT). In second group during anti-H.p. regime without florolakt eradication H.p. 79% PP ($p > 0,05$) and 87% ITT ($p > 0,05$). The emergence of antibiotic-associated diarrhea observed respectively in first group 2,7% against 13,9% in second group (PP) – ($p < 0,05$) and respectively in 2,9% vs. 16,2% ($p < 0,05$) – ITT. Other adverse events (nausea, abdominal discomfort, changes in taste) in first group with adjuvant therapy by florolakt were observed in 16% versus 26% in second group, who were not taking florolakt ($p < 0,05$). Total adverse events in second group met more than 2 times higher than in first group.

Conclusions. The introduction of prebiotic florolakt significantly reduces the incidence of adverse events and increased the eradication H.p.