

МАТЕРИАЛЫ

11-й Северо-Западной научной гастроэнтерологической сессии

А

1. Влияние препарата «Энтеросгель®» на патоморфологическую картину у пациентов с *H.pylori*-ассоциированными заболеваниями верхних отделов пищеварительного тракта

Авалуева Е.Б., Данилова И.А., Сказываева Е.В., Иванов С.В., Лапинский И.В.
СЗГМУ им. И.И. Мечникова, Санкт-Петербург, Россия,
e-mail: skazyvaeva@yandex.ru

Цель исследования: оценка динамики патоморфологических изменений у пациентов с *H.pylori*-ассоциированными заболеваниями верхних отделов пищеварительного тракта (ПТ), получавших препарат «Энтеросгель®».

Материал и методы: 15 пациентов с *H.pylori*-ассоциированными заболеваниями верхних отделов ПТ (возраст (42,5±8,5) года). Пациенты получали лечение препаратом «Энтеросгель®» (препарат назначали внутрь по 1 дозе пасты 3 раза в день в течение 21 дня). Комплексное морфологическое исследование эзофаго-, гастро-, дуоденобиопатов проводилось до начала лечения и после его окончания. С целью комплексной оценки гистологических изменений была разработана балльная система, которая учитывала все основные патоморфологические особенности, выявляемые при гистологическом анализе биоптатов у пациентов с поражением верхних отделов ПТ. Для оценки патоморфологических изменений в рассматриваемых отделах ПТ подсчитывалась сумма баллов по результатам гистологического анализа биоптатов каждого из пациентов. Для совокупной оценки патоморфологических изменений в верхних отделах ПТ количество баллов по всем отделам ПТ суммировалось. Расчет суммарного количества баллов проводился как до начала терапии, так и после ее окончания.

Результаты. Комплексная балльная оценка гистологических изменений слизистой оболочки после курса терапии препаратом «Энтеросгель®» продемонстрировала статистически значимое уменьшение выраженности патоморфологических процессов в слизистой оболочке верхних отделов ПТ. При отдельной оценке только воспалительных изменений наблюдалось статистически значимое уменьшение инфильтрации слизистой оболочки макрофагами и нейтрофилами в антральном отделе желудка, двенадцатиперстной кишке и пищеводе.

Выводы. На фоне приема препарата «Энтеросгель®» у пациентов с *H.pylori*-ассоциированными заболеваниями верхних отделов ПТ достоверно уменьшается выраженность патоморфологических процессов и воспалительных изменений в слизистой оболочке ПТ.

2. Особенности моторно-эвакуаторной функции желудочно-кишечного тракта у пациентов с синдромом раздраженного кишечника с преобладанием диарей

Авалуева Е.Б., Иванов С.В., Лапинский И.В., Пушкина А.В., Сказываева Е.В.
СЗГМУ им. И.И. Мечникова, Санкт-Петербург, Россия,
e-mail: pushkina.anna.md@mail.ru

Цель исследования: оценка особенностей моторно-эвакуаторной функции (МЭФ) желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) у пациентов с СРК с преобладанием диареи (СРК-Д).

Материал и методы: 30 пациентов с диагнозом СРК-Д (возраст (38,0±10,2) года). Для оценки МЭФ проводилось исследование

миоэлектрической активности (МЭА) ЖКТ с помощью метода электрогастроэнтерографии (ЭГЭГ). Помимо стандартных показателей ЭГЭГ для оценки реакции ЖКТ на пищу рассчитывался постпрандиальный коэффициент (ППК), равный отношению

постпрандиальной суммарной МЭА к тощачковой МЭА ЖКТ. **Результаты.** 1. У 43% (95% ДИ: 27–61%) пациентов с СРК-Д наблюдалось снижение активности ЖКТ в ответ на пищевую нагрузку. На фоне снижения активности ЖКТ в постпрандиальном периоде отмечалась гиперактивность толстой кишки: для верхних отделов ЖКТ медиана ППК варьировала в пределах 1,1–3,8, а для толстой кишки была равна 27,0, то есть постпрандиальная активность толстой кишки в среднем в 14 раз превышала постпрандиальную активность остальных отделов ЖКТ.

2. Отсутствие координированности МЭА различных отделов ЖКТ: дискоординация желудок/ДПК наблюдалась в 60% случаев, подвздошная кишка/толстая кишка – в 77% случаев после приема пищи.

3. После приема пищи происходила нормализация коэффициента ритмичности сокращений во всех отделах ЖКТ, за исключением толстой кишки, где отклонение от нормальных значений имело место в 47% случаев.

Выводы. У пациентов с СРК-Д наблюдается нарушение МЭФ не только толстой кишки, но и других отделов ЖКТ. Нарушения включают в себя как гиперактивность толстой кишки на фоне аберрантной гипомоторной реакции ЖКТ на прием пищи, так и нарушение ритмичности сокращений толстой кишки и отсутствие координированности сократительной активности между отделами ЖКТ.

3. Диагностическое значение цитокинов у больных с хроническим гепатитом С

Азимова С.М., Дустов А.

Институт гастроэнтерологии МЗ и социальной защиты населения, Душанбе, Таджикистан

Цель: изучить цитокиновый статус у больных с хроническим гепатитом (ХГС).

Материал и методы. Количественное определение содержания цитокинов (TNF- α , IFN- γ и IL-1 β , IL-4, IL-6, IL-8) в сыворотке крови 47 больных ХГС проводилось методом твердофазного ИФА соответствующими наборами реагентов производства «Вектор-Бест» (Россия). Контрольную группу сравнения составили 15 практически здоровых людей, что позволило установить нормальные значения для каждого показателя и оценить характер изменений иммунологической реактивности у больных ХГС.

Результаты. В результате проведенного исследования содержания цитокинов (TNF- α , IFN- γ , IL-1 β , IL-4, IL-6 и IL-8) в сыворотке крови больных ХГС установлен факт их гиперпродукции в сравнении с контрольной группой здоровых лиц, за исключением показателей IFN- α ($p > 0,01$). Нами было установлено, что содержание цитокинов (ЦК) в РНК-положительной сыворотке крови больных ХГС было более высоким, чем в сыворотке крови РНК-негативных больных, но статистически значимые эти различия получены лишь в отношении IL-8 и IFN- α ($p < 0,01$). Возможно, что при хронической HCV-инфекции происходит гиперпродукция неактивных форм ЦК. По результатам определения РНК HCV в сыворотке крови больных ХГС в сравнении с группой здоровых лиц было установлено, что содержание ЦК значительно увеличено и достоверно было более высоким и сопряжено с выраженной репликацией вируса, за исключением IFN- α ($p > 0,001$) и РНК-негативной сыворотки при исследовании концентрации IL-8 ($p > 0,01$). При изучении взаимосвязи уровня концентрации ЦК и активности аминотрансфераз была установлена

обратная корреляционная связь между АлАТ и TNF- α ($r=-0,5$, $p<0,01$) и между АлАТ и IL-4 ($r=-0,4$, $p<0,01$) в группе РНК-позитивных больных.

Заключение. Содержание цитокинов (TNF- α , IFN- γ , IL-1 β , IL-4, IL-6 и IL-8) в РНК-положительной сыворотке крови больных ХГС было более высоким, чем в сыворотке крови РНК-негативных больных, но статистически значимые эти различия получены лишь в отношении IL-8 и IFN- α ($p<0,01$).

4. Особенности течения аутоиммунного гепатита и синдрома перекреста

Акберова Д.Р.¹, Абдулганиева Д.И.¹, Одинцова А.Х.²

¹Казанский ГМУ, ²Республиканская клиническая больница МЗ РТ, Россия

Аутоиммунные болезни печени относятся к группе заболеваний с неизвестной этиологией, непрерывно прогрессирующего течения, заболевают преимущественно женщины. Может начинаться остро, а может протекать скрыто, проявляясь приступами неясной лихорадки, утомляемостью, артралгиями, маскируясь под иные аутоиммунные поражения.

Цель: оценить особенности дебюта и клинического течения аутоиммунных болезней печени.

Материал и методы. Проспективно включены 54 больных, из них 49 (91%) женщин и 4 (9%) мужчин в возрасте от 21 года до 76 лет. У 26 (48%) больных диагностирован аутоиммунный гепатит (АИГ), у 28 (52%) – синдром перекреста.

Проведен анализ клиничко-лабораторных данных, в том числе определение аутоантител.

Результаты. Проанализированы клинические симптомы и скорость развития дебюта.

Из 26 больных с АИГ у 12 (46%) клинические симптомы нарастали быстро – в течение месяца. Из них у 23 (85%) больных появилась и нарастала слабость, у 16 (60%) – чувство тяжести в правом подреберье, у 8 (30%) – желтуха и кожный зуд. У 14 (54%) больных клиническая картина развивалась в течение нескольких лет. В 50% случаев впервые диагноз был установлен на стадии цирроза печени.

Из 28 больных с синдромом перекреста у 11 (36%) клинические симптомы развивались в течение 1 года до обращения. Отмечалась слабость у 24 (86%) больных, чувство тяжести в правом подреберье – у 20 (71,5%), кожный зуд, желтуха – у 15 (53,5%). В 18 (64%) случаях жалобы развивались несколько лет. У 11 (39%) больных заболевание установлено на стадии цирроза.

Выводы. Дебют при АИГ и синдроме перекреста имеет некоторые отличия – при АИГ чаще симптомы более выражены (46%) по сравнению с синдромом перекреста (36%). Частота цирроза в момент постановки диагноза была выше у пациентов с АИГ.

5. Диагностика *H.pylori* при язвенных кровотечениях

Апэрече Б.С., Назаров В.Е., Кузьмин-Крутецкий М.И.
СЗГМУ им. И.И. Мечникова (каф. эндоскопии), НИИ скорой помощи им. И.И. Джанелидзе, Санкт-Петербург, Россия

С момента внедрения в широкую практику терапии, направленной на эрадикацию *H.pylori* при заболеваниях желудка, отмечается неуклонное снижение заболеваемости язвенной болезнью. Так, по данным Бюро медицинской статистики Санкт-Петербурга, абсолютное число заболевших язвенной болезнью уменьшилось со 125 518 больных в 2000 году до 19 933 человек в 2012 году. Вместе с тем отмечается рост удельного веса больных с язвенной болезнью, осложненной кровотечением. Этот показатель возрос с 1,2% в 2000 году до 6,7% в 2012 году при незначительном снижении абсолютной частоты язвенных кровотечений (с 1 512 больных в 2000 году до 1 334 человек в 2012 году). Подобные тенденции обусловлены, с одной стороны, широким внедрением методов эндоскопического гемостаза и снижением оперативной активности (с 40,1% до 26,9% в 2000 и в 2012 гг. соответственно), и, с другой стороны, отсутствием единых стандартов диагностики и лечения *H.pylori* при язвенных кровотечениях.

Неотложный, а зачастую и жизнеугрожающий характер осложнения не позволяет проводить полноценную диагностику *H.pylori* при поступлении, а широкое использование в лечении язвенных кровотечений антисекреторных препаратов не дает возможность использовать методы диагностики, основанные на определении уреазной активности *H.pylori*. Поэтому в нашей работе для первичной диагностики *H.pylori* мы использовали серологические методы по определению титров антител к *H.pylori* (класса IgG) в сыворотке крови в сочетании с бактериоскопией мазков-отпечатков с окраской гематоксилин-эозином. Анализ крови брался при поступлении больного в стационар, а биопсия для бактериоскопии мазков-отпечатков – при контрольном эндоскопическом исследовании после достижения устойчивого гемостаза перед проведением эрадикационной терапии. В качестве референс-метода применяли иммуноцитохимическое исследование.

В сомнительных случаях, а также при получении отрицательных результатов при первичной диагностике повторную диагностику осуществляли после рубцевания язвенного дефекта, не ранее чем через 4 недели после окончания антисекреторной терапии. При повторной диагностике применяли несколько коммерческих методов, основанных на определении уреазной активности, и ПЦР-диагностику *H.pylori* в биоптате, а также посев биоптата для изучения культуры *H.pylori* и определения чувствительности выделенных микробов к антибиотикам.

Все больные после проведения эрадикационной терапии подлежали диспансерному наблюдению и контрольным обследованиям для своевременной диагностики рецидивов *H.pylori* или повторного инфицирования.

Б

6. Анализ встречаемости гастроэнтерологических жалоб у учащихся средних и высших образовательных учреждений Санкт-Петербурга

Белюсова Л.Н.¹, Оганезова И.А.¹, Барышников Н.В.², Михнюк А.О.¹

¹СЗГМУ им. И.И. Мечникова, ²СПбГМУ им. И.П. Павлова, Санкт-Петербург, Россия

Цель работы: сравнение встречаемости и степени выраженности гастроэнтерологических жалоб у школьников, студентов СПбГЭУ и СЗГМУ им. И.И. Мечникова, анализ влияющих на это факторов.

Материалы и методы. Обследованы 160 человек – студентов СЗГМУ им. И.И. Мечникова, студентов СПбГЭУ, учеников выпускных классов школ города. Все опрошенные ответили на вопросы о наличии гастроэнтерологических жалоб, наличии хронических заболеваний ЖКТ, наследственности, употреблении алкоголя и табакокурении, рационе питания, режиме питания, динамике массы тела; также производился расчет индекса массы тела (ИМТ).

Полученные результаты. Выявлено, что хронические заболевания органов ЖКТ имеют место у 15% учеников выпускных классов, 20% студентов СПбГЭУ и 50% студентов СЗГМУ. Периодически гастроэнтерологические жалобы предъявляют 59% школьников, 65% студентов СПбГЭУ и 97% – СЗГМУ. Встречаемость жалоб со стороны ЖКТ во всех трех группах зависит от пола, среди школьников соотношение женщины/мужчины составило 60%/15%, среди студентов СПбГЭУ 90%/20%, среди студентов СЗГМУ 70%/55%. В обоих вузах частота гастроэнтерологических жалоб в 2 раза выше среди курящих, при этом количество курящих студентов в СЗГМУ составляет 60%, в то время как в СПбГЭУ – 25%. Также выявлено, что студенты СЗГМУ употребляют спиртные напитки почти в 2 раза чаще, чем студенты СПбГЭУ (73% и 40% соответственно). 62% студентов СЗГМУ отметили увеличение веса в течение учебы, при этом уже на 1 курсе об этом говорят 56% анкетированных (у 45% студентов СЗГМУ отмечается отклонение ИМТ от нормы, у 90% из них в сторону увеличения!), а у 50% учеников выпускных классов, наоборот, преобладает уменьшение веса. В среднем у более

чем 50% опрошенных имеют место нарушения режима питания, из них, в частности, последний прием пищи после 21.00 указали 78% студентов СЗГМУ (при этом только 12% студентов СПбГЭУ и 10% школьников). 100% студентов СЗГМУ отметили у себя в той или иной степени состояние стресса и тревоги, в то время как данная жалоба не характерна ни для школьников, ни для студентов СПбГЭУ.

7. Гастроэнтерологические жалобы у студентов медицинского вуза: «Сапожник без сапог»?

Белоусова Л.Н.¹, Оганезова И.А.¹, Барышников Н.В.², Михнюк А.О.¹
¹СЗГМУ им. И.И. Мечникова, ²СПбГМУ им. И.П. Павлова, Санкт-Петербург, Россия

Цель работы: изучение встречаемости жалоб со стороны органов пищеварения у студентов СЗГМУ им. И.И. Мечникова, анализ факторов, определяющих частоту и степень выраженности жалоб.

Материалы и методы. Проанкетированы 120 студентов СЗГМУ им. И.И. Мечникова (20 человек с каждого курса). Соотношение мужчин и женщин 1:3, средний возраст 22 года. Анкеты содержали вопросы о наличии гастроэнтерологических жалоб, степени их выраженности, наличии хронических заболеваний, наследственности, употреблении алкоголя и табакокурении, рационе и режиме питания, динамике массы тела; также производился расчет индекса массы тела (ИМТ).

Полученные результаты. Установлено, что 30% студентов первого курса СЗГМУ имеют хронические заболевания ЖКТ, причем 15% из них отметили появление заболевания уже после поступления в вуз. К 6 курсу хронические заболевания ЖКТ имеются более чем у половины студентов, из них 90% отметили появление заболевания за время учебы. Наиболее часто встречаются такие жалобы, как боли в левом и правом подреберьях (60% и 66%), диарея (65%), изжога (58%), запоры (63%), у 22% стул 1 раз в 3 дня и реже. 62% студентов отметили увеличение веса в течение учебы, при этом уже на 1 курсе об увеличении веса говорят 56% анкетированных. Важно отметить, что 20% студентов употребляют пищу менее 2 раз в сутки, более чем у 50% опрошенных последний прием пищи происходит после 21.00. За время обучения в вузе увеличивается число лиц, употребляющих алкоголь, а также количество курящих, что прямо коррелирует с нарастанием частоты жалоб со стороны ЖКТ. Так, на 1 курсе курят 15% мужчин и 23% женщин, к 6 курсу количество курящих возрастает до 65% и 55% соответственно (!). Среди курящих первокурсников гастроэнтерологические жалобы предъявляют 20% мужчин и 63% женщин, к выпускному курсу их количество увеличивается до 37% и 73% соответственно. Употребляют спиртные напитки 50% первокурсников, к 6 курсу количество лиц, употребляющих алкоголь, возрастает до 81%, из них 87% имеют гастроэнтерологические жалобы, а у студентов, не имеющих эту вредную привычку, частота встречаемости жалоб не превышает 30%.

В

8. Динамика степени нарушения структуры печени и выраженности портальной гипертензии у детей

Вольнец Г.В., Евлюхина Н.Н., Филин А.В., Пахомовская Н.Л.
 Научный центр здоровья детей, Москва, Россия

Цель: определение степени нарушения структуры печени и выраженности портальной гипертензии и динамики ее изменений на фоне терапии при аутоиммунном гепатите (АИГ) и болезни Вильсона (БВ) у детей на основе балльной системы оценки нарушения структуры печени.

Пациенты и методы. Проведен анализ историй болезни 176 детей в возрасте от 1 года до 17 лет (средний возраст (11,8±3,5) года) с БВ (55,4%) и АИГ (42,6%). Из них с циррозом печени 71 ребенок (40,4%), без цирроза – 105 (59,6%). 49 детям (27,8%) была вы-

полнена трансплантация печени. Определялась степень выраженности варикозного расширения вен пищевода, диаметр селезеночной и портальной вены, размер селезенки, наличие асцита, гидроторакса, гидроперикарда, наличие реканализации пупочной вены. Степень нарушения структуры печени определяли по балльной шкале нарушения структуры печени.

Результаты. У детей с АИГ степень нарушения структуры печени составила (20,4±4,2)%. При этом у детей с циррозом печени в исходе АИГ степень нарушения структуры была (24,8±8,3)%, у детей без цирроза – (13,2±5,5)% (p<0,001). У детей с БВ нарушение структуры печени при первой госпитализации составило (17,7±5,1)% (p=0,305). При этом у детей с циррозом печени в исходе БВ степень нарушения структуры составила (32,4±6,2)%, у детей без цирроза – (10,5±4,0)% (p<0,001). У детей, которым была проведена трансплантация печени, степень нарушения структуры печени составила (45,2±6,2)% (p<0,001). При этом степень нарушения структуры печени у детей с PELD/MELD ≥20 баллов, то есть у детей с показаниями к срочной трансплантации печени, составила (47,7±7,1)% (p=0,568). При анализе степени нарушения структуры печени в динамике показано, что степень нарушения структуры печени у детей с АИГ через 6 мес терапии снизилась до (15,1±6,0)% (p=0,007), при этом у детей с циррозом печени снизилась до 16,9±6,9% (p<0,001), у детей без цирроза составила (11,0±2,3)% (p=0,276). При анализе степени нарушения структуры печени в динамике показано, что степень нарушения структуры печени у детей с БВ через 6 мес терапии снизилась до (15,7±6,1)% (p=0,3), при этом у детей с циррозом печени снизилась до (26,2±3,9)% (p=0,02), у детей без цирроза составила (10,6±2,0)% (p=0,9). Через 12 мес терапии степень нарушения структуры печени у детей с АИГ снизилась до (13,4±3,2)% (p<0,001), при этом у детей с циррозом печени снизилась до (15,6±4,3)% (p<0,001), у детей без цирроза составила (9,8±1,8)% (p=0,139). Через 12 мес терапии степень нарушения структуры печени у детей с БВ составила (14,1±3,2)% (p=0,06), при этом у детей с циррозом печени снизилась до (18,8±3,2)% (p<0,001), у детей без цирроза составила (10,0±1,8)% (p=0,3).

Выводы. Балльная система оценки степени нарушения структуры печени и выраженности портальной гипертензии дает объективный критерий оценки степени нарушения структуры печени, изменений в динамике на фоне проводимой терапии при оценке тяжести патологического процесса, определении прогноза заболевания, а также критерий показаний к трансплантации печени.

Г

9. Особенности иммунного реагирования при хронических заболеваниях ЖКТ у детей

Гурина О.П., Дементьева Е.А., Блинов А.Е., Варламова О.Н., Тимохина В.И.
 Санкт-Петербургский ГПМУ, Россия

Цель исследования: изучение иммунологических особенностей при хронических заболеваниях ЖКТ у детей.

Материалы и методы. Обследованы 48 детей (возраст от 9 месяцев до 17 лет) с хроническим гастродуоденитом (ХГД) и 32 ребенка с целиакией. Проведено исследование IgA, IgM, IgG, IgE в сыворотке крови (ИФА), иммунофенотипирование лимфоцитов (проточная цитометрия, Beckman Coulter, США). Статистическая обработка – программа Microsoft Excel.

Результаты исследования. При ХГД у детей отмечается относительный Т-лимфоцитоз (25% обследованных) за счет популяции CD3+/CD4+ Т-хелперов, снижение уровня CD3-/CD16-56+ NK-лимфоцитов у 30%, активированных Т-клеток (CD3+/HLA-DR+) – у 25% обследованных. Иммунорегуляторный индекс повышен у 20%, снижен также у 20% детей.

У больных с целиакией отмечается относительная В-лимфоцитопения (26,9%), Т-лимфоцитоз (30,8%) за счет популяции CD3+/CD4+ Т-хелперов и CD3+/CD8+ цитотоксических Т-лимфоцитов, снижение содержания активированных Т-клеток (CD3+/HLA-DR+) у 57,7% обследованных детей. Иммунорегуляторный индекс повышен в 34,6% случаев, снижен – в 23,1%.

Характерным для ХГД является гипоиммуноглобулинемия А (65%), гипериммуноглобулинемия М и G (35%, 45%, соответственно), которая коррелирует с повышенным уровнем CD3+/CD4+ клеток ($r=+0,63$).

При целиакии гипоиммуноглобулинемия А отмечается в 24% случаев, у 35% детей – гипериммуноглобулинемия А. Содержание IgM и IgG повышено в 65% и 50% случаев, соответственно. Повышенный уровень иммуноглобулинов при целиакии коррелирует с Т-лимфоцитозом ($r=+0,71$) и В-лимфоцитопенией ($r=-0,67$).

Гипериммуноглобулинемия Е (уровень IgE превышает возрастную норму в 2-5 раз) при ХГД наблюдается у 45%, при целиакии – у 50% обследованных.

Обнаруженные различия в иммунном реагировании у детей с ХГД и целиакией указывают на необходимость дифференцированного подхода к иммунокоррекции, исследования реактивных антител к широкому спектру аллергенов с целью исключения аллергенов, причинно-значимых в развитии аллергического воспаления.

Д

10. Воздействие приверженности терапии ингибиторами протонной помпы на частоту развития гастропатии, вызванной приемом нестероидных противовоспалительных средств

Дикарева Е.А.

Витебский ГМУ, Беларусь

Цель исследования: изучить воздействие приверженности терапии ингибиторами протонной помпы (ИПП) на частоту развития гастропатии, вызванной приемом нестероидных противовоспалительных средств (НПВС-гастропатия) у пациентов с ревматоидным артритом (РА).

Материалы и методы. Приверженность к фармакотерапии ИПП изучалась у 60 пациентов с РА, которые постоянно принимали нестероидные противовоспалительные средства (НПВС). Оценка приверженности выполнялась с использованием опросника Medication Adherence Questionnaire (MAQ). Всем пациентам была проведена видеоэзофагогастродуоденоскопия.

Результаты. По данным анкетирования с использованием опросника MAQ были выделены подгруппы обследованных с низкой, средней и высокой приверженностью терапии ИПП. Данные подгруппы не отличались по возрасту, продолжительности заболевания, длительности приема НПВС и факторам риска развития НПВС-гастропатии ($p>0,1$). Две трети пациентов (63,33%) имели низкую или среднюю приверженность терапии ИПП. Низкая приверженность данному лечению была выявлена в 23,33% случаев.

Наличие НПВС-гастропатии установлено у 50,0% участников исследования с низкой приверженностью лечению ИПП, у 12,5% – со средней приверженностью, у 4,5% – с высокой приверженностью. НПВС-гастропатия была зарегистрирована в 11 раз чаще у больных с низкой приверженностью терапии ИПП в сравнении с теми, у кого была выявлена высокая приверженность ($\chi^2=7,77$; $p=0,005$).

Заключение. Строго следовали назначениям врача по приему ИПП для профилактики НПВС-гастропатии только 36,7% больных РА. Высокая приверженность терапии ИПП способствует уменьшению эрозивно-язвенных повреждений гастродуоденальной зоны, индуцированных приемом НПВС, в 11 раз по сравнению с пациентами с низкой приверженностью.

11. Влияние эрадикации *Helicobacter pylori* на частоту развития гастропатии, индуцированной приемом нестероидных противовоспалительных средств

Дикарева Е.А., Пиманов С.И., Макаренко Е.В.

Витебский ГМУ, Беларусь

Цель исследования: изучить влияние эрадикации *Helicobacter pylori* (*H. pylori*) на частоту развития гастропатии, индуцированной приемом нестероидных противовоспалительных средств (НПВС-гастропатии).

Материалы и методы. В проспективное рандомизированное исследование были включены 116 человек, которые длительное время принимали нестероидные противовоспалительные средства (НПВС). По данным морфологического исследования гастробиоптатов у всех обследованных была выявлена хеликобактерная инфекция. Все участники исследования были методом рандомизации разделены на две группы. Пациентам первой группы (57 человек) проводили эрадикацию *H. pylori*, а больные второй группы (59 обследованных) получали антисекреторную терапию омепразолом.

Динамику частоты развития НПВС-гастропатии до лечения и через 4-7 лет оценивали у 29 пациентов с успешной эрадикацией *H. pylori* и 24 человек из группы сравнения с персистирующей хеликобактерной инфекцией.

Результаты. До лечения в первой группе НПВС-гастропатия была обнаружена у 8 из 29 больных (27,59%), а во второй группе – у 6 из 24 (25,0%) ($\chi^2=0,01$; $p=0,920$).

Через 4-7 лет эрозивно-язвенные изменения слизистой оболочки гастродуоденальной зоны у пациентов с успешной эрадикацией *H. pylori* были установлены у 9 человек (31,03%), а в группе, где эрадикационная терапия не проводилась – в 7 случаях (29,17%). Частота возникновения НПВС-гастропатии не отличалась в обеих группах пациентов ($\chi^2=0,02$; $p=0,878$).

Заключение. Эрадикация *H. pylori*, проведенная на фоне использования НПВС, не приводит к снижению частоты развития НПВС-гастропатии при продолжающемся постоянном приеме этих лекарственных средств.

12. Проспективная оценка воздействия эрадикационной терапии на состояние слизистой оболочки желудка

Дикарева Е.А., Пиманов С.И., Макаренко Е.В.,

Матвеевко М.Е., Кухарев А.В.

Витебский ГМУ, Беларусь

Цель исследования: оценить воздействие эрадикации *Helicobacter pylori* (*H. pylori*) на состояние слизистой оболочки (СО) желудка у пациентов, которые постоянно принимают нестероидные противовоспалительные средства (НПВС).

Материалы и методы. В проспективное рандомизированное исследование были включены 116 человек, которые принимали НПВС. Пациентам выполнялась эзофагогастродуоденоскопия с гастробиопсией. У всех была выявлена инфекция *H. pylori*. Первой группе (57 человек) проводили эрадикацию *H. pylori*, а во второй группе (59 обследованных) она не осуществлялась. Динамику морфологических показателей СО желудка (активность, воспаление, атрофия, кишечная метаплазия, количество лимфоидных фолликулов и *H. pylori*) оценивали через 4-7 лет у 29 пациентов с успешной эрадикацией и у 24 больных с хеликобактерной инфекцией, которым не проводили эрадикационную терапию.

Результаты. Через 4-7 лет у пациентов с успешной эрадикацией *H. pylori* в антральном отделе желудка снизились показатели активности ($p<0,001$) и воспаления СО ($p=0,002$), в теле желудка – активности ($p<0,001$), воспаления ($p<0,001$) и атрофии СО ($p=0,036$). Количество лимфоидных фолликулов в СО сократилось в антральном ($p=0,012$) и в фундальном ($p=0,028$) отделах желудка. У 24 человек, которым эрадикационная терапия не проводилась, увеличилась атрофия СО в антруме и теле желудка ($p<0,001$), а также возросло воспаление СО тела желудка ($p=0,007$).

Заключение. На фоне постоянного использования НПВС через 4-7 лет после успешной эрадикации *H. pylori* имелась положительная динамика морфологических показателей СО желудка, а сохранение хеликобактерной инфекции приводило к усилению воспаления СО тела желудка и нарастанию атрофии СО в антральном отделе и теле желудка.

13. Распространенность вируса гепатита В и Е в Таджикистане

Дустов А., Азимова С., Умаров С., Хакимова З.
Институт гастроэнтерологии МЗ и социальной защиты населения, Душанбе, Таджикистан

Цель: изучить распространенность вируса гепатита В и Е в Таджикистане.

Материал и методы. В период с 2010 г. в Республике Таджикистан были проведены исследования на выявление антител к вирусу гепатита В HBsAg и Е – anti-HEV IgG. Исследованы 622 образца сыворотки крови (в том числе здоровых лиц – доноров крови – 350, медицинских работников – 85, беременных женщин – 187). Всем обследованным выполнялись исследования серологических маркеров HBV-инфекции методом иммуноферментного анализа: HbsAg и анти-ВГЕ IgG. Выявление ДНК (HBV) проводили методом полимеразной цепной реакции (ПЦР).

Результаты. Обнаружено, что среди здорового населения удельный вес инфицированных HBV составляет 8,0% (28/350), а частота выявления анти-ВГЕ IgG составила 4,0% (14/350). Анализ частоты серопозитивности по анти-ВГЕ позволил установить общую закономерность: с увеличением возраста обследованных лиц условно здорового населения увеличивается частота обнаружения антител. Так, среди обследованных с зарегистрированными анти-ВГЕ доля лиц старшего возраста (50 лет и более) превосходит другие группы.

У 21 из 315 доноров (6,6%) выявлен HbsAg в крови, частота выявления анти-ВГЕ IgG составила 4,1% (13/315). Примечательно, что у 3 из 8 доноров с наличием HBV-инфекции выявлена низкая вирусемия, а у остальных – отсутствовала ДНК HBV в крови. У 12 (6,4%) из 187 обследованных беременных женщин обнаружен HbsAg в крови. Среди беременных с наличием HBV-инфекции средняя вирусемия выявлена у 4, низкая вирусемия – у 6, а у остальных беременных женщин отсутствовал ДНК HBV в крови. Обращает на себя внимание то, что анти-ВГЕ IgG были обнаружены у 46 (24,5%) из 187 обследованных. У 6 из 85 обследованных медицинских работников выявлен HbsAg в крови, а частота выявления анти-ВГЕ IgG составила 7 из 85 обследованных. Среди обследованных медицинских работников с наличием HBV-инфекции средняя вирусемия имела место у 5, низкая вирусемия – у 6, а у остальных медицинских работников отсутствовал ДНК HBV в крови.

Заключение. Выявлено, что среди здорового населения удельный вес инфицированных HBV составляет 8,0%. Частота обнаружения HbsAg среди доноров крови, беременных женщин и медицинских работников составила 6,6%, 6,4% и 7,0% соответственно. Впервые на территории Республики Таджикистан обнаружено, что частота выявления анти-ВГЕ среди здорового населения составляет в среднем 5,8%, с колебанием от 4,6% до 18,6%. Частота обнаружения анти-ВГЕ IgG среди доноров крови, беременных женщин и медицинских работников составила 4,1%, 24,5% и 8,2% соответственно.

К

14. Применение различных прокинетики при гастроэзофагеальной рефлюксной болезни

Каримов М.М., Ахматходжаев А.М., Собирова Г.Н., Рустамова С.Т.
АО «Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр терапии и медицинской реабилитации», Ташкент, Узбекистан

Цель: оценка клинической эффективности прокинетики итоприда гидрохлорид (препарат «Итомед[®]» «PRO.MED.CS Praha a.s.») у пациентов с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью.

Материалы и методы. Обследованы 40 больных в возрасте (41,2±5,8) года (20 мужчин, 20 женщин) с эндоскопически негативной ГЭРБ. Больные были разделены на две группы. 1-й группе больных назначали пантопрозол по 40 мг/сут и домперидон по 10 мг четыре раза в день в течение 4 недель. 2-я группа больных

на фоне приема аналогичной дозы пантопрозола принимала итоприда гидрохлорид в дозе по 50 мг три раза в день до еды.

Результаты. Показатели таких диспепсических симптомов, как изжога, отрыжка и срыгивание, по шкале Likert у пациентов обеих групп до лечения варьировали от 3 до 5 баллов. В результате лечения в обеих группах пациентов отмечалась положительная статистически значимая динамика показателей всех шкал SF-36, что проявлялось повышением показателей на 27 баллов по сравнению с данными до лечения у больных, принимавших домперидон, и на 35 баллов в группе больных, принимавших итоприд. В большей мере это касалось показателей психологического функционирования. Вместе с тем, в группе больных, принимавших итоприд, восстановление показателей физического и психологического функционирования было повышено на 65% и 88% соответственно, тогда как повышение этих параметров в контрольной группе составило 54 и 69% соответственно по сравнению с данными, полученными до лечения. Отмечено эффективное купирование изжоги и отрыжки кислым при использовании домперидона в среднем к 4,9±0,6 дню приема препарата. У 38% пациентов купирование изжоги отмечается в сроки после 7 дней. При использовании итоприда купирование изжоги было отмечено на 2,2±0,4 сутки.

Выводы. Четырехнедельный прием препарата «Итомед» обеспечил облегчение симптомов ГЭРБ у большинства больных в более ранние сроки лечения по сравнению с домперидоном. Уменьшение выраженности клинических проявлений сопровождалось улучшением самочувствия и качества жизни больных.

15. Показатели эндогенной интоксикации больных с неалкогольной жировой болезнью печени

Каримов М.М., Собирова Г.Н., Саатов З.З., Дусанова Н.М.
АО «Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр терапии и медицинской реабилитации», Ташкент, Узбекистан

Цель: исследование степени эндогенной интоксикации по результатам определения лейкоцитарного индекса интоксикации (ЛИИ) и среднемолекулярных пептидов (СПМ) в сыворотке крови больных с неалкогольной жировой болезнью печени (НАЖБП).

Материал и методы. Исследованы 200 больных НАЖБП (возраст от 24 до 60 лет), включающей стеатоз печени (СТ) и неалкогольный стеатогепатит (НАСГ). У всех больных изучались показатели эндотоксемии (ЛИИ, СМП).

Результаты. При СТ показатель ЛИИ имел статистически достоверную тенденцию к увеличению. У больных с НАСГ было отмечено достоверное увеличение этого показателя по сравнению с показателем здоровых лиц в 2,5 раза. Проведенный статистический анализ также показал, что наиболее высокие показатели ЛИИ были отмечены у больных с НАСГ с высокими показателями маркеров внутрипеченочного холестаза. При повышении активности щелочной фосфатазы (ЩФ) до 2 норм величина ЛИИ была равна 5,6±0,6 при увеличении активности гамма-глутаминтранспептидазы (ГГТП) до (5,8±0,5) усл. ед. (корреляционный анализ по Пирсону $r=+0,7$ и $+0,8$). Таким же образом было установлено увеличение показателя ЛИИ у больных с дисбактериозом толстой кишки 3 степени – 5,8±0,3 (корреляционный анализ по Пирсону $r=+0,7$). Изучение величины СМП в сыворотке крови больных НАЖБП также показало схожую картину. Величина СМП при СТ была на 28,8% выше показателей здоровых лиц ($p<0,05$). При НАСГ показатель СМП был достоверно выше показателей здоровых лиц на 86,4% ($p<0,001$). У пациентов с НАСГ с явлениями внутрипеченочного холестаза (увеличение выше нормы активности ЩФ и ГГТП) показатель СМП был равен (2,45±0,08) усл. ед. ($p<0,001$) и (2,56±0,05) усл. ед. ($p<0,001$) соответственно. Корреляционные показатели при этом были равны $r=+0,8$ и $+0,6$ соответственно. У больных с НАСГ с явлениями дисбактериоза толстой кишки 3 степени величина СМП составляла (2,88±0,08) усл. ед. ($p<0,001$), корреляционный показатель $r=+0,8$.

Выводы. Степень эндогенной интоксикации организма при НАЖБП имела прямые корреляционные связи с наличием ак-

тивности маркеров внутрипеченочного холестаза и степени дисбактериоза толстой кишки.

16. Роль α_1 -антитрипсина при хроническом панкреатите

Коваль В.Ю., Архий Э.И.

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

Цель исследования: изучить роль α_1 -антитрипсина у больных хроническим панкреатитом.

Материалы и методы. В исследование включены 45 стационарных больных хроническим панкреатитом (14 – хроническим псевдотуморозным панкреатитом, 15 – хроническим калькулезным панкреатитом, 16 – хроническим паренхиматозным панкреатитом), которые находились на лечении в гастроэнтерологическом отделении Закарпатской областной клинической больницы им. А. Ноака. Среди обследованных было 95,5% мужчин и 4,5% женщин. Возраст больных составил (45,64±2,63) года, давность заболевания – (6,9±2,0) года. Диагноз хронического панкреатита выставляли на основании жалоб, анамнеза заболевания, данных объективного и ультразвукового обследования, компьютерной томографии поджелудочной железы. α_1 -антитрипсин в сыворотке крови и кале определяли иммуноферментным методом с наборами Immundiagnostik AG, Bensheim.

Результаты. У больных хроническим панкреатитом выявлено значительное – в 5,7 раза ($p < 0,01$) увеличение α_1 -антитрипсина в сыворотке крови – (775,46±111,89) мг/дл в сравнении с контрольной группой – (134,7±7,3) мг/дл. Уровень α_1 -антитрипсина в сыворотке крови при хроническом калькулезном панкреатите составил (572±265) мг/дл, при хроническом псевдотуморозном панкреатите – (706,5±386,5) мг/дл, при хроническом паренхиматозном панкреатите – (739,7±425,3) мг/дл. Уровень амилазы мочи составлял (40,9±6,4) ед., лейкоцитов – (6,4±0,6) г/л, СОЭ – (6,67±1,76) мм/ч. Количество α_1 -антитрипсина в кале больных хроническим панкреатитом находилось в пределах нормы – (10,01±3,23) мг/дл.

Выводы. Уровень α_1 -антитрипсина в сыворотке крови больных хроническим панкреатитом можно считать наиболее чувствительным маркером воспаления в сравнении с острофазовыми показателями крови.

17. Колоректальный рак: возможности оптических методов исследования крови в диагностике стадий заболевания

Кручинина М.В., Курилович С.А., Громов А.А.,
Генералов В.М.¹, Кручинин В.Н.², Володин В.А.²,
Рыхлицкий С.В.², Пельтек С.Е.³, Шеховцов С.В.³

НИИТПМ СО РАМН, Новосибирск, ¹ГНЦ ВБ «Вектор»
Роспотребнадзора, Кольцово, ²ИФП СО РАН, Новосибирск,
³ИЦиГ СО РАН, Новосибирск, Россия

Цель: изучить возможности оптических методов исследования эритроцитов (Эр), сыворотки крови (СК) у пациентов с различными стадиями колоректального рака (КРР) для диагностики.

Материалы и методы. Обследованы 26 пациентов в возрасте (52±8) лет с различными стадиями КРР (6 – в динамике терапии) и 16 условно здоровых. Параметры Эр изучены методами диэлектрофореза, хроматографии; оптические параметры СК – эллипсометрией (в том числе вблизи поверхностного плазмонного резонанса – ППР), Раман-спектроскопией.

Результаты. Терминальные стадии КРР отличались от начальных резким снижением амплитуды деформации, емкости в сочетании с увеличением электропроводности и склонности к гемолизу эритроцитов, мембраны которых содержали высокие уровни фракций холестерина, олеиновой, стеариновой жирных кислот и низкие уровни общих липидов, легкоокисляемых фосфолипидов, арахидоновой кислоты, омега-3 индекса ($p < 0,0001-0,03$). Эти изменения коррелировали со сдвигами в оптических параметрах СК, что отражалось в снижении толщины, однородности тонких пленок, показателя преломления, снижении площади пиков при 1005, 1157, 1520 см⁻¹ ($p < 0,001-0,01$). Концентрация антигенов к антителам CD24 в СК (метод ППР) у больных в терминальных

стадиях в 8,8 раза отличалась от значений этого показателя у здоровых и более чем в 2 раза от значений у больных с начальной стадией заболевания. В динамике терапии отмечено снижение концентрации белка по сравнению с состоянием при поступлении ($p < 0,001$).

Выводы. Возможности оптических методов перспективны в скрининговом малоинвазивном выявлении пациентов с колоректальным раком с акцентом на ранних стадиях и оценке эффективности проводимой терапии.

Л

18. Применение гепатопротектора «Ропрен» у больных с ожирением

Лаптева Е.Н., Атлас Е.Е., Попова Ю.Р.

ООО Ленмедцентр, Санкт-Петербург, Россия,
e-mail: lenmedcenter@mail.ru

Цель исследования: оценить влияние терапии гепатопротектором «Ропрен» на состояние печени у пациентов с ожирением, получающих комплексную терапию по снижению массы тела.

Материалы и методы. Были обследованы 95 больных с избыточной массой тела, 35 мужчин и 70 женщин в возрасте от 18 до 63 лет, средний возраст (43,7±21,5) года. Индекс массы тела (ИМТ) составлял от 31 до 46,24 кг/м². По степени ожирения обследованные распределялись так: с 1-й степенью – 25 человек, со 2-й – 49, с 3-й – 21. У пациентов по результатам лабораторного и инструментального обследования были выявлены изменения, характерные для неалкогольной жировой болезни печени (НАЖБП) и неалкогольного стеатогепатита (НАСГ): у 64% – дислипидемия, у 75% – цитолитический синдром, у 80% – НТГ. Пациенты получали дифференцированную терапию в 3 группах: 1-я группа – диета № 8, 2-я группа – редуцированная диета и программа по снижению веса, 3-я группа – редуцированная диета, программа по снижению веса и инновационный отечественный гепатопротектор «Ропрен».

Результаты. После прохождения программы по снижению веса в течение 4 недель в 3-й группе в сравнении с 1-й и 2-й ИМТ снизился на 12% от исходного, по данным УЗИ органов брюшной полости уменьшение признаков стеатоза более выражено, показатели АЛТ и АСТ нормализовались, уменьшилась дислипидемия.

Выводы. Применение гепатопротектора «Ропрен» способствует регрессу стеатоза и стеатогепатита у больных ожирением. Комплексная программа по лечению ожирения и НАЖБП должна включать гепатопротективную терапию.

19. Патология билиарной системы при воспалительных заболеваниях кишечника

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

Цель исследования: определить частоту, структуру, клинические особенности заболеваний билиарной системы у больных воспалительными заболеваниями кишечника (ВЗК).

Материалы и методы. Обследованы 54 пациента с ВЗК: 33 с язвенным колитом (ЯК) и 21 с болезнью Крона (БК). Диагноз ВЗК верифицировался на основании клинических, лабораторных, эндоскопических и гистологических данных. Состояние билиарной системы оценивалось при ультразвуковом исследовании печени и желчевыводящих путей.

Результаты исследования. Поражение билиарной системы выявлялось у 9 (27,3%) больных ЯК: хронический бескаменный холецистит выявлялся у 3 (9,1%) больных, билиарный сладж – у 2 (6,1%), калькулезный холецистит – у 3 (9,1%), склерозирующий холангит – у 1 (3,0%) больного. Среди пациентов с БК билиарная патология диагностирована у 5 (23,8%): бескаменный холецистит – у 2 (9,52%), билиарный сладж – у 1 (4,8%), калькулезный холецистит – у 2 (9,52%). У всех пациентов с БК холецистит развивался на фоне нескольких лет течения БК. У больных ЯК не было такой закономерности. Вероятно, данный факт можно объяснить патогене-

тическими особенностями различных форм ВЗК. При БК основную роль в развитии билиарных заболеваний играла нарушенная энтерогепатическая циркуляция желчных кислот, а поражение билиарных путей было вторичным. При ЯК у 7 из 9 (77,00%) первичным было нарушение нормального желчеотделения и, возможно, снижение бактерицидных свойств желчи по отношению к условно патогенной и патогенной кишечной флоре, выступающей триггером хронического воспаления в толстой кишке.

Заключение. Частота билиарной патологии при ВЗК составила 25,9%: 23,8% при болезни Крона и 27,3% при язвенном колите. В структуре билиарной патологии преобладал некалькулезный холецистит – 9,3%, билиарный сладж и калькулезный холецистит составили 5,6% и 9,3% соответственно.

20. Фекальный кальпротектин в диагностике воспалительных заболеваний кишечника

Ларина А.А., Прокапович Л.В., Ларина Н.А., Неелова И.В., Шубина М.Э., Дуданова О.П.
Петрозаводский государственный университет, Больница скорой медицинской помощи, Петрозаводск, Россия

Цель исследования: определить диагностическую значимость фекального кальпротектина (ФК) при воспалительных заболеваниях кишечника (ВЗК).

Материалы и методы. Обследованы 39 больных ВЗК: 31 язвенным колитом (ЯК) и 8 болезнью Крона (БК). Среди больных ЯК у 15 выявлялось тотальное поражение толстой кишки, у 9 – субтотальное, у 7 – левостороннее. Среди больных болезнью Крона у 7 была свищевая форма илеоколита, у 2 – воспалительная. Диагноз верифицирован на основании комплексного клинико-лабораторного, эндоскопического, гистологического и морфологического исследования. Уровень ФК определялся иммуноферментным методом.

Результаты. Уровень ФК при ЯК во время обострения составил (775,4±140,2) мкг/г, при БК – (584,2±210,0) мкг/г ($p>0,05$), в период клинического улучшения – (187,5±151,7) мкг/г и (140,0±88,9) мкг/г соответственно. По сравнению с традиционными маркерами воспаления при ВЗК частота увеличения ФК была максимальной: ФК увеличивался у 100% больных ВЗК, СРБ – у 79,5%, лейкоциты – у 74,3%, тромбоциты – у 66,7%, СОЭ – у 66,7%, фибриноген – у 46,2% больных соответственно. Отмечалась тесная позитивная связь уровня ФК с тяжестью клинической картины ВЗК ($r=0,75$; $r<0,05$), с выраженностью эндоскопической ($r=0,71$) и гистологической активности ($r=0,82$; $p<0,05$). Среди традиционных лабораторных маркеров воспаления ФК наиболее тесно коррелировал с уровнем лейкоцитов (0,75; $p<0,05$), лимфоцитов (0,73; $p<0,05$), тромбоцитов (0,69; $p<0,05$) и СОЭ (0,58; $p<0,05$).

Заключение. Фекальный кальпротектин оказался более чувствительным маркером воспаления при ВЗК, чем традиционные лабораторные показатели. При язвенном колите он повышался более значительно, чем при болезни Крона.

21. Значение выявления серологических маркеров целиакии у детей с синдромом раздраженного кишечника с диареей

Латышев Д.Ю., Лобанов Ю.Ф., Данилов Д.А., Данилов А.Н.
Алтайский ГМУ, Барнаул, Россия, e-mail: ped2@agmu.ru

Цель исследования: установить распространенность серологических маркеров целиакии у детей с синдромом раздраженного кишечника (СРК) с диареей и сопоставить с результатами морфометрического исследования.

Материалы и методы: 56 детей с СРК, средний возраст (11,1±2,3) года. Определяли уровень антител к глиадину (АГА) и тканевой транслугутиназе, у 9 проведено морфологическое исследование биоптатов.

Результаты. Антитела хотя бы одного типа выявлены у 16 (28,5%) детей. У большинства определились положительные АГА – 93,7% от числа серологически положительных пациентов. У 13 детей (86,6% от детей с положительными АГА) выявлены

антитела класса G, и только у 4 (26,6%) – класса A. Антитела к тканевой транслугутиназе обнаружены у 1 (1,8%) ребенка. При проведении морфометрии признаков гиперрегенераторной атрофии не выявлено ни в одном из случаев. Среднее значение высоты ворсинок – (445,7±40,7) мкм, глубины крипт – (149,8±11,6) мкм, соотношение ворсинка/крипта – 2,9±0,2. В 6 случаях (66,6%) выявлено незначительное снижение высоты ворсинок от 467,0 мкм до 387,3 мкм, среднее значение составило (430,7±34,7) мкм. Ни в одном случае увеличения глубины крипт не выявлено, среднее значение составило (149,0±11,9) мкм, нарушения соотношения ворсинка/крипта не отмечено, среднее значение 2,89±0,25. Повышения уровня межэпителиальной лимфоцитарной инфильтрации также не отмечено. Во всех случаях гистологическая картина соответствовала хроническому дуодениту, в трех случаях – слабо, а в 6 случаях умеренно и высоко выраженному.

Выводы. У 28,5% детей с СРК выявляются серологические маркеры целиакии, преимущественно АГА класса G. При морфологическом исследовании признаков целиакии не обнаруживается, что может свидетельствовать об участии в развитии СРК отличных от целиакии механизмов непереносимости глютена.

22. Состояние антиэндоксинного иммунитета при хроническом вирусном гепатите и циррозе печени

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

Цель исследования: изучить состояние иммунного ответа к эндоксинам кишечного микробиоценоза при хроническом вирусном гепатите (ХВГ) и вирусном циррозе печени (ВЦП).

Материал и методы. У 49 больных ХВГ, 60 – ВЦП и 30 здоровых лиц (КГ) методом иммуноферментного анализа (ИФА) определяли концентрацию сывороточных антиэндоксинных антител (АЭА), липополисахаридсвязывающего протеина (LBP) и растворимой формы кластера дифференцировки CD₁₄ (sCD₁₄). У всех больных исследовали маркеры вируса гепатита В (HBV) и С (HCV) методами ИФА и полимеразной цепной реакции.

Результаты. Концентрация АЭА в КГ составила в среднем (8,0±0,4) мкг/мл, при ХВГ – (8,54±1,24) мкг/мл, при ЦП – (10,0±1,1) мкг/мл. У HBV-позитивных больных ЦП уровень АЭА составил (11,67±1,33) мкг/мл против (8,0±0,8) мкг/мл у HCV-позитивных. Установлена статистически достоверная корреляция ($r=0,444$) между повышенным уровнем АЭА и наличием в крови маркеров HBV. В отношении HCV наблюдалась сходная тенденция, не достигающая статистической достоверности. Концентрация LPB в КГ составила в среднем (13,5±0,9) мкг/л, при ХВГ – (33,2±2,3) мкг/л, а при ЦП – (39,0±1,5) мкг/л ($\chi^2=18,0$, $p=0,0001$). Концентрация sCD₁₄ в КГ составила (2,7±0,3) мкмоль/л, при ХВГ – (4,9±0,1) мкг/л, при ЦП – (5,2±0,2) мкмоль/л ($\chi^2=15,2$; $p=0,0002$). Коэффициент корреляции между LPB и sCD₁₄ составил при ХВГ $r=0,35$; при ЦП $r=0,42$, что отражает их более тесную взаимосвязь при прогрессировании печеночного процесса, развитии портальной гипертензии.

Заключение. У больных ХГ и ЦП вирусной этиологии выявлен достоверный рост маркеров антиэндоксинного иммунитета АЭА, LPB и sCD₁₄, что свидетельствует, с одной стороны, о выраженности синдрома эндоксемии, с другой – о напряжении антиэндоксинного иммунитета.

M

23. Дуплексное сканирование сосудов печени как метод оценки ее фиброза при стеатогепатите различного генеза

Мавлитова Л.А., Широких И.Н., Хлынова О.В.
Пермская ГМА им. акад. Е.А. Вагнера, Россия,
e-mail: olgakhlynova@mail.ru

Цель исследования: оценка характера взаимосвязей между некоторыми гемодинамическими характеристиками и выраженностью фиброза печени при стеатогепатите различного генеза.

Материалы и методы. Обследованы две группы пациентов: 33 человека с неалкогольным стеатогепатитом (НАСГ) и 18 человек с алкогольным генезом стеатогепатита (АСГ). У всех пациентов изучены следующие ультразвуковые характеристики: максимальная систолическая, конечно-диастолическая и средняя скорости кровотока в селезеночной и печеночной артериях, диаметры селезеночной и воротной вен, средняя скорость кровотока в воротной вене. Исследование выполнено с помощью ультразвукового сканера Philips Envisor C HD в режиме дуплексного сканирования. В качестве референсного метода оценки плотности печени и стадии фиброза применялась ультразвуковая эластография печени (УЗЭ) с помощью аппарата Fibroscan по стандартной методике.

Результаты. Изучена корреляционная связь параметров гемодинамики и плотности печени. В группе АСГ обнаружена корреляция плотности печени и следующих гемодинамических характеристик селезеночной артерии: максимальная систолическая скорость кровотока (в подгруппе с фиброзом F0-4: $r=0,53$, $p=0,043$), конечно-диастолическая скорость кровотока (в подгруппе с фиброзом F1-4: $r=0,80$, $p=0,010$), средняя скорость кровотока (в подгруппе с фиброзом F1-4: $r=0,80$, $p=0,010$). С помощью статистического метода множественной регрессии получено уравнение, позволяющее прогнозировать значение плотности печени, основываясь на ультразвуковых характеристиках кровотока в селезеночной артерии. Уравнение регрессии для пациентов с АСГ было следующим:

$$ПП = -1,17 + 0,11 \times МССК - 0,11 \times КДСК + 0,16 \times ССК,$$

где ПП – плотность печени, МССК – максимальная систолическая скорость кровотока, КДСК – конечно-диастолическая скорость кровотока, ССК – средняя скорость кровотока.

Чтобы оценить способность полученного индекса дифференцировать стадии фиброза, использован Т-критерий для независимых выборок. Расчеты показали, что данный индекс разграничивает начальный-умеренный фиброз (F0-2) и выраженный-тяжелый фиброз (F3-4) ($p=0,045$).

В группе НАЖБП ни одна из изучаемых ультразвуковых характеристик не показала связи с плотностью печени.

Выводы. Таким образом, в группе АСГ обнаружена корреляционная связь плотности печени и характеристик кровотока в селезеночной артерии. На основе этих параметров создан индекс, позволяющий достоверно разграничивать стадии фиброза при данном этиологическом варианте хронического гепатита. Тот факт, что при АСГ изменения гемодинамики проявляются в большей степени, нежели в остальных группах, объясняется, по нашему мнению, известными особенностями патогенеза хронического алкогольного гепатита: выраженный перивенулярный фиброз и раннее развитие синдрома портальной гипертензии. К сожалению, изучение ультразвуковых показателей у пациентов с НАСГ на данном этапе не выявило их значимой взаимосвязи с выраженностью фиброза.

24. Некоторые биохимические и иммунологические изменения при гастродуоденальном кровотечении

Матвеева Л.В., Горяев В.М., Митина Е.А., Мосина Л.М., Солдатова А.А.
МГУ им. Н.П. Огарева, Саранск, Россия

Цель работы: исследовать некоторые биохимические и иммунологические изменения крови при язвенной болезни желудка, осложненной кровотечением.

Материалы и методы. Обследованы 10 практически здоровых лиц, не имеющих признаков гастро- и иммунопатологии – I группа. II группу составили 30 больных с гастродуоденальным кровотечением при обострении язвенной болезни желудка.

Результаты. Уровень общего и непрямого билирубина у больных относительно I группы повышался ($p<0,05$) на 33,7% и 43,1% соответственно, содержание α -амилазы увеличивалось на 369,4% ($p<0,001$). Аланиновая и аспарагиновая трансаминазы у больных относительно значений контрольной группы проявляли тенденции к снижению. У 20% больных с тяжелым кровотечением коэффициент де Ритиса составил в среднем 1,3, что могло быть обусловлено гипоксией тканей. Количество общего белка у

больных уменьшалось, отражая степень кровопотери. Уровень глюкозы в крови обследованных II группы относительно I группы повышался ($p<0,01$) на 43,5%, что являлось следствием кровопотери и усиливало энергетическое голодание клеток тканей. Уровень креатинина проявлял тенденцию к повышению. Количество мочевины в крови увеличивалось на 79,8% ($p<0,01$). Известно, что нарушения синтеза мочевины приводят к накоплению в клетках аммиака, что впоследствии сказывается на тканевом дыхании, угнетая его.

Эритропоэтин в сыворотке больных повышался относительно значений контрольной группы на 292% ($p<0,001$), что свидетельствовало о гипоксии тканей и являлось компенсаторным механизмом кровопотери, направленным на восстановление гомеостаза организма.

Выводы. У обследованных больных определяются биохимические признаки гастродуоденального кровотечения, осложняющего течение язвенной болезни. Увеличение уровня эритропоэтина является благоприятным фактором ускорения эпителизации язвенных дефектов.

25. Состояние желудочного кислотообразования у больных хроническим гастритом

Матвеева Л.В., Зверева С.И., Мосина Л.М., Митина Е.А.
МГУ им. Н.П. Огарева, Саранск, Россия

Цель исследования: определить состояние кислотообразующей и кислотонейтрализующей функций желудка у больных хроническим гастритом.

Материалы и методы. Были обследованы 122 больных хроническим гастритом и 40 клинически здоровых лиц при получении их информированного согласия. Двухчасовую внутрижелудочную рН-метрию проводили на аппарате АГМ-03 (ЗАО НПП «Исток-Система», Россия).

Результаты. Больные хроническим гастритом в зависимости от стадии атрофии, выявленной морфологически, были разделены на группы: 1-я группа – 42 пациента с хроническим неатрофическим гастритом, 2-я группа – 40 больных с очагово-атрофическим гастритом, 3-я группа – 40 пациентов с распространенным атрофическим гастритом.

У 61,9% больных 1-й группы в базальных условиях регистрировалось нормацидное состояние желудка, кислотонейтрализующая функция антрального отдела желудка компенсировала увеличение кислотообразования. У 23,8% больных отмечалось повышение продукции соляной кислоты на фоне снижения ощелачивающей функции желудка. У 14,3% больных наблюдалось угнетение кислотообразующей (рН тела желудка 4,0–2,1) и кислотонейтрализующей (рН антрального отдела 4,8–2,2) функций желудка.

У 35% больных 2-й группы в базальных условиях регистрировалось нормацидное состояние желудка, кислотонейтрализующая функция антрального отдела желудка была компенсирована. У 65% больных наблюдалось угнетение кислотообразования и кислотонейтрализации (рН антрального отдела 4,9–4,0).

У всех больных 3-й группы в базальных условиях наблюдалось угнетение кислотообразующей и кислотонейтрализующей функций желудка. Гипоацидность желудка регистрировалась у 52,5% больных, субанацидность – у 17,5%, анацидность – у 30% пациентов. Нормацидное и гиперацидное состояния желудка у больных хроническим распространенным атрофическим гастритом не определялись.

Таким образом, состояние кислотообразующей и кислотонейтрализующей функций желудка определяются выраженностью атрофического процесса слизистой оболочки.

26. Состояние желудочного кислотообразования у здоровых лиц и больных раком желудка

Матвеева Л.В., Зверева С.И., Мосина Л.М., Митина Е.А.
МГУ им. Н.П. Огарева, Саранск, Россия

Цель исследования: определить состояние кислотообразующей и кислотонейтрализующей функций желудка у больных раком желудка.

Материалы и методы. Было проведено комплексное обследование 40 больных раком желудка и 40 клинически здоровых лиц при получении их информированного согласия.

Эндоскопическую рН-метрию больным раком желудка и двухчасовую внутрижелудочную рН-метрию клинически здоровым добровольцам проводили на аппарате ацидогастрометр-03 (ЗАО НПП «Исток-Система», г. Фрязино, Россия).

Результаты. Среди клинически здоровых лиц нормацидное состояние кислотообразования определялось у 87,5%: базальный уровень рН тела желудка колебался от 1,6 до 2,0, при стимуляции – от 1,2 до 2,0, кислотонейтрализующая функция антрального отдела была компенсирована. У 5% обследованных регистрировалась гипоацидность: повышение базального рН тела желудка до 2,2, при стимуляции – до 2,1, функция ощелачивания была компенсирована. У 7,5% людей отмечалось увеличение кислотообразования в теле желудка: базальный уровень рН снижался до 1,3, кислотонейтрализующая функция антрального отдела была компенсирована. У 85% больных раком желудка определялось снижение кислотности желудка: у 45% больных – состояние гипоацидности, у 15% – субанацитности, у 25% – анацитности. Нормацидность отмечалась у 10% больных, что было реже в 8,8 раза, чем у клинически здоровых лиц. Гиперацитность определялась у 5% пациентов, что было реже в 1,5 раза, чем у клинически здоровых лиц.

Базальный уровень рН в теле желудка составлял $4,35 \pm 0,40$, на 143% превышая значения контрольной группы ($p < 0,001$). Средние значения рН в антральном отделе составляли $3,97 \pm 0,18$ и были меньше значений контрольной группы на 21,1% ($p < 0,01$).

Таким образом, у больных раком желудка и клинически здоровых лиц определяются статистические отличия состояния желудочного кислотообразования, являющегося важным патогенетическим механизмом развития опухолевого процесса.

27. Гуморальный иммунный ответ к *Clostridium difficile* у пациентов с язвенным колитом

Мухаметова Д.Д.¹, Абдулганиева Д.И.¹, Зинкевич О.Д.², Сафина Н.А.², Одинова А.Х.³

¹Казанский ГМУ, ²Казанская ГМА, ³Республиканская клиническая больница, Казань, Россия

Инфекция *C. difficile*, как известно, играет определенную роль в патогенезе язвенного колита (ЯК). Изучение содержания антител к *C. difficile* может способствовать более полному пониманию патогенеза этого заболевания.

Цель исследования: оценить уровни IgA, IgM и IgG к *C. difficile* у пациентов с ЯК.

Материалы и методы. В исследование были включены 92 пациента с ЯК (87 пациентов в обострении и 5 на стадии ремиссии) и 30 здоровых добровольцев. Концентрации IgA, IgM и IgG к *C. difficile* оценивали с помощью иммуноферментного анализа.

Средний возраст пациентов составил ($38,18 \pm 1,23$) года, в контрольной группе – ($30,13 \pm 1,53$) года. Тяжесть ЯК оценивали по шкале Мейо. Легкая степень была у 28 (32,2%) больных, умеренная – у 43 (49,4%), тяжелая – у 16 (18,4%).

Результаты. Наблюдалось увеличение IgA к *C. difficile* при обострении ЯК – ($0,017 \pm 0,003$) мкг/мл, $p > 0,05$, и при ремиссии – ($0,06 \pm 0,05$) мкг/мл, $p > 0,05$, по сравнению с контрольной группой – ($0,009 \pm 0,005$) мкг/мл. Отмечается увеличение изучаемого IgM при обострении – ($5,46 \pm 0,41$) мкг/мл, $p < 0,05$, и при ремиссии – ($5,77 \pm 2,09$) мкг/мл, $p > 0,05$, по сравнению с контрольной группой – ($3,0 \pm 0,4$) мкг/мл. Также увеличены IgG к *C. difficile* при обострении – ($6,49 \pm 1,13$) мкг/мл, $p < 0,05$, и при ремиссии – ($6,05 \pm 3,17$) мкг/мл, $p > 0,05$, по сравнению со здоровыми ($1,76 \pm 0,27$) мкг/мл.

Выявлена тенденция уменьшения концентрации антител с увеличением тяжести заболевания.

Иммунный ответ коррелировал с клинической картиной ЯК – с увеличением IgA к *C. difficile* частота стула уменьшается ($r = -0,23$; $p < 0,05$), консистенция стула становится менее жидкой ($r = -0,27$; $p < 0,05$). С увеличением возраста пациентов увеличивается уровень IgG к *C. difficile* ($r = 0,24$; $p < 0,05$). Также имелись корреляционные связи с некоторыми лабораторными показателями: с уве-

личением IgA к *C. difficile* увеличивается уровень γ -глобулинов в крови ($r = 0,31$; $p < 0,05$); с увеличением IgG к *C. difficile* увеличивается уровень $\alpha 1$ -глобулинов ($r = 0,30$; $p < 0,05$).

Выводы. При обострении ЯК было отмечено повышение уровня IgM и IgG к *C. difficile*.

Н

28. Оценка влияния сукцинатсодержащих лекарственных препаратов на течение неалкогольного стеатогепатита у пациентов с метаболическим синдромом в краткосрочном и долгосрочном периодах терапии

Некрасова А.С., Стельмах В.В., Козлов В.К.

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

Цель исследования: изучить влияние сукцинатсодержащих лекарственных препаратов на течение неалкогольного стеатогепатита (НАСГ) у пациентов с метаболическим синдромом (МС) в краткосрочном и долгосрочном периодах лечения.

Материалы и методы. В клинике внутренних болезней и нефрологии под наблюдением находились 94 пациента с НАСГ на фоне МС (54,2% мужчин и 45,8% женщин). Средний возраст больных составил ($47,6 \pm 11,6$) года. Всем пациентам проводилось комплексное обследование, включающее клинические, инструментальные (УЗИ, ФГДС, эластометрия печени), лабораторные методы исследования, серологические маркеры вирусов гепатита В и С, показатели обмена меди, железа, выяснялся алкогольный, лекарственный анамнез.

Пациенты были разделены на 2 группы, сопоставимые по полу, возрасту и основным биохимическим показателям. Больные основной группы ($n = 68$) получали инфузионную терапию метаболическим корректором с гепатопротективной активностью ремаксолом по 400 мл внутривенно капельно в течение 10 дней с последующим переходом на пероральный прием сукцинатсодержащего цитопротектора цитофлавина в составе комплексной терапии (по 1 таблетке 3 раза в день 10 дней каждого месяца). Пациенты группы сравнения ($n = 26$) получали инфузионную терапию s-аденозил-l-метионином по 400 мг внутривенно капельно в течение 10 дней с последующим переходом на пероральный прием s-аденозил-l-метионина в составе комплексной терапии (по 400 мг 2 раза в день 10 дней каждого месяца). Период наблюдения составил 18 месяцев.

Результаты. Через 10 дней курса инфузионной терапии ремаксол оказывал благоприятное влияние на основные клинико-биохимические показатели, а именно: уменьшились проявления синдрома цитолиза (уровень АЛТ крови снизился на 20%, $p = 0,000001$, АСТ – на 37%, $p = 0,0002$) и холестаза (показатель ГГТП снизился на 30%, $p = 0,000006$). На фоне терапии ремаксолом также наблюдалось уменьшение атерогенной дислипидемии в виде снижения содержания общего холестерина крови на 9%, $p = 0,00008$, и триглицеридов на 13%, $p = 0,01$.

Курс инфузионной терапии s-аденозил-l-метионином также оказывал благоприятное воздействие на основные биохимические показатели и способствовал уменьшению проявлений синдромов цитолиза и холестаза. Так, наблюдалось снижение уровня АЛТ крови на 16% ($p = 0,01$), АСТ – на 13% ($p = 0,07$), ГГТП – на 11% ($p = 0,01$). Десятидневный курс инфузионной терапии s-аденозил-l-метионином не оказывал влияния на атерогенную дислипидемию у пациентов с НАСГ на фоне МС.

В долгосрочном периоде наблюдения на протяжении 18 месяцев у 75% пациентов, продолживших пероральный прием сукцинатсодержащих лекарственных препаратов, наблюдалась полная нормализация гиперферментемии (регрессия синдромов цитолиза и холестаза), в то время как в группе больных, получавших s-аденозил-l-метионин, этот показатель нормализовался только у 38% случаев ($p = 0,03$).

У пациентов основной группы наблюдалось уменьшение атерогенной дислипидемии: через 18 месяцев лечения нормализация триглицеридов крови выявлена у 41% больных, в то время как в группе сравнения – только у 7% ($p = 0,04$).

Вывод. Полученные данные свидетельствуют о положительном влиянии инфузионной терапии ремаксолом на функциональное состояние печени и липидный обмен, а так же о перспективе длительного перорального применения сукцинатсодержащих лекарственных препаратов на амбулаторном этапе в комплексной терапии больных с НАСГ на фоне МС.

О

29. Особенности восприятия болевого синдрома пациентами, страдающими язвенной болезнью

Оганезова И.А., Белоусова Л.Н., Оганезова Е.С.

СЗГМУ им. И.И. Мечникова, Городская поликлиника № 6, Санкт-Петербург, Россия

Цель исследования. Абдоминальный болевой синдром является ведущим дифференциально-диагностическим критерием язвенной болезни (ЯБ). Для медицинской практики в связи с «сигнальным» значением боли очень важной является объективная характеристика выраженности болевого ощущения.

Материалы и методы. Были обследованы пациенты с установленным диагнозом ЯБ, всего 61 человек, средний возраст (41,57±1,23) года. Для объективизации субъективного восприятия болевых ощущений был использован McGill Pain Questionnaire, разработанный в 1971 г. R. Merzak и W. Torgerson, являющийся одним из наиболее информативных клинко-психологических методов, позволяющих количественно охарактеризовать боль с точки зрения ее сенсорных качеств, эмоциональной окраски и интенсивности.

Результаты. При анализе данных опросника у пациентов с диагнозом ЯБ выявлены более высокие значения ранговых показателей сенсорной и аффективной шкал по сравнению с литературными данными, что свидетельствует о яркой, «выразительной» эмоциональной окраске интенсивности болевого синдрома. Выраженность аффективных проявлений болевого синдрома была значительно выше у тех пациентов, у которых ЯБ дебютировала в зрелом возрасте: $r_{\text{ГДАШ-возраст дебюта}}=0,83$ ($p=0,040$), $r_{\text{ГРАШ-возраст дебюта}}=0,92$ ($p=0,001$). Наиболее существенным фактором, оказывающим влияние на сенсорное и аффективное восприятие боли, являлась наследственная отягощенность по ЯБ. У лиц с положительным семейным анамнезом выявлены достоверно более высокие значения по всем шкалам McGill. Также установлено, что параметры болевого синдрома по шкале McGill изменялись по мере увеличения выраженности личностной и ситуативной тревожности: увеличивалось количество выбранных дескрипторов и ранговые значения как аффективной, так и сенсорной шкал восприятия боли.

30. Применение отечественных хлебобулочных изделий для диетотерапии больных целиакией

Орешко Л.С., Терновский Г.В., Соловьева Е.А., Журавлева М.С., Меледина Т.В., Шлейкина А.Г.
СЗГМУ им. И.И. Мечникова (каф. пропедевтики внутренних болезней), Санкт-Петербургский филиал ГосНИИ хлебопекарной промышленности Россельхозакадемии, Санкт-Петербург, Россия

Цель исследования: определить эффективность использования разработанного отечественного ассортимента хлебобулочных изделий в диетотерапии больных целиакией.

Введение. В настоящее время согласно эпидемиологическим данным наблюдается рост заболеваемости желудочно-кишечного тракта. Широкое распространение получила глютеновая энтеропатия (целиакия), частота которой во взрослой популяции большинства стран мира составляет приблизительно 1:100 – 1:250. В России распространенность целиакии достигает 1:250. У данной группы больных при употреблении в пищу злаковых культур, содержащих глютен, происходит атрофия слизистой оболочки тонкой кишки, что приводит к развитию синдрома мальабсорбции. Основным методом лечения целиакии является пожизненная диета с полным исключением всех содержа-

щих глютен продуктов – пшеницы, ячменя, овса, ржи. В настоящее время на рынке хлебобулочная продукция представлена в основном импортными товарами и отечественными аналогами с высокой стоимостью. В Санкт-Петербургском филиале ГосНИИ хлебопекарной промышленности разработан ассортимент безглютеновых хлебобулочных изделий и смесей для их производства, отличающихся более низкой оптово-отпускной ценой и хорошими органолептическими свойствами.

Материалы и методы. На базе Северо-Западного государственного медицинского университета им. И.И. Мечникова было проведено исследование клинической эффективности разработанной продукции, в котором участвовали 10 человек, больных целиакией. У всех пациентов верификация диагноза проводилась по данным клинической картины, фиброгастродуоденоскопии, морфометрического исследования биоптата слизистой оболочки двенадцатиперстной кишки, HLA-типирования. Средний возраст больных составил (29,0±8,1) года. Всем пациентам до и после использования безглютеновой продукции проводился стандартизированный респонс для выявления и уточнения характера жалоб. Качественное и количественное определение антител к глиадину (AGA) Ig A и Ig G проводилось по принципу двухсайтового (ELISA) иммуноферментного анализа (ООО «Хема-Медика», Москва / Xema-Medica Co. Ltd.). Срок употребления разработанной продукции в пищу составлял 10 дней. Оценка эффективности проведенной терапии проводилась по динамике субъективных клинических симптомов, по динамике данных иммунологического исследования и по показателям копрограммы.

Результаты. Среди находившихся под наблюдением пациентов не было выявлено статистически значимых различий в клинической симптоматике до и после употребления в пищу разработанной безглютеновой продукции. При оценке иммунологического статуса больных роста содержания антител к глиадину не выявлено, что говорит об отсутствии стимулирования данным видом продукции патологического иммунного ответа. При сравнении копрологических данных до и после десятидневного применения данного вида изделий не отмечалось появления признаков энтерального синдрома.

Выводы. Применение отечественных безглютеновых хлебобулочных изделий и смесей показало клиническую и патогенетическую эффективность у больных целиакией. При этом не получено данных об иммунологических или функциональных изменениях на фоне их употребления. Таким образом, введение на рынок разработанной продукции может позволить пациентам разнообразить рацион при соблюдении аглютеновой диеты и сделать такие продукты более доступными.

П

31. Кишечная метаплазия и *Helicobacter pylori* у больных хроническим гастритом

Павлович И.М., Гордиенко А.В., Наумова Е.В.
Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова (каф. госпитальной терапии), Санкт-Петербург, Россия

Актуальность. Инфицированность населения *Helicobacter pylori* (*H.pylori*) в РФ превышает 80%. Риск развития рака желудка у инфицированных *H.pylori* увеличивается в 4-6 раз. Как известно, раку желудка предшествуют изменения, обозначаемые как предраковые, к основным из которых относится кишечная метаплазия.

Цель исследования: оценить наличие *H.pylori* и кишечной метаплазии у больных хроническим гастритом (ХГ).

Материалы и методы. Обследованы 118 больных ХГ (средний возраст (54,9±1,6) года). Диагноз ХГ формулировали на основании характерных жалоб, анамнеза, результатов объективного обследования, лабораторных и инструментальных исследований. Решающими в постановке диагноза были данные морфологического исследования биоптатов слизистой оболочки желудка. Проводили эзофагогастродуоденоскопию с прицельной биопсией, на исследование направляли 4 биоптата: по два из тела и ан-

трального отдела желудка. Для выявления *H.pylori* использовали быстрый уреазный тест.

Результаты. Из 118 больных ХГ кишечная метаплазия обоих типов (полного и неполного) была выявлена в 38 случаях (у 32,2% обследуемых). Полную метаплазию наблюдали у 27 обследуемых (71,1%), из которых 17 человек (62,9%) имели различную степень обсемененности *H.pylori*. Неполная метаплазия верифицирована у 11 больных ХГ (28,9%), из которых у 5 обследуемых (45,4%) была диагностирована *H.pylori*. При статистической обработке данных различия между группами были недостоверными ($p > 0,05$). Однако достоверно чаще ($p < 0,05$) кишечная метаплазия встречается в антральном отделе – в 26 случаях (68,4%), чем в теле желудка – в 12 случаях (31,6%).

Выводы. У больных ХГ тип кишечной метаплазии не ассоциируется с наличием *H.pylori*, при этом достоверно чаще ($p < 0,05$) кишечная метаплазия встречается в антральном отделе желудка.

32. Роль *Helicobacter pylori* в развитии сердечно-сосудистых заболеваний

Павлович И.М., Барсуков А.В., Родичев Н.С.
Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова (каф. госпитальной терапии), Санкт-Петербург, Россия

Актуальность: смертность от сердечно-сосудистых заболеваний в 2013 году по данным Росстата в России составила 700,4 человек на 100 тыс населения, что занимает лидирующее положение среди причин летальных исходов. Основными факторами сердечно-сосудистой патологии являются атеросклеротические изменения в сосудах и атеротромбоз. Однозначного и окончательного ответа на вопрос о причинах развития атеросклероза пока нет. Ранее считалось, что атеросклероз обусловлен нарушениями метаболизма и транспорта липидов. Согласно современным представлениям, системное воспаление, вызванное хроническими инфекциями, играет одну из главных ролей в атерогенезе, начиная с инициации, развития повреждения сосудистой стенки, нестабильности атеромы и возникновения тромботических осложнений. Поэтому в настоящее время много внимания уделяется влиянию инфекционной нагрузки, вызывающей вялотекущую системную воспалительную реакцию с последующим формированием атеросклеротических бляшек.

Цель исследования: изучить современное представление о влиянии *Helicobacter pylori* (*H.pylori*) на сердечно-сосудистую систему методом анализа результатов последних исследований в данной области.

Материалы и методы. Проанализировано 22 источника современной литературы 12 отечественных и 10 иностранных авторов.

Результаты. При обзоре публикаций в данной области было обнаружено, что в одном из проведенных исследований выяснилось, что *H.pylori* присутствует в атероме больных с острыми коронарными синдромами в 32% случаев. По данным различных авторов, хеликобактериозом страдает более 50% жителей Земли, и этот факт настораживает и заставляет серьезно задуматься о вкладе этого микроорганизма в развитие сердечно-сосудистой патологии. В настоящий момент нельзя утверждать, что именно хеликобактер пилори является первопричиной развития атеросклеротических бляшек, но нельзя и отрицать его существенный вклад в процесс атерогенеза за счет системной воспалительной реакции, протекающей с активацией сывороточных и тканевых цитокинов, нарушением цитокинового баланса и цитокин-рецепторного каскада, ведущего к изменению Th1/Th2 ответа, способствующего развитию иммунопатологических реакций. Кроме того, еще одним косвенным механизмом, с помощью которого некоторые инфекционные агенты, такие как *H.pylori*, могут играть роль в патогенезе атеросклероза, является молекулярная мимикрия. За последние годы интерес к хеликобактерной инфекции и ее внежелудочным проявлениям не угасает. Так, ряд зарубежных исследователей определили, что наиболее сильная связь с системной воспалительной реакцией отмечается при инфицировании CagA-положительным штаммом *H.pylori*. В одном исследовании было продемонстрировано, что положительный результат серологического теста на CagA достоверно ассоциирован с частотой острых коронарных событий. Еще одна группа

ученых, проанализировав биоптаты из коронарных атеросклеротических бляшек, пришла к выводу, что у некоторых пациентов наряду с повышением в крови IgG возрастает и IgA. Пациенты с положительным результатом теста на *H.pylori* IgA имеют более высокий уровень общего холестерина и липопротеинов низкой плотности, чем IgA-отрицательные пациенты. Следует отметить, что одну из ключевых ролей в атерогенезе играют качественные нарушения структуры и функции липопротеинов, в развитии которых воспаление (системного характера) играет одну из главных ролей, сводящихся, прежде всего, к модификации липопротеинов, в результате которой они приобретают проатерогенные свойства. Кроме того, отмечена прямолинейная связь между степенью обсемененности CagA-положительной *H.pylori* желудочно-кишечного тракта и выраженностью системной воспалительной реакции.

Существуют исследования, в которых не обнаружено четких взаимосвязей между *H.pylori* и ангиографической оценкой выраженности атеросклероза, но они показали хорошую корреляцию между *H.pylori* и снижением холестерина ЛПВП. Еще одна работа ученых доказывает влияние *H.pylori* на сердечно-сосудистую систему. Авторы опубликовали данные скринингового исследования населения с помощью компьютерной томографии, определяющей связь между *H.pylori* и кальцинозом коронарных артерий. Анализ полученных данных показал, что у пациентов, страдающих хеликобактерной инфекцией, кальциноз в коронарных артериях более выражен. Ученые сделали вывод, что *H.pylori*-серопозитивные пациенты находятся в группе повышенного риска коронарного атеросклероза независимо от традиционных факторов сердечно-сосудистого риска. Любопытно также отметить, что ученые получили данные о снижении артериального давления у лиц, страдающих гипертонической болезнью, после эрадикации *H.pylori* CagA-положительных пациентов. Было сделано предположение, что возможные связи между гипертонической болезнью и инфекцией *H.pylori* могут привести к активации цитокинового каскада с высвобождением vasoактивных веществ из первичного очага инфекции, или молекулярной мимикрии между CagA антигеном *H.pylori* и некоторыми пептидами, влияющими на эндотелиальные клетки и клетки гладкой мускулатуры. Также в некоторых работах прослеживается четкая взаимосвязь между CagA антигеном *H.pylori* и риском развития у пациентов ишемического инсульта. Важным и перспективным направлением в исследованиях является изучение влияния системной воспалительной реакции на появление в крови ранних маркеров кардиоваскулярного риска и их ассоциации с *H.pylori*. Возможно, этот путь расширит представление о патогенезе и даст возможность осуществлять более раннюю диагностику атеросклеротических повреждений на обратимых стадиях.

Выводы. Несомненно, что хеликобактерная инфекция является системным воспалительным фактором, изменяющим липидный состав крови и активирующим процесс перекисного окисления липидов с формированием атерогенной дислипидемии. Целесообразно продолжить исследования сложного взаимодействия между инфекционной нагрузкой и атеросклерозом, так как вопросов без ответа остается еще очень много.

33. Выявление атрофии у больных хроническим гастритом: возможности фиброгастроскопии

Павлович И.М., Гордиенко А.В., Родичев Н.С.
Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова (каф. госпитальной терапии), Санкт-Петербург, Россия

Актуальность: среди большого количества исследований, направленных на выявление атрофических изменений у больных хроническим гастритом, далеко не всегда отмечается корреляция между эндоскопической картиной слизистой оболочки желудка и гистологическими данными. Существуют противоречивые мнения различных авторов относительно информативности эндоскопического исследования.

Цель исследования: оценить корреляцию между результатами применения эндоскопических и морфологических методов диагностики атрофических изменений у больных хроническим атрофическим гастритом (ХАГ).

Материалы и методы. Обследованы 48 больных хроническим атрофическим гастритом (средний возраст (55,9±1,7) года). Диагноз ХАГ формулировали на основании характерных жалоб, анамнеза, результатов объективного обследования, лабораторных и инструментальных исследований. Решающими в постановке диагноза были данные морфологического исследования биоптатов слизистой оболочки желудка. Проводили фиброгастроуденоскопию с прицельной биопсией, на исследование направляли 4 биоптата: по два из тела и антрального отдела желудка. Оценивали совпадение результатов эндоскопического и гистологического методов.

Результаты. Из 48 больных ХАГ при проведении фиброгастроуденоскопии атрофические изменения были диагностированы у 29 (60,2%), в то время как при гистологическом исследовании атрофия слизистой оболочки обнаружена у всех 48 обследуемых (100%). Таким образом, совпадение результатов эндоскопического исследования с результатами морфологической диагностики были отмечены лишь в 60,2% случаев. Была также оценена корреляция в зависимости от локализации атрофических изменений. При этом наибольшее число совпадений было отмечено при локализации атрофии в слизистой оболочке антрального отдела желудка (в 75,5% случаев), а при локализации атрофии одновременно в теле и антральном отделе желудка и при локализации только в теле желудка совпадение результатов имело место в 55,5% и 52% случаев соответственно ($p < 0,05$).

34. Атрофический гастрит у жителей Санкт-Петербурга

Павлович И.М., Наумова Е.В., Родичев Н.С., Бондаренко А.И.

Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова (каф. госпитальной терапии), Санкт-Петербург, Россия

Актуальность. Хронический гастрит является широко распространенным заболеванием. Длительное течение хронического гастрита способствует глубоким дистрофическим и атрофическим изменениям слизистой оболочки желудка. При этом появление в слизистой оболочке желудка атрофии и изменений, считающихся предраковыми (кишечной метаплазии и дисплазии), создает условия для канцерогенеза желудка. Также в настоящее время постулируется этиологическая роль *Helicobacter pylori* (Н.р.), которая модифицирует физиологические функции желудка, инициирует воспаление и атрофические изменения, изменяет процессы контроля пролиферации и дифференцировки эпителиоцитов.

Цель исследования: изучить заболеваемость атрофическим гастритом жителей Санкт-Петербурга.

Материалы и методы. Были обследованы 1106 больных гастроэнтерологического профиля: 656 мужчин и 450 женщин в возрасте от 38 до 80 лет (средний возраст (58,4±5,6) года). Больные атрофическим гастритом были разделены по возрасту на 3 группы: 1-я группа – до 60 лет, 2-я группа – от 60 до 70 лет, 3-я группа – старше 70 лет. Исследование проводилось с помощью эндоскопа фирмы «Olympus». Решающим аргументом в постановке окончательного диагноза являлись данные морфологического исследования слизистой оболочки желудка. Обсемененность слизистой оболочки желудка Н.р. определяли с помощью уреазного теста.

Результаты. В результате проведенного исследования 102 пациентам (56 мужчин (55%) и 46 (45%) женщин), что составило 9% от общего числа обследованных, был выставлен диагноз «атрофический гастрит». В 1-й группе было выявлено 25 случаев заболеваемости (мужчин 15, женщин 10); во 2-й группе – 32 случая (мужчин 19, женщин 13), в 3-й группе – 45 случаев (мужчин 22, женщин 23). Обсемененность слизистой оболочки желудка Н.р. была выявлена у 98 больных (96,1%) атрофическим гастритом.

Выводы. Заболеваемость атрофическим гастритом составила 9%, причем заболеваемость преобладает у людей пожилого возраста – 2-я и 3-я группы, что обусловлено прогрессированием атрофического процесса в слизистой оболочке желудка с возрастом. Мужчины болеют несколько чаще, чем женщины (55% и 45% соответственно). Обсемененность слизистой оболочки желудка Н.р. выявлена у большинства больных атрофическим гастритом (96,1%).

Р

35. Современные возможности определения полиморфизма гена CYP2C19 у пациентов с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью в крымской популяции

Работягова Ю.С., Клярская И.Л.

Крымский ГМУ, Симферополь, Республика Крым, Россия, e-mail: yliyarabotyagova@gmail.com

Цель работы: выявить частоту встречаемости быстрого, промежуточного и медленного типов метаболизма у пациентов крымской популяции, страдающих гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью, с помощью ^{13}C -пантопразолового дыхательного теста.

Материалы и методы. Обследованы 68 пациентов (женщин 47, мужчин 22, возраст больных от 18 до 60 лет, средний возраст (44±12,6) года) с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью. Диагноз ГЭРБ устанавливался на основании типичных рефлюксных симптомов, данных суточной рН-метрии, данных ЭГДС. Всем больным перед началом кислотосупрессивной терапии проводился ^{13}C -пантопразоловый дыхательный тест для определения типа метаболизма и индивидуализации кислотосупрессивной терапии. Оценка результатов теста проводилась по изменению отношения $^{13}\text{CO}_2/^{12}\text{CO}_2$ в выдыхаемом воздухе до и после приема реактива. Это отношение выражается в виде «delta over baseline» (DOB) – изменения по сравнению с исходным уровнем. DOB значительно отличается между тремя группами генотипа: у пациентов с быстрым и ультрабыстрым метаболизмом DOB составляет от 3,5% до 7%; с промежуточным метаболизмом DOB 1-3,5%; с медленным метаболизмом DOB <1%.

Результаты. По результатам ^{13}C -пантопразолового дыхательного теста быстрый метаболизм был у 23 (33,8%) пациентов (средняя DOB (4,9±0,1)%); 38 (55,88%) пациентов имели промежуточный тип метаболизма (средняя DOB (2,4±0,6)%); у 7 (10,29%) пациентов был медленный тип метаболизма (средняя DOB (0,6±0,2)%).

Выводы. Можно предполагать преобладание быстрого и промежуточного типов метаболизма у пациентов крымской популяции с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью, что требует корректировки стандартных доз ИПП.

36. Использование дыхательных тестов (ДТ) для оценки эффективности ферментной терапии (ФТ) у больных с хроническим панкреатитом (ХП) после холецистэктомии (ХЭ)

Русин В.И., Сирчак Е.С., Курчак Н.Ю.

Ужгородский национальный университет (мед. ф-т), Украина, e-mail: szircsak_heni@bigmir.net

Цель исследования: изучить эффективность заместительной ФТ (ЗФТ) у больных с ХП после ХЭ с использованием ^{13}C -смешанного триглицеридного (^{13}C -СТДТ) и ^{13}C -амилазного ДТ (^{13}C -АДТ).

Материалы и методы. Обследованы 46 больных с ХП после ХЭ, которые лечились в ЗОКБ им. А. Новака. Для изучения внешнесекреторной недостаточности поджелудочной железы (ВСН ПЖ) до и после лечения всем больным проводили ^{13}C -СТДТ и ^{13}C -АДТ. Больных разделили на 2 группы в зависимости от ЗФТ. Больные I группы (n=22) принимали мезим форте 10000 по 2-4 таблетки 3 раза в день, а больные II группы (n=24) принимали пангрок 25000 по 1-2 капсулы 3 раза в день во время приема пищи.

Результаты. До начала терапии у всех больных выявили ВСН ПЖ по результатам ^{13}C -СТДТ (снижение максимальной концентрации (МК) $^{13}\text{CO}_2$ между 150 и 210 минутами исследования менее 8% и снижение суммарной концентрации (СК) $^{13}\text{CO}_2$ в конце 360 минуты исследования менее 23%) и ^{13}C -АДТ (снижение СК $^{13}\text{CO}_2$ в конце 360 минуты исследования ниже 10%). Проведенная ЗФТ оказалась более эффективной в группе больных с ХП, получавших пангрок 25000. При этом установили повышение МК $^{13}\text{CO}_2$ между 150 и 210 минутами исследования до (9,9±0,5)% и СК $^{13}\text{CO}_2$ в конце 360 минуты исследования до

(25,6±1,2)% по результатам ^{13}C -СТДТ ($p<0,05$). В группе больных, получавших мезим форте 10000, наблюдали только тенденцию к нормализации показателей ^{13}C -СТДТ ($p>0,05$). При анализе результатов ^{13}C -АДТ получили идентичные данные: нормализацию СК $^{13}\text{C}\text{O}_2$ в конце 360 минуты – (14,1±1,2)%; $p<0,05$ у больных II группы и незначительные изменения у I группы больных – (9,5±0,9)%; $p>0,05$).

Выводы. ^{13}C -СТДТ и ^{13}C -АДТ являются информативными методами для исследования ВСН ПЖ и оценки эффективности ЗФТ у больных ХП после ХЭ.

С

37. Частота выявления *Candida albicans* при воспалительных заболеваниях кишечника

Сагынбаева В.Э., Лазебник Л.Б.

Московский ГМСУ им. А.И. Евдокимова, Россия

Кандидоз кишечника – это разновидность тяжелой формы дисбактериоза, развивающейся как следствие длительной антибиотикотерапии или снижения местного иммунитета. Если в кишечнике отсутствует микрофлора для развития нормальных бактерий, в нем размножаются микроорганизмы *Candida albicans*. Основными симптомами являются вздутие живота и поносы.

Цель исследования: изучить частоту выявления *Candida albicans* при воспалительных заболеваниях кишечника (ВЗК).

Материалы и методы. Обследованы 44 больных ВЗК, из них 26 больных язвенным колитом и 16 с болезнью Крона. Возраст больных составлял 17-67 лет, средний возраст – (38,1±2,1) года ($M\pm\sigma$). Диагноз верифицирован данными клинических, лабораторных, иммунологических, гистологических и инструментальных методов исследования. Антитела IgA и IgG к *Candida albicans* исследовались в сыворотке крови больных иммуноферментным методом с применением тест-систем «BCM Diagnostics» (ДРГ, Германия). Статистическая обработка данных проводилась с использованием компьютерной программы «STATISTICA 6.0», достоверность полученных величин определяли при помощи t-критерия Стьюдента.

Результаты и обсуждение. При ВЗК среди 44 больных при обострении заболеваний антитела класса IgG к *Candida albicans* определялись с большой частотой – у 43 человек (97,7%) и в высоком титре – от 12 до 49 ед./мл при норме меньше 11 ед./мл. Содержание антител класса IgG к *Candida albicans* в среднем достигало (35,6±1,4) ед./мл. Антитела класса IgM к *Candida albicans* выявлены у 23 человек (52,2%), их уровень колебался от 12 до 27,8 ед./мл, а концентрация в среднем составляла (16,7±0,8) ед./мл (норма менее 11 ед./мл). Выявление антител IgM к *Candida albicans* свидетельствует об обострении кандидоза кишечника (активации *Candida albicans*), что, возможно, связано с проводимой антибактериальной или иммуносупрессивной терапией. Необходимо отметить, что у 23 больных ВЗК (52,2%) одновременно определялось повышение обоих видов антител (IgM и IgG) к *Candida albicans* при средней концентрации (16,7±0,8) ед./мл и (36,3±2,2) ед./мл соответственно ($p<0,001$).

Заключение. У 97,7% больных воспалительными заболеваниями кишечника в стадии обострения выявляется высокий титр антител класса IgG к *Candida albicans*; у 52,2% больных – антитела класса IgM к *Candida albicans*. Выявление антител к *Candida albicans* свидетельствует об обострении кандидоза кишечника, что, возможно, связано с проводимой антибактериальной или иммуносупрессивной терапией.

38. Патогенетическая роль цитотоксических Т-лимфоцитов в генезе язвенного колита в зависимости от степени активности

Сагынбаева В.Э.¹, Лазебник Л.Б.¹, Астрелина Т.А.²

¹Московский ГМСУ им. А.И. Евдокимова, ²Банк стволовых клеток Департамента здравоохранения Москвы, Россия

Цель исследования: изучить количественные параметры эффекторных цитотоксических лимфоцитов у больных язвенным

колитом при различной степени активности аутоиммунного процесса.

Материал и методы. Обследованы 42 больных язвенным колитом (ЯК), в качестве контрольной группы обследованы 20 больных синдромом раздраженного кишечника, находившихся на стационарном лечении. Возраст больных составлял с 19-70 лет, средний возраст – (41,3±2,3) года ($M\pm\sigma$). Диагноз верифицирован данными клинических, лабораторных, иммунологических, гистологических и инструментальных методов исследования. Было проведено иммунофенотипирование лимфоцитов: CD3-FITC/CD8-PE методом проточной цитометрии. Образец анализировали на проточных цитометрах FACS Calibur («Bekman Dickinson»). Статистическая обработка данных проводилась с использованием компьютерной программы «STATISTICA 6.0», достоверность полученных величин определяли при помощи t-критерия Стьюдента.

Результаты и обсуждение. При сравнительном анализе показателей цитотоксического звена иммунной системы у больных со средней степенью тяжести ЯК – (26,8±3,5)% – выявили статистически значимое снижение ($p<0,001$) относительного количества лимфоцитов, экспрессирующих рецептор $\text{CD3}^+\text{CD8}^+$ по сравнению с больными легкими и тяжелыми степенями тяжести – (28,0±1,9)% и (34,3±7,3)%). Снижение относительного количественного содержания ЦТЛ при средней тяжести ЯК можно предположительно объяснить прогрессированием течения аутоиммунного процесса. Что касается абсолютного количества цитотоксических Т-лимфоцитов, то у данных больных по мере нарастания степени тяжести ЯК – $(0,6\pm0,1)\cdot 10^6$ /мл, $(0,8\pm0,2)\cdot 10^6$ /мл и $(0,9\pm0,3)\cdot 10^6$ /мл соответственно – отмечалось статистически значимое увеличение абсолютного числа $\text{CD3}^+\text{CD8}^+$ -клеток ($p<0,001$).

Заключение. Таким образом, полученные данные свидетельствуют о повышении уровня абсолютного количества цитотоксических Т-лимфоцитов ($\text{CD3}^+\text{CD8}^+$) при нарастании тяжести течения ЯК, однако следует отметить, что помимо количественных параметров важную роль в иммунопатогенезе аутоиммунного процесса имеют функциональные активности эффекторных $\text{CD3}^+\text{CD8}^+$ -клеток.

39. Влияние препарата «Энтеросгель®» на динамику клинических симптомов у пациентов с *H.pylori*-ассоциированными заболеваниями верхних отделов пищеварительного тракта

Сказываева Е.В., Авалуева Е.Б., Ткаченко Е.И.,

Иванов С.В., Лапинский И.В.

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

e-mail: skazyvaeva@yandex.ru

Цель исследования: оценка динамики клинических симптомов у пациентов с *H.pylori*-ассоциированными заболеваниями верхних отделов пищеварительного тракта (ПТ), получавших препарат «Энтеросгель®», и у пациентов группы сравнения.

Материал и методы: 30 пациентов с *H.pylori*-ассоциированными заболеваниями верхних отделов ПТ (возраст (45,6±10,5) года). Группа 1 (n=15): лечение препаратом «Энтеросгель®» (препарат назначали внутрь по 1 дозе пасты 3 раза в день в течение 21 дня). Группа 2 (n=15): лечение – эрадикационная терапия (омепразол 20 мг 2 раза в день, амоксициллин 1000 мг 2 раза в день, кларитромицин 500 мг 2 раза в день в течение 7 дней). Жалобы пациентов оценивались до и после лечения по данным стандартизованного опросника.

Результаты. После курса лечения у пациентов группы 1 отмечена значительная положительная клиническая динамика. У пациентов уменьшились такие симптомы, как изжога, отрыжка и избыточное отхождение газов. Динамика купирования симптомов в обследуемых группах была сходной. В результате статистического сравнения эффективности терапии исследуемым препаратом и эрадикационной терапии были выявлены статистически значимые различия между группами: у пациентов группы 1 в большей степени, чем у пациентов группы 2, уменьшилась частота жалоб на избыточное отхождение газов; у пациентов группы 1 снизилась частота жалоб на урчание в животе, в то время

как у пациентов группы 2 она повысилась; у пациентов группы 1 снизилась частота появления болей в животе, у пациентов группы 2 она повысилась; у пациентов группы 1 снизилась частота выявления диареи, а у пациентов группы 2 она повысилась. У пациентов группы 2 на фоне эрадикационной терапии, включающей назначение антибиотиков, наблюдалось увеличение частоты встречаемости диареи, болей и урчания в животе, в то время как у пациентов группы 1 частота данных жалоб снизилась.

Выводы. Препарат «Энтеросгель®» оказывает положительное влияние на клиническую картину заболевания у пациентов с *H.pylori*-ассоциированными заболеваниями верхних отделов ПТ.

40. К вопросу о предикторах кишечной неоплазии у пациентов с язвенным колитом

Соловьев М.В., Мирзоев О.С., Ивашкина Т.Г.

Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова (каф. и клиника госпитальной терапии), Санкт-Петербург, Россия

Цель исследования: оценить взаимосвязь факторов, характеризующих течение язвенного колита, с возникновением полипов толстой кишки.

Материал и методы. Обследовали 13 больных язвенным колитом с MMDAI 4-10 баллов. Помимо рутинных клинико-лабораторных исследований производилось определение уровня С-реактивного белка сыворотки крови, а также фекального кальпротектина. Всем пациентам выполнялась фиброколоноскопия по общепринятой методике. При выявлении полипов кишечника выполнялась биопсия с последующим гистологическим исследованием биоптатов. Проведен корреляционный анализ взаимосвязи факта наличия кишечной неоплазии и различных показателей, характеризующих течение заболевания.

Результаты. Доброкачественная природа новообразований кишечника подтверждена во всех случаях гистологически. Выявлена прямая сильная корреляционная связь между наличием полипов толстой кишки и повышенным уровнем фекального кальпротектина ($r=0,82$, $p<0,05$), а также продолжительностью применения глюкокортикостероидных препаратов ($r=0,74$, $p<0,05$). Наблюдалась тенденция к сочетанию факта развития объемных образований кишечной слизистой и уровня С-реактивного протеина ($r=0,61$), а также величины дозировок глюкокортикоидов, используемых для купирования текущего обострения заболевания ($r=0,62$).

Выводы. Повышение активности хронического аутоиммунного воспалительного процесса в кишечной стенке в условиях относительной сохранности компенсаторных механизмов сопровождается активацией продуктивного компонента воспаления и повышением пролиферативного потенциала структур слизистой оболочки толстой кишки, что следует учитывать при планировании диагностических и лечебных мероприятий у таких больных.

41. Функциональное состояние верхних отделов желудочно-кишечного тракта у пациентов с целиакией, ассоциированной с дисплазией соединительной ткани

Соловьева Е.А., Орешко Л.С., Журавлева М.С., Карлов А.А.

СЗГМУ им. И.И. Мечникова (каф. пропедевтики внутренних болезней), Санкт-Петербург, Россия

Цель: оценить функциональное состояние верхних отделов желудочно-кишечного тракта у пациентов с ассоциированной недифференцированной дисплазией соединительной ткани (нДСТ) при целиакии.

Введение. Согласно эпидемиологическим данным, с каждым годом растет заболеваемость органов пищеварительной системы. При целиакии на фоне неполного расщепления белковых компонентов злаковых, которые являются токсичными для слизистой оболочки желудочно-кишечного тракта, наблюдаются нарушения секреторной, моторно-эвакуаторной функций, а также переваривания и всасывания расщепленных питательных веществ. Известно, что наличие ассоциированной недифференцированной дисплазии соединительной ткани оказывает влияние на состоя-

ние организма [Нечаева Г.И., 2006, Орешко Л.С., 2011]. Среди больных целиакией часто определяются признаки нДСТ, что необходимо учитывать при оценке функциональных изменений органов пищеварения.

Материалы и методы. Обследованы 32 пациента (соотношение мужчин и женщин 1:1,1; средний возраст пациентов (29,0±8,8) года) с верифицированным диагнозом целиакии, имеющих признаки нДСТ. Диагноз целиакии верифицирован, согласно диагностическим критериям, структурно-функциональными изменениями слизистой оболочки тонкой кишки и наличием HLA DQ2 или DQ8. Для выявления нДСТ применялись диагностические критерии Т. Милковска-Дмитровой и А. Каркашова. Оценка функциональных изменений верхних отделов органов пищеварения проводилась с помощью методики периферической электрогастроэнтерографии (аппарат ГЭМ «Гастроскан ГЭМ» НПО «Исток-Система», г. Фрязино) в стандартном режиме и суточного мониторинга кислотности-протеолитической активности желудка (КПА).

Результаты. По данным проведенного обследования у 10% (3 человека) больных выявлена легкая степень нДСТ, у 40% (13 человек) больных – тяжелая степень, у 50% (16 человек) больных – умеренная. У всех пациентов с легкой степенью нДСТ определялись признаки ГЭР натощак и ДГР после еды; у 2 больных выявлены такие нарушения моторики, как ДГР натощак, неадекватный ответ желудка и ДПК на стандартную пищевую стимуляцию. У пациентов со средней и тяжелой степенью выявлены следующие моторно-эвакуаторные нарушения верхних отделов органов пищеварения: ГЭР натощак – у 8 (52%) и у 8 (60%) человек соответственно, ГЭР после еды – у 10 (62%) и 6 (47%) человек соответственно, ДГР натощак – у 5 (33%) и 8 (60%) человек соответственно, ДГР после еды – у 8 (48%) и 7 (53%) человек соответственно, неадекватный ответ желудка на стандартную пищевую стимуляцию – у 11 (71%) и 9 (73%) человек соответственно, неадекватный ответ ДПК – у 9 (57%) и 10 (80%) человек соответственно.

Среднее значение рН тела желудка среди обследованных составило 1,76 ед. и рН антрума – 2,01 ед., что соответствует нормацидному состоянию. Показатели протеолитической активности в дистальном отделе желудка находились в пределах физиологической нормы (273,75 и 343,75 соответственно). В зависимости от уровня кислотности желудка установлены различные нарушения функции сфинктерного аппарата. Так, у пациентов с повышенной кислотностью в 100% случаев наблюдались одиночные и множественные ГЭР, у пациентов с пониженной кислотностью в 85,7% случаев регистрировались множественные ДГР. У пациентов с нормальным уровнем кислотности желудка регистрировались одиночные ГЭР у 35,7% больных и ДГР – у 57,1% больных.

Выводы. У пациентов с целиакией, имеющих признаки недифференцированной дисплазии соединительной ткани, часто встречаются различные виды моторно-эвакуаторных расстройств верхних отделов пищеварительной трубки. Причем у пациентов с выраженными проявлениями нДСТ чаще встречаются нарушения двигательной активности ДПК, чем у остальных групп больных. Выявленные кинетические изменения оказывают влияние на кислотно-протеолитический баланс, что приводит к значимым сдвигам рН в сторону гипо- или гиперацидности.

Возможность таких функциональных изменений необходимо учитывать при назначении обследования пациентам с целиакией и дальнейшей комплексной терапии.

42. Влияние генетического полиморфизма CYP2C19, гена гликопротеина Р и интерлейкина-1β на показатели эрадикации *H.pylori*

Старостин Б.Д.

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

Цель исследования: оценить влияние генотипического полиморфизма CYP2C19, гена гликопротеина Р и гена интерлейкина-1β на показатели эрадикации *Helicobacter pylori*.

Материалы и методы. Всем пациентам проводилось генетическое исследование полиморфизма CYP2C19 (генотип 1/1; 1/2;

1/3; 2/2; 1/1 + 17; 1/1 + 17/17; 1/2 + 17, 1/3 + 17), гена гликопротеина Р (генотип С/С, С/Т и Т/Т) и гена интерлейкина-1 β (генотип С/С, С/Т и Т/Т). В последующем проведена проспективная оценка показателей эрадикации *Helicobacter pylori* через 4 недели после прекращения стандартной последовательной терапии.

Результаты. У пациентов с генотипом MDR1 3435 Т/Т показатели эрадикации Н.р. были статистически значимо ниже, чем при С/Т и С/С генотипах ($p < 0,01$) – соответственно 65%, 79% и 81%, что обусловлено определенной фармакодинамикой и фармакокинетикой ингибиторов протонной помпы у этих пациентов, в результате чего отсутствует оптимальный рН в процессе проведения антихеликобактерного режима. Генетический полиморфизм CYP2C19 также значимо влиял на результаты эрадикации Н.р. Наиболее высокие показатели эрадикации были отмечены при генотипе 2/2 (медленные метаболизаторы), наихудшие результаты эрадикации Н.р. наблюдались у ультрабыстрых метаболизаторов (*1/*1 + *17; *1/*1 + *17/*17 генотипы). Статистически значимо более низкие показатели эрадикации Н.р. были выявлены у пациентов с IL-1 β 511 С/С ($p < 0,05$) – при более низком уровне продукции IL-1 β ($p < 0,05$), соответственно 66% (С/С генотип); 80% (С/Т генотип) и 81% (Т/Т генотип). Низкий уровень продукции гликопротеина Р определялся у 42,9% пациентов, а С/С генотип С-511Т – у 30,8%, то есть практически у каждого третьего.

Выводы. Определение генетического полиморфизма CYP2C19, гена гликопротеина Р, а также гена интерлейкина-1 β должны быть внедрены в ежедневную практическую деятельность и учитываться при неэффективности первой линии антихеликобактерной терапии.

43. Модифицированная последовательная антихеликобактерная терапия

Старостин Б.Д.

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

Цель исследования: определить эффективность модификации последовательной антихеликобактерной терапии.

Материалы и методы. Проведено открытое сравнительное исследование в амбулаторных условиях, в котором пациенты 1-й исследуемой группы ($n=57$) с хроническим хеликобактерным гастродуоденитом ($n=27$), с язвенной болезнью с локализацией дефекта в луковице двенадцатиперстной кишки ($n=19$) или желудке ($n=11$) принимали рабепразол (онтим) 10 мг 4 раза в день в течение 10 дней, а также в первые 5 дней антихеликобактерного режима амоксициллин (флемоксина солотаб) 500 мг 4 раза в день, а с 6-го дня – кларитромицин 500 мг плюс тинидазол 500 мг по 2 раза в день в течение 5 дней. Учитывая предыдущий опыт и пользу пребиотиков при проведении анти-Н.р. режима, дополнительно пациенты принимали пребиотический комплекс «Флоролакт» по 5,0 г 2 раза в день. Во 2-й контрольной группе ($n=31$) пациентам проводился стандартный вариант последовательной терапии (СПТ). Сравнимые группы не имели статистически значимых различий, которые могли бы повлиять на результаты исследования.

Результаты. В 1-й группе эрадикация была достигнута у 55 из 57 пациентов, вошедших в исследование (ИТТ) – 96%, и у 55 из 56 закончивших исследование (РР) – 98%, а во 2-й группе при проведении СПТ эрадикация Н.р. ИТТ – у 25 пациентов из 31 – 80% и у 25 из 30 закончивших исследование (РР) – 83%. Различия между группами в эрадикации Н.р. статистически значимы при сравнении всех закончивших и вошедших в исследование.

Выводы. Модификация СПТ – увеличение кратности приема рабепразола и амоксициллина, а также введение в антихеликобактерный режим пребиотика флоролакта статистически значимо повышает показатель эрадикации Н.р.

44. Немедикаментозные методы лечения ГЭРБ

Старостин Б.Д.

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

Цель исследования: оценить влияние укрепления барьерной функции гастроэзофагеального соединения (ГЭС) за счет прове-

дения специальных физических упражнений (абдоминальные дыхательные упражнения) у пациентов с ГЭРБ.

Материалы и методы. Ретроспективно оценены различные факторы, провоцирующие симптомы ГЭРБ, и немедикаментозные методы лечения. Исследуемую группу составил 31 пациент. Больных обучали дыхательной гимнастике. До и после проведенного лечения оценены показатели 24-часового рН-мониторирования с помощью аппарата «Гастроскан-24».

Результаты. Данные анализа свидетельствовали, что к немедикаментозным методам лечения следует отнести рекомендации исключения конкретных продуктов и блюд, провоцирующих ГЭРБ; ограничение столовой соли в рационе; обеспечение достаточного содержания пищевых волокон, что может быть достигнуто в том числе дополнительным приемом препарата «Флоролакт» по 5 г 3 раза в день; адекватную физическую нагрузку в соответствии с рекомендациями ВОЗ – регулярные физические упражнения умеренной интенсивности, продолжительностью не менее 30 минут в большинство дней недели, а также подъем головного конца кровати или сон в положении на левом боку у пациентов, у которых симптомы заболевания появляются в горизонтальном положении. Обоснованным является прекращение курения и злоупотребления алкоголем, нормализация массы тела. В исследуемой группе у пациентов, которые дополнительно использовали дыхательную гимнастику для укрепления барьерной функции ГЭС, статистически значимо снизилось время с рН<4 при 24-часовом рН-мониторировании – (9,4 \pm 1,5)% против (4,8 \pm 1,1)%.

Выводы. Следует признать различные немедикаментозные методы лечения первой линией терапии пациентов с ГЭРБ.

45. Стандартная последовательная терапия после приема флоролакта

Старостин Б.Д.

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

Цель исследования: оценить влияние предварительного приема флоролакта на показатели эрадикации при проведении стандартной последовательной терапии (СПТ) и сравнить антихеликобактерные режимы с и без предварительного приема флоролакта.

Материалы и методы. Проведено открытое исследование в 3 параллельных группах. В 1-й группе ($n=25$) пациенты с хроническим хеликобактерным гастродуоденитом принимали только флоролакт по 5,0 г 2 раза в день в течение 1 месяца. Во 2-й группе ($n=71$) пациенты предварительно принимали флоролакт по 5,0 г 2 раза в день в течение 1 месяца, а затем проводилась СПТ. В 3-й группе ($n=67$) пациенты с хроническим хеликобактерным гастродуоденитом получали только СПТ в течение 10 дней. У всех пациентов определялись показатели эрадикации Н.р. через 4 недели после прекращения лечения, а также степень обсемененности слизистой оболочки желудка и выраженность хронического гастрита до и после лечения. Диагноз устанавливался эндоскопически с определением Н.р. быстрым уреазным тестом (БУТ) и гистологически.

Результаты. В 1-й группе при приеме флоролакта показатель эрадикации Н.р. – 4 из 25 вступивших в исследование – 16% (ИТТ) и 16% закончивших исследование (РР). У Н.р.(+) пациентов после антихеликобактерной терапии гистологически и по данным БУТ отмечено статистически значимое уменьшение обсемененности СОЖ ($p < 0,01$). Гистологически отмечено существенное снижение активности хронического гастрита. Во 2-й группе при предварительном приеме флоролакта показатель эрадикации Н.р. 95% (ИТТ) и 90% (РР) против 82% (ИТТ) и 78% (РР) соответственно в 3-й группе при проведении стандартной последовательной терапии.

Выводы. Предварительный прием флоролакта статистически значимо повышает показатели эрадикации Н.р. при стандартной последовательной терапии. Прием флоролакта способствует снижению обсемененности слизистой оболочки желудка Н.р. *pylori* и уменьшению активности хронического гастрита. У пациентов с хроническим хеликобактерным гастритом как вариант лечения может быть рассмотрена монотерапия флоролактом (требуются дополнительные исследования).

46. Структура генотипического полиморфизма CYP2C19 в Санкт-Петербурге

Старостин Б.Д.

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

Цель исследования: учитывая влияние полиморфизма CYP2C19 на эффективность проведения лечения пациентов с кислотозависимыми заболеваниями, оценить встречаемость различных вариантов полиморфизма CYP2C19. Ранее в соответствии с доступной литературой сообщалось только о быстрых, промежуточных и медленных метаболиторах.

Материалы и методы. Обратившимся в гастроэнтерологическое отделение СПб ГБУЗ Городскую поликлинику № 38 проводился фармакогенетический тест для изучения гена фермента цитохрома P450 CYP2C19 в «Медлаб СПб». Данный тест позволяет определить оптимальную дозу ингибиторов протонной помпы в зависимости от метаболизма данной группы лекарственных препаратов. Всего были обследованы 347 пациентов с различными заболеваниями желудочно-кишечного тракта. Особенностью нашего исследования являлось определение также ультрабыстрых метаболиторов (УБМ).

Результаты. Фармакогенетический тест был представлен следующими результатами: *1/*1 – норма (экстенсивный тип метаболизма, быстрый метаболитор) – 35,4% всех обследованных; *1/*1 + *17 или *1/*1 + *17/*17 – УБМ – 35,7%; *1/*2 или *1/*3 – промежуточный метаболитор – 19,0%; *1/*2 + *17 или *1/*3 + *17 – неиндифицируемый метаболитор – 8,1%, *2/*2 – медленный метаболитор – 1,7%. Для пациентов с УБМ согласно рекомендациям Королевской Нидерландской фармакогенетической рабочей группы требуется корректировка дозы, соответственно, для омепразола на 100-200%, лансопризола – на 200%, пантопризола – на 400%, эзомепразола – на 50-100%. Коррекция дозы рабепразола не проводилась.

Выводы. Результаты теста свидетельствовали, что практически каждый третий пациент имел ультрабыстрый тип метаболизма, требующий коррекции дозы ингибиторов протонной помпы (омепразол, лансопризол, эзомепразол, пантопризол) или выбора препарата группы рабепразола, не требующего коррекции дозы.

47. Факторы риска ГЭРБ

Старостин Б.Д.

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

Цель исследования: оценить влияние различных факторов риска на развитие ГЭРБ.

Материалы и методы. Проведен метаанализ доступной литературы относительно факторов риска ГЭРБ. Кроме того, был учтен тридцатилетний опыт наблюдения пациентов с ГЭРБ. Предполагаемыми факторами риска ГЭРБ следует считать возраст, этническое происхождение и географическое положение, более высокий индекс массы тела (ИМТ), ожирение, курение, алиментарные факторы, повышенное употребление различных препаратов, способствующих развитию ГЭРБ (индукторов ГЭРБ), которые могут снижать тонус нижнего эзофагеального сфинктера (НЭС) или оказывать прямое раздражающее действие на слизистую оболочку пищевода: антихолинергические препараты, нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП), кортикостероиды, нитраты у пациентов с ИБС и многие другие.

Результаты. Метаанализ свидетельствовал, что чем старше популяция, тем выше распространенность ГЭРБ. Не вызывает сомнений влияние на распространенность ГЭРБ таких факторов, как этническое происхождение и географическое положение. Распространенность ГЭРБ существенно ниже у азиатов, в том числе проживающих в России. Частота рефлюксных симптомов зависит от величины ИМТ. Абдоминальное ожирение, как и дефицит пищевых волокон в рационе, употребление большого количества столовой соли способствуют развитию ГЭРБ. К факторам риска ГЭРБ следует также отнести курение и злоупотребление алкоголем (?), гиподинамию, расстройств сна, генетическую предрасположенность, перенесенные острые кишечные бактериальные

инфекции. ГЭРБ чаще развивается в семьях с низким ежемесячным доходом и при более низком образовательном уровне.

Выводы. Все факторы риска ГЭРБ могут быть отнесены к демографическим, генетическим, связанным с образом жизни и др.

48. Факторы, влияющие на эрадикацию *Helicobacter pylori*

Старостин Б.Д.

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

Цель исследования: выявить максимальное количество факторов, определяющих конечные результаты антихеликобактерной терапии, и оценить их по значимости.

Материалы и методы. Проанализирована вся доступная в различных электронных базах литература по рассматриваемому вопросу.

Результаты. Многочисленные обзоры и статьи свидетельствовали о наиболее значимом влиянии на результаты эрадикации *Helicobacter pylori* антибактериальной резистентности, особенно резистентности Н.р. к кларитромицину. Практически равноценное значение имеют факторы, обуславливающие низкий pH (полиморфизм CYP2C19, полиморфизм гена гликопротеина P MDR1 – T/T генотип, полиморфизм гена интерлейкина 1β – C/C генотип; гиперацидность в исходном состоянии). Два этих фактора взаимосвязаны между собой (повышение дозы кислотосупрессивного препарата позволяет повысить эрадикацию у пациентов с кларитромицин-резистентными штаммами). К другим факторам, влияющим на эрадикацию Н.р., относят высокую степень обсемененности слизистой оболочки желудка Н.р., Cag A-негативные штаммы и vacA s2 генотип, dupA ген *Helicobacter pylori*, курение, употребление алкоголя, низкая антиоксидантная активность, низкий комплайенс, ошибки в назначении анти-Н.р. режима. Знание этих факторов определяет методы влияния на них: увеличение дозы ИПП, увеличение продолжительности анти-Н.р. режима, адьювантное применение пробиотиков или пребиотиков, увеличение кратности приема и дозы компонентов анти-Н.р. режима, комбинирование анти-Н.р. режима и санации ротовой полости, использование витаминов С и Е, влияние на биопленку Н.р.

Выводы. Все факторы, определяющие результаты антихеликобактерного режима, могут быть разделены на 3 группы: связанные с макроорганизмом – пациент, микроорганизмами – Н.р. и внешние.

49. Флоролакт в лечении ГЭРБ

Старостин Б.Д.

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

Цель исследования: учитывая свойства пребиотического комплекса «Флоролакт», его влияние на факторы риска развития ГЭРБ, положительное воздействие пищевых волокон на метаболические факторы риска (гиполипидемический и гипогликемический эффект, снижение массы тела), нормализацию микрофлоры организма, возможное замещение микроорганизмов, которые способствуют снижению тонуса НЭС, нормализацию моторики, оценить эффективность кислотосупрессивной терапии на фоне применения данного пребиотика.

Материалы и методы. В 1-й исследуемой группе 75 пациентов с ГЭРБ принимали флоролакт по 5,0 г 2 раза в день и ИПП 1 раз в день за 30-60 минут до утреннего приема пищи. Во 2-й контрольной группе (n=73) пациенты принимали только ИПП 1 раз в день за 30-60 минут до утреннего приема пищи в течение 4 недель. В 3-й контрольной группе (n=31) пациенты с ГЭРБ принимали только флоролакт по 5,0 г 2 раза в день в течение 4 недель. Сравнимые группы не имели статически значимых различий по возрастно-половым критериям, степени выраженности симптомов ГЭРБ, оцененных по бальной системе от 0 до 3, и другим критериям.

Результаты свидетельствовали о положительной динамике во всех группах, но наиболее значимые положительные изменения

отмечены в 1-й группе у пациентов, принимавших ИПП на фоне флоролакта. Полное устранение симптомов у пациентов данной группы было отмечено у 60% вошедших в исследование (intention to treat – ИТТ) и у 70% закончивших исследование по протоколу (per protocol – РР). Во 2-й группе эти показатели составили соответственно 49% и 51%, в 3-й группе – 26% и 29%. Различия между 1-й и 2-й группами, 1-й и 3-й группами, 2-й и 3-й статистически значимы. У каждого четвертого пациента, принимавшего флоролакт, симптомы ГЭРБ были полностью устранены, но максимальный эффект достигался при сочетанной терапии ИПП + флоролакт.

Выводы. Введение в антирефлюксный режим пребиотического препарата «Флоролакт» существенно улучшает результаты такого лечения, является патогенетически обоснованным с учетом факторов риска развития ГЭРБ.

50. Эпидемиология ГЭРБ в России, в Санкт-Петербурге

Старостин Б.Д.

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

Цель исследования: определить распространенность симптомов ГЭРБ в России и сравнить с распространенностью симптомов ГЭРБ в Санкт-Петербурге.

Материалы и методы. Оценивались различные данные о заболеваемости ГЭРБ в России, был проведен метаанализ доступных исследований. В расчет брались только исследования, где минимальная группа была более 300 человек, у которых были оценены изжога и/или регургитация хотя бы 1 раз в неделю. Выбор критерием распространенности изжоги и/или регургитации не менее 1 раза в неделю неслучаен и связан с тем, что при такой распространенности симптомы часто воспринимаются пациентами как беспокоящие, что согласуется с определением ГЭРБ в соответствии с Монреальским соглашением. К тому же наличие изжоги хотя бы 1 раз в неделю повышает риск развития аденокарциномы пищевода в 8 раз. В метаанализ вошло 11 исследований – 47247 респондентов. Особого внимания заслуживают исследования, проведенные Исаковым В.А. и соавторами АРИАДНА и Лазебником Л.Б. и соавторами МЭГРЕ.

Результаты. Наличие изжоги и/или регургитации не менее 1 раза в неделю в различных регионах России колеблется от 6,4% до 23,6%, в среднем 14,5%, что сравнимо с данными распространенности еженедельных симптомов ГЭРБ в западных странах. За тринадцатилетний период с 2000 по 2013 годы наличие еженедельной изжоги и/или регургитации у респондентов в центральном районе Санкт-Петербурга возросло с 17,8% до 22,5% (различия статистически значимы). Наиболее высокая распространенность еженедельных симптомов ГЭРБ была в самых крупных городах России, соответственно в Москве 23,6% – 1065 респондентов (Лазебник Л.Б., 2004; 2007) и Санкт-Петербурге 22,5% – 3754 респондента (Старостин Б.Д., 2013).

Выводы. Анализ распространенности симптомов ГЭРБ в России свидетельствует о социальной и медицинской значимости данного заболевания для различных регионов России и продолжающемся росте заболеваемости ГЭРБ.

Ш

51. Моторные нарушения в патогенезе заболеваний верхних отделов пищеварительного тракта у детей

Шумейко Н.К., Серебровская Н.Б., Завикторина Т.Г., Кириллов В.И.

Московский ГМСУ им. А.И. Евдокимова, Россия

Цель исследования: оценить значение моторных нарушений в патогенезе заболеваний верхних отделов желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) у детей.

Материал и методы. Обследованы 46 детей в возрасте от 4 до 16 лет (12 девочек и 34 мальчика) с клиническими проявлениями моторных нарушений верхних отделов желудочно-кишечного тракта (отрыжка, дисфагия, тошнота, рвота, раннее насыщение,

чувство переполнения и тяжести в эпигастрии). Всем детям была проведена фиброэзофагогастроуденоскопия (ФЭГДС) и суточная рН-метрия.

Результаты. Воспалительные изменения слизистой желудка и двенадцатиперстной кишки выявлены у 44 детей, у 42 – дуоденит, у 39 – эзофагит, у 9 – полип кардии, у 18 – гастроэзофагеальный рефлюкс (ГЭР), у 6 – дуоденогастральный рефлюкс (ДГР), у 2 детей – язва луковицы двенадцатиперстной кишки. При проведении суточной рН-метрии патологические рефлюксы не зафиксированы у 3 детей. Кислотный ГЭР был выявлен у 18 детей (8 – с эзофагитом, 6 – с гастритом, 1 – с язвой двенадцатиперстной кишки), неадекватный ГЭР – у 7 детей (6 – с гастритом, 1 – с язвой двенадцатиперстной кишки), смешанный ГЭР – у 8 пациентов (4 с гастритом и 4 с эзофагитом), ДГР – у 13 детей (9 – с гастритом, 4 – с эзофагитом). У 11 пациентов диагностирован фаринголарингеальный рефлюкс (ФЛР): 9 – с гастритом и эзофагитом, 1 – с полипом кардии, у 1 ребенка выявлен изолированный ФЛР.

Заключение. Большинство детей с заболеваниями верхних отделов ЖКТ имеют моторные нарушения, подтвержденные инструментально. Использование суточной рН-метрии с оптимальным расположением датчиков делают диагностику моторных нарушений более совершенной, что позволяет корректировать лечебные мероприятия.

Ю

52. Роль гепатопротекции при панкреатическом раке, осложненном механической желтухой

Юсупбеков А.А.

РОНЦ, ТашПИИ, Ташкент, Узбекистан,
e-mail: dr.abr_info@mail.ru

Цель: определить возможности применения гепатопротективной терапии при панкреатическом раке, осложненном механической желтухой (ПРМЖ).

Материал. Анализировано применение гепатопротекторов у 45 пациентов с ПРМЖ Т3-4N0-1M0-1 после декомпрессии желчных путей. Чрескожная-чреспеченочная декомпрессия желчных путей выполнена у 32 (71,1%) больных, ретроградное стентирование холедоха – у 13 (28,9%). Арсенал послеоперационной медикаментозной терапии включал коллоидные плазмозаменители и белковые эмульсии на фоне антибактериальной и локальной гемостатической терапии. С целью улучшения реологических свойств желчи и функционального состояния печени применялись гепатопротекторы и препараты урсодеооксиголевой кислоты.

Результаты. Изучение влияния послеоперационной инфузионной терапии показало, что на 2-е сутки послеоперационного периода отмечается гиповолемия на фоне относительной гиперкоагуляции и гипопротеинемии при ПРМЖ. В основном это наиболее отчетливо выражается у пациентов с исходным уровнем билирумина более 150 мкмоль/л. Сохраняется выраженный аутолиз гепатоцитов с увеличением показателя Alt и Ast более чем 2,5 раза относительно нормы при среднем количестве выделяемой желчи при наружном дренировании (317±11) мл/сут.

К 5-м суткам применения многокомпонентной инфузионной терапии с привлечением гепатопротекторов наблюдается тенденция к нормализации ферментных показателей (Alt и Ast на уровне верхней границы нормы по системе СИ) с увеличением количества выделяемой желчи до (533±13) мл/сут.

Изучение вязкости и биохимического состава выделяемой желчи показало, что вязкость полностью нормализовалась к 10-м суткам послеоперационного периода, но с сохранением относительного дисбаланса между свободным и связанным компонентом билирубина (в среднем 1:2 соответственно), что характерно для сохранения латентной печеночной недостаточности.

Таким образом, анализ собственного материала показывает эффективность многокомпонентной консервативной терапии у пациентов с панкреатическим раком после декомпрессии желчных путей, что способствует улучшению реологических свойств самой желчи и восстановлению функциональной активности гепатоцитов.

53. Парентеральная коррекция агастрального синдрома

Юсупбеков А.А., Джурасов М.Д., Эгамбердиев Д.М.
 РОНЦ, ТашПМИ, Ташкент, Узбекистан,
 e-mail: dr.abr_info@mail.ru

Цель: изучение влияния плазмозаменителей на гомеостаз у пациентов после хирургических вмешательств по поводу рака желудка (РЖ).

Материал. Анализировали изменения гомеостаза в раннем послеоперационном периоде у 74 пациентов с РЖ – контрольная группа. Основную группу составили 35 пациентов, которым целенаправленно была проведена комплексная послеоперационная инфузионная терапия, базирующаяся на коллоидных плазмозаменителях, эмульсионных и аминокислотных инфузионных растворах.

В зависимости от вида операции пациентов каждой группы для адекватного сопоставления данных разделили на 3 подгруппы. А-подгруппа – больные после дистальной субтотальной РЖ (ДСРЖ), В-подгруппа – 63 пациента после расширенной гастрэктомии (РГЭ), С-подгруппа – 20 пациентов после проксимальной субтотальной резекции желудка (ПСРЖ). Анализ результатов производили на третьи и десятые сутки послеоперационного периода с оценкой показателей ЦВД и АО, гематокрита и коагулограммы. В основной группе также изучали ОЦК.

Результаты. На третьи сутки послеоперационного периода отмечается выраженная гиповолемия на фоне относительной гиперкоагуляции и гипопротейнемии у пациентов основной и контрольной группы независимо от объема выполненной операции. Эти нарушения наиболее отчетливо выражены в подгруппах В и С обеих групп по сравнению с пациентами, перенесшими ДСРЖ (снижение уровня гематокрита до $(21,0 \pm 0,3)\%$ и $(18,0 \pm 0,5)\%$ в 1В- и 1С-подгруппах соответственно по сравнению с 1А-подгруппой – $(26,0 \pm 0,7)\%$). Несмотря на угнетение большинство показателей гомеостаза, наблюдаются несколько различающиеся показатели у пациентов 2-й группы против 1-й группы, то есть показатели ЦВД и ОБ сравнительно выше, чем в 1-й группе исследования. Следовательно, уже на третьи сутки послеоперационного периода имеются факторы, свидетельствующие о незначительном угнетении гомеостаза во 2-й группе в сравнении с 1-й группой. У пациентов 2-й группы на третьи сутки послеоперационного периода дефицит ОЦБ и ОЦП составлял $(29 \pm 0,7)\%$ и $(23,0 \pm 0,3)\%$ соответственно. В основном это наиболее отчетливо выражается у пациентов, перенесших РГЭ или ПСРЖ.

В зависимости от проведения энтерального зондового или перорального питания с каждым днем снижается количество инфузионной терапии в обратной пропорции к дозе естественной доставки питания в организм пациента. Изучение динамики изменений гомеостаза на десятые сутки послеоперационного периода показало, что сохраняется тенденции относительно негативных изменений у больных 1-й группы, хотя при ДСРЖ в 1-й группе к десятому дню имеется нормализация всех исследуемых показателей, и лишь после РГЭ сохранялся сравнительно низкие показатели гематокрита, ОБ и ЦВД.

Таким образом, проведенный нами анализ собственного материала показывает эффективность комплексной послеоперационной терапии в хирургии РЖ. В частности применение препаратов из группы плазмозаменителей положительно влияет на раннюю реабилитацию пациентов с РЖ.

54. Постгастрэктомический синдром и пути коррекции

Юсупбеков А.А., Джурасов М.Д., Худаяров С.С.
 РОНЦ, ТашПМИ, Ташкент, Узбекистан,
 e-mail: dr.abr_info@mail.ru

Цель: улучшение результатов радикального хирургического лечения рака желудка путем разработки методов диагностики и лечения постгастрэктомического синдрома (ПГЭС).

Материал. Анализированы результаты лечения 135 пациентов, оперированных за период 2009-2014 гг. по поводу рака желудка в стадии Т3-4N1-2M0. По характеру выполненных операций различали 2 группы: I – 84 пациента после стандартной гастрэктомии с лимфодиссекцией D2; II – 51 пациент после расширенно-

комбинированной гастрэктомии. При этом во II группе кроме тотальной экстирпации желудка выполнено: спленэктомия – 49 пациентам, плоскостная резекция головки и/или тела поджелудочной железы – 17, дистальная гемипанкреатэктомия – 7, резекция поперечно ободочной кишки – 9, аденомэктомия левого надпочечника – 3, атипичная резекция левой доли печени – 5.

Анализ проводился по следующим критериям: 1 – выраженность гематологических изменений; 2 – наличие объективных изменений со стороны эзофагоэноанастомоза; 3 – оценка общего состояния больных по шкале Карновского. Для объективной оценки вышеперечисленных параметров всем пациентам произведены клинико-инструментальные исследования на 1-12-й месяцы после операции.

Результаты. В I группе пациентов после стандартной гастрэктомии во всех случаях имело место наличие агастральной анемии. В отличие от этого, во II группе наблюдалось более выраженное угнетение показателей красной части крови. Отмечено снижение общего количества белка в обеих группах (I группа – $(67,4 \pm 2,4)$ г/л; II группа – $(60,3 \pm 2,2)$ г/л) за счет снижения удельного веса альбуминов.

Рефлюкс-эзофагит с последующим рубцовым сужением анастомоза различной степени наблюдался у 29 (34,5%) больных I группы. Для коррекции применяли эндоскопическое бужирование и/или диатермотуннелизацию с улучшением качества жизни 21 (25,0%) пациента. Во II группе эти показатели соответственно составили 43,1% (22 больных) и 33,3% (17 больных). Рецидив в области эзофагоэноанастомоза имел место у 2 (2,3%) больных I и у 3 (5,8%) больных II группы.

Результаты оценки общего состояния больных по шкале Карновского: в I группе больных в среднем $(73,4 \pm 1,1)\%$ против $(64,3 \pm 1,2)\%$ во II группе ($p < 0,05$).

Таким образом, анализ показывает целесообразность продолжения периодической инфузионно-гемостимулирующей терапии у больных, перенесших гастрэктомию. В профилактике ПГЭС имеет смысл применение антианемических и белковозамещающих препаратов. При развитии стенозирующего рефлюкс-эзофагита, который в нашем наблюдении встречался от 34,5% до 43,1% случаев, выбором метода коррекции является эндоскопическое бужирование или диатермотуннелизация анастомоза с применением абсорбирующих и обволакивающих препаратов.

Abstracts in English (A–Z)

55. Epidemiological and clinical evaluation of HBV, HCV and/or HDV in Tajikistan

Dustov A., Azimova S.

Institute of Gastroenterology, Dushanbe, Tajikistan

Background. Chronic hepatitis (CH) caused by hepatitis B virus (HBV) and/or hepatitis C virus (HCV) can progress to liver cirrhosis (LC) and hepatocellular carcinoma (HCC). The association of genotypes with clinical course of infection is increasingly recognized for HBV and with response to antiviral drugs for HCV. Genotypic prevalence of both etiological agents varies geographically and there is no data available for Tajikistan.

Aim: to investigate the epidemiological prevalence and clinical significance of HCV, HBV and HDV genotypes in chronic liver disease (CLD) and LC/HCC patients in Tajikistan.

Methods. A total of 107 hepatitis (73 CH and 34 LC/HCC) patients were enrolled in Tajikistan. Serological examination for anti-HCV, HBsAg, HBeAg, anti-HBc, anti-HBs, anti-HDV was performed. Direct sequencing and phylogenetic analysis was carried out to determine the genotypes of HBV, HCV and HDV.

Results. The overall prevalence of anti-HCV and HBsAg was 68/107 (63,5%) and 51/107 (47,6%) respectively, with a trend of anti-HCV positivity to increase, and HBsAg to decrease with the age of patients. Anti-HCV alone was found in 56/107 (52,3%) and the HBsAg in 39/107 (36,4%) of cases. Co-infection by HCV/HBV, HBV/HDV and HCV/HBV/HDV was found in 11/107 (10,2%), 12/51 (23,5%) and 1/107 (0,9%) of cases. The HBV/HDV coinfection was relatively more frequent in LC/HCC compared to CH group (35,3% vs. 17,6% $p=0,1811$). Predominant HCV/1b detected in 44/52 (84,6%) cases followed by 3a, 4/52 (7,6%); 2a, 3/52 (5,7%) and 2c, 1/52 (1,9%). HBV/D was detected in 48/51 (94,1%) followed by genotype A, 3/51 (5,8%). The HDV genotype 1 was found in 10/51 (19,6%) of HBsAg positive cases.

Conclusion. This is the first study describing molecular epidemiological profile of hepatitis viruses in chronic patients in Tajikistan, and suggesting that it is similar to that of other central Asian countries of the former Soviet Union. In Tajikistan, HCV/1b and HBV/D are two predominant genotypes and co-infection between HBV and HDV may have association with LC and HCC development.

56. Colon microflora in patients with irritated bowel syndrome

Ismailova J.

Republican research institute of medical rehabilitation and physiotherapies, Uzbekistan, e-mail: dr.abr_info@mail.ru

For definition of tactics of complex therapy of irritated bowel syndrome (IBS) and preventive maintenance of further relapses of disease indispensable is the analysis of condition of colon microflora.

The purpose: to learn disturbance of colon microflora at IBS.

Stuff and methods. In 36 patients with IBS the colon microflora of was studied. The stuff for research is obtained during fibrocolonoscopy with the indicating of three points of scrapings: colon transversum, colon descending and from a rectum.

Results. The analysis has shown, that for IBS the disturbance of microflora takes place, which one shows by increase as conditionally of pathogenic flora ($E. coli - (20,1 \pm 4,3) \cdot 10^8$), reduction quantity of bifidobacterium ($(287,3 \pm 26,6) \cdot 10^6$), and occurrence in some cases of the pathogenic microorganisms (staphylococci – $(24,2 \pm 2,5) \cdot 10^3$, lactosanegatives esheriy – $(16,6 \pm 1,2) \cdot 10^3$ etc.). It is necessary to mark, that the most expressed disturbance of microbial landscape of colon was watched for the catarrhal – erosive form of lesion of slimy colon.

At the analysis of degree of manifestation of dysbacteriosis were established 3 kinds of flow. The insulated phylum of dysbacteriosis is detected in 8 (22,3%) patients, which one was characterized by change quantity of bifidobacterium and had latent flow. At 16 (44,4%) patients the combined phylum of dysbacteriosis of intestine conditioned by availability of staphylococci and conditionally of pathogenic flora – lactosanegatives esheriy was established, owing to what had the moderately expressed local form of clinical flow. In 12 (33,3%) – established deployed phylum of dysbacteriosis was watched the expressed clinical flow conditioned by availability of pathogenic microbial association.

Conclusion. Thus, conducted by us the research demonstrates, that in 23,3% patients the insulated phylum of dysbacteriosis is watched. However, for 33,3% the deployed phylum of the dysbacteriosis followed with expressed clinical flow owing to availability of microbial association takes place, that indicates necessity of application of local and system therapy for a complex of medical measures.



Научное общество гастроэнтерологов России
Министерство здравоохранения России
СЗГМУ им. И.И. Мечникова
ЦНИИ гастроэнтерологии
Ассоциация колопроктологов России
ГНЦ колопроктологии
Научный центр здоровья детей РАМН

Комитет по здравоохранению
Правительства Санкт-Петербурга
Гос. НИИ ОЧБ ФМБА России
Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова
НИИ экспериментальной медицины СЗО РАМН
Московский НИИЭМ им. Г.Н. Габричевского
НИИ питания РАМН

Уважаемые коллеги!

Информируем вас, что в **2015 году** под эгидой **Научного общества гастроэнтерологов России** и **Комитета по здравоохранению Правительства Санкт-Петербурга** при участии ведущих специалистов России, СНГ и стран Евросоюза пройдут следующие научные мероприятия:

Мероприятие	Время и место проведения
Объединенное мероприятие: • Выездной Пленум правления НОГР • 19-я Северо-Западная научная конференция «Санкт-Петербург – Фармакотерапия-2015» • 9-й Санкт-Петербургский гепатологический конгресс	март 2015 г., Санкт-Петербург, отель Holiday Inn «Московские Ворота»
17-й Международный медицинский Славяно-Балтийский научный форум «Санкт-Петербург – Гастро-2015»	25-27 мая 2015 г., Санкт-Петербург, отель Holiday Inn «Московские Ворота»
12-я Северо-Западная научная гастроэнтерологическая сессия «Санкт-Петербург – Гастросессия-2015»	ноябрь 2015 г., Санкт-Петербург, отель Holiday Inn «Московские Ворота»
7-й Санкт-Петербургский научно-медицинский форум «Врач – Провизор – Пациент-2015»	декабрь 2015 г., Санкт-Петербург, отель Holiday Inn «Московские Ворота»

Председатель оргкомитета

Евгений Иванович Ткаченко
e-mail: tkachenkoe@mail.ru

Ответственный секретарь оргкомитета

Станислав Игоревич Ситкин
e-mail: gastro@peterlink.ru

Секретарь оргкомитета

Анна Владимировна Родионова
e-mail: gastroforum@bk.ru
тел.: +7 (812) 644-53-44

Подробная информация о мероприятиях на сайте www.gastroforum.ru.