

## МАТЕРИАЛЫ

XIII Международной научной гастроэнтерологической сессии НОГР  
«Санкт-Петербург – Гастроссессия-2016»

## А–Б

## 1. Выбор фундопликации при вторично укороченном пищеводе

Аллахвердян А.С., Фролов А.В.  
Московский областной научно-исследовательский  
клинический институт им. М.Ф. Владимирского, Россия

Актуальность исследования состоит в совершенствовании тактики и технических аспектов лапароскопических антирефлюксных операций при укорочении пищевода.

Материалы и методы. В 2005-2015 гг. лапароскопически оперированы 247 больных с аксиальными грыжами пищеводного отверстия диафрагмы (М/Ж=113/134; средний возраст 56,5 года). У 56,6% пациентов имели место кардиальные грыжи, у 43,3% – кардиофундальные. Вторичное укорочение пищевода было выявлено у 75 (30,4%) больных: I степени – у 39, II степени – у 36. Лапароскопические антирефлюксные операции выполнялись в 33 случаях после предшествовавших вмешательств на органах брюшной полости. В 12 случаях причиной релапароскопической операции послужили рецидивы грыжи пищеводного отверстия диафрагмы или рефлюкс-эзофагита.

В 172 (69,6%) случаях была выполнена задняя крурорафия, в 4 (1,6%) – передняя; в 8 (3,3%) – сочетание задней и передней крурорафии. В 30 (12,1%) случаях выполнялась задняя аллопластика пищеводного отверстия диафрагмы. Отметим, что 33 (13,4%) больным при укорочении пищевода крурорафия не выполнялась. При укорочении пищевода II степени фундопликационная манжета не фиксировалась к диафрагме.

Циркулярная фундопликация выполнена 221 (89,4%) больным (по Ниссену – 109, протяженная не натяжная – 91); по Тупе – 8 (3,2%); по Дору – 4 (1,6%); неполная косая заднебоковая фундопликация – 14 (5,6%). В 29 (11,7%) случаях была произведена симультанная холецистэктомия.

Результаты. Летальных исходов не было. Дисфагия после операции была выявлена только после фундопликации по Ниссену у 4,6% (5/109) больных, при этом в 2 случаях она была купирована после выполнения ЭГДС, в 2 – после курса бужирования. В 1 случае потребовалась реоперация с реконструкцией фундопликационной манжеты по Тупе.

В 11 (4,45%) случаях рецидив рефлюкс-эзофагита стал причиной релапароскопии с повторным формированием циркулярной фундопликационной манжеты. У 5 (2%) больных, оперированных по поводу тотальных ГПОД, причиной повторной операции был рецидив грыжи, у 3 из них не производилась фиксация манжетки. Была выполнена релапароскопия, повторная фиксация фундопликационной манжеты. Во всех случаях повторные лапароскопические антирефлюксные операции связаны с хорошим результатами (в сроки наблюдения более 1 года) – рецидива заболевания не отмечено.

Заключение. Лапароскопическая фундопликация – полноценный метод лечения грыж пищеводного отверстия диафрагмы при укорочении пищевода. Методика пластики пищеводного отверстия диафрагмы зависит от степени его расширения и выраженности укорочения пищевода. Наиболее адекватным методом фундопликации мы считаем не натяжную, протяженную циркулярную фундопликацию по собственной методике.

## 2. Роль антирефлюксных операций при лапароскопической эзофагокардиомиотомии по поводу ахалазии кардии

Аллахвердян А.С., Фролов А.В.  
Московский областной научно-исследовательский  
клинический институт им. М.Ф. Владимирского, Россия

Актуальность обусловлена необходимостью сравнительной оценки эффективности лапароскопической операции эзофагокардиомиотомии в комбинации с различными видами фундопликации при лечении ахалазии кардии (АК).

Материалы и методы. Проведен анализ результатов лечения 443 больных АК в 1996-2015 гг. У 209 (47,2%) больных лечение было начато с кардиодилатации.

Операция эзофагокардиомиотомии была выполнена 283 больным, причем, в качестве первого метода лечения – 234. Лапароскопически эта операция была выполнена в 72,4% случаев. Неполная косая заднебоковая протяженная фундопликация по оригинальной методике (на 270°-320°) выполнена в 57,2% случаев, (162/283), по Дору – в 30% (85/283), по Ниссену – в 1,4% (4/283), лапароскопическая циркулярная не натяжная фундопликация по оригинальной методике – в 11,3% (32/283). В 20,8% (59/283) случаев были выполнены симультанные операции.

39 (8,8%) больным было выполнено удаление пищевода с одномоментной пластикой. В 2 случаях данная операция была выполнена при подозрении на злокачественную трансформацию, в 23 – по поводу рецидива дисфагии, в 14 случаях – в связи с бесперспективностью органосохраняющего лечения.

Результаты. Рефлюкс-эзофагит через 6-12 мес был выявлен у 5,6% больных, причем у всех этих больных была выполнена фундопликация по Дору. Рецидив дисфагии в отдаленном периоде был выявлен у 10 пациентов, перенесших эзофагокардиомиотомию. Явления дисфагии I степени наблюдались у 5 больных и не требовали специальных мероприятий. 2 пациентам с дисфагией II степени проведен курс кардиодилатации.

Из 209 больных, которым изначально проводилась курсовая кардиодилатация, рецидивы заболевания были выявлены у 118. 60,1% больных этой группы была выполнена операция эзофагокардиомиотомии. У 33 больных продолжена кардиодилатация. В 15 случаях была выполнена пластика пищевода.

Всего по поводу рецидива дисфагии после операции эзофагокардиомиотомии оперирован 21 больной. 12 больным, ранее оперированным по различным методикам без адекватной антирефлюксной операции, была выполнена экстирпация пищевода. В 9 случаях была выполнена релапароскопия, повторная эзофагокардиомиотомия с фундопликацией, в 2 случаях повторная операция после эзофагокардиомиотомии, выполненной в нашей клинике.

Заключение. После операции эзофагокардиомиотомии отмечено незначительное количество рецидивов ахалазии кардии. Необходимо отметить развитие дисфагии в связи с пептической стриктурой на фоне рефлюкс-эзофагита после проведенного лечения, в том числе – эзофагокардиомиотомии. Поэтому эффективность эзофагокардиомиотомии значительно выше в сочетании с адекватной антирефлюксной операцией.

### 3. Экстирпация пищевода с использованием эндоскопических доступов – результаты, особенности течения

Аллахвердян А.С., Фролов А.В., Анипенко С.Н.  
Московский областной научно-исследовательский  
клинический институт им. М.Ф. Владимирского, Россия

**Цель работы:** сравнительный анализ возможностей и целесообразности выполнения эзофагэктомий с одномоментной гастропластикой эндоскопическими доступами.

**Материалы и методы.** В период с марта 2014 г. по октябрь 2016 г. было выполнено 32 эзофагэктомии и экстирпации пищевода с использованием эндоскопических доступов с одномоментной эзофагогастропластикой.

18 больным была выполнена лапароскопическая трансхиатальная экстирпация пищевода с одномоментной гастропластикой: в 10 случаях при ахалазии кардии; в 3 – при раке, в 3 – при послеоперационных стриктурах; в 2 – при пептической стриктуре.

13 больным операция была выполнена комбинацией лапароскопического и чресплеврального доступа. Так, 4 больным при раке была выполнена эзофагэктомия комбинированным лапароскопическим и торакопомным доступом справа. 8 была выполнена эзофагэктомия комбинированным лапароскопическим и торакопомным доступом справа – в 5 случаях при ахалазии кардии, в 3 – при раке.

1 больной при послеоперационной стриктуре была выполнена экстирпация пищевода комбинированным лапароскопическим и торакопомным доступом справа в сочетании с чресшейным доступом.

**Результаты.** Послеоперационные осложнения отмечены всего у 3 больных после лапароскопической трансхиатальной экстирпации пищевода. У одного больного развилась послеоперационная пневмония. Локальная несостоятельность пищевода на шее возникла у 1 больного. Заживление сформировавшегося свища было отмечено в течение 4 недель. В одном случае имела место лимфорей в правую плевральную полость, осложнение ликвидировано после релапароскопии с прошиванием лимфатической цистерны.

Средняя продолжительность операции при лапароскопической трансхиатальной экстирпации пищевода составила 4 ч 43 мин, при комбинации лапароскопического и чресплеврального доступа – 7 ч 12 мин. Продолжительность ИВЛ после операции составила 7 ч 33 мин и 3 ч 12 мин соответственно. Средняя продолжительность нахождения в реанимации составила 20 ч и 17 ч соответственно. Энтеральное питание после операции начинали на 7-е и 5-е сутки соответственно. Средний послеоперационный койко-день составил 8,7 и 7,3 соответственно.

**Заключение.** Лапароскопическая трансхиатальная экстирпация пищевода сопровождается продолжительным напряженным карбоксилапаромедиастинумом. Это приводит к гиперкапнии и изменениям кислотно-щелочного равновесия, что создает определенные трудности анестезиологического обеспечения и определяет потребность больных в послеоперационной протективной ИВЛ до нормализации газового состава крови. При комбинации лапароскопического и торакопомного доступа продолжительность карбоксилапаромедиастинума существенно уменьшается, однако требуется однолечная вентиляция, что также ведет к определенным сложностям ведения анестезии. В то же время очевидные преимущества лапароторакоскопических эзофагэктомий: четкость визуализации, хороший контроль гемостаза, удобство мобилизации желудка и пищевода, ранняя активизация больных в послеоперационном периоде, сокращение сроков стационарного лечения, несомненно, позволяют рекомендовать применение данных оперативных вмешательств в широкой практике.

### 4. Роль кишечной микробиоты в течении хронической болезни почек

Барилко М.С., Мурзина А.А., Селиверстов П.В.,  
Радченко В.Г.  
СЗГМУ им. И.И. Мечникова, Санкт-Петербург, Россия

Хроническая болезнь почек (ХБП) встречается у 6-10% взрослого населения. Лечение пациентов с терминальной стадией ХБП сводится к проведению диализа и трансплантации почки. В РФ количество диализных больных более 38 тыс, что обуславливает поиск новых методов нефропротективной терапии, позволяющей затормозить прогрессирование ХБП. Одним из таких методов является применение препаратов, влияющих на кишечный микробиоценоз.

**Цель исследования:** оценить качественный и количественный состав кишечного микробиоценоза у пациентов с ХБП С5, получавших перитонеальный диализ (ПД), и влияние его изменений на течение ХБП.

**Материалы и методы.** В исследовании приняли участие 30 пациентов с ХБП С5 (19 женщин и 11 мужчин, средний возраст  $(43,8 \pm 11,2)$  года), получавших ПД, не имевших тяжелой сопутствующей патологии. Всем проведен биохимический анализ крови (креатинин, мочевины), полимеразная цепная реакция кала на дисбиоз в режиме реального времени.

**Результаты.** У 25% пациентов отмечались боли в животе, не связанные с перитонеальным катетером, метеоризм выявлялся у 50%, у 50% пациентов стул имел форму 4-го типа по Бристольской шкале, а 3-й тип определялся у 30%. При ПЦР-РВ диагностике кишечного микробиоценоза у 60% пациентов отмечался дефицит *Lactobacillus spp.*, снижение количества *Bifidobacterium spp.* выявлено у 25% больных. Дефицит *E.coli* выявлен у 35% пациентов, а увеличение числа *E.coli enteropathogenic* более  $10^4$  обнаружено у 95%. Энтеробактерии родов *Enterobacter* и *Citrobacter* выявлялись у 80% больных, наличие анаэробного дисбаланса имело место у 65% больных. С помощью корреляционного анализа выявлена линейная зависимость между уровнем мочевины в крови и количеством бактериоидов в кале ( $r=0,52$ ) при  $p<0,05$ . Выявленные изменения кишечного микробиоценоза клинически проявлялись метеоризмом у половины больных ( $r=0,5$ ).

*E.coli* участвует в утилизации аммиака, вместе с *Lactobacillus spp.* играет роль в поддержании иммунологической толерантности кишечника, влияя на дендритные клетки, а *Lactobacillus spp.* участвует в сохранении целостности кишечного барьера.

**Выводы.** Нарушение кишечного микробиоценоза выявляется у всех больных, получающих ПД, что клинически проявляется метеоризмом, при этом не отмечается явных признаков запора.

### 5. Особенности слизевого выделительной деятельности желудка при хроническом гастрите

Борисов Ю.Ю., Ломоносова Г.Г.  
Краснодарский ММИВСО, Россия

**Цель исследования:** изучение секреции желудочной слизи и ее реологических свойств у больных с различными формами хронического гастрита (ХГ).

**Материал и методы.** Обследованы 37 практически здоровых лиц и 36 больных хроническим гастритом, в числе которых 15 – с поверхностным, 12 – с умеренно выраженным атрофическим и 9 – с выраженным атрофическим гастритом фундального отдела желудка. Желудочную секрецию исследовали в базальном периоде и после максимальной стимуляции пентагастрином. Реологические свойства слизистого геля изучали на прецизионном ротационном вискозиметре Rheotest-2 (Германия).

**Результаты.** Установлено, что у больных ХГ наряду с достоверным снижением (в среднем на 20,7%, здесь и далее  $p<0,05$ ) продукции неперсина белка, представленного, главным образом, гликопротеинами слизи, наблюдается существенное падение реологических параметров слизи. У них предел упругости слизистого геля снижен в среднем в 1,4 раза, эффективная вязкость, измеренная при низкой скорости сдвига, – в 1,5 раза, при высокой скорости сдвига – в 1,2 раза. При этом у больных с поверхностным гастритом реологические параметры существенно не

отличаются от таковых в контрольной группе. В то же время у больных с умеренно выраженным атрофическим гастритом анализируемые реологические параметры в среднем в 1,3-1,7 раза ниже, чем у здоровых, и в 1,2-1,4 раза ниже, чем у больных поверхностным гастритом. У больных с выраженным атрофическим гастритом предел упругости слизи в среднем в 2 раза ниже, чем у здоровых, и в 1,5-1,8 раза ниже, чем у больных с другими формами гастрита.

**Выводы.** У больных хроническим гастритом наряду со снижением секреции желудочной слизи существенно ослаблены ее упруговязкие свойства, определяющие ее цитопротективный потенциал, причем выраженность реологических нарушений зависит от глубины гастрической перестройки слизистой оболочки фундального отдела желудка.

#### 6. Влияние даларгина на цитопротективный потенциал слизистого барьера желудка у больных язвенной болезнью

Борисов Ю.Ю., Сотникова Н.В.  
Краснодарский ММИВСО, Россия

**Цель исследования:** определение возможностей использования блокатора опиоидных рецепторов даларгина для коррекции нарушений слизевого секреторной деятельности желудка при язвенной болезни.

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

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

**Выводы.** Представленные данные свидетельствуют о наличии опиоидергического контроля упруговязких свойств желудочной слизи и целесообразности применения даларгина для коррекции реологических нарушений слизистого барьера желудка при язвенной болезни.

## В

#### 7. Влияние фундопликации при гастроэзофагеальной рефлюксной болезни на частоту обострений сопутствующей бронхиальной астмы

Василевский Д.И., Зарембо И.А., Филиппов Д.И., Смирнов А.А.

Первый СПбГМУ им. И.П. Павлова, Санкт-Петербург, Россия, e-mail: filipovdi@mail.ru

**Целью исследования** являлось изучение патологического влияния гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (ГЭРБ) на течение бронхиальной астмы (БА).

**Материал и методы.** Проведено обследование ЖКТ у 30 больных (возраст 40-68 лет, средний возраст 54 года) с легкой и средней степенью тяжести БА с частично контролируемым течением заболевания.

У всех 30 больных (100%) диагностирована ГЭРБ по данным ФЭГДС (неэрозивная форма – 100%), что подтверждено при точной импеданс-рН-метрии пищевода и желудка. В дальнейшем пациенты были разделены на две группы: А и Б. 15 (50%) больных группы А проведена консервативная терапия ГЭРБ ИПП (омепразол 20 мг 2 раза в день 30 дней) в сочетании с итотрида гидрохлоридом (50 мг 3 раза в день). В группе Б 15 (50%) больных проведена лапароскопическая фундопликация по Тупе. Оценка эффективности лечения произведена через 1 год.

В группе консервативного лечения обострение ГЭРБ диагностировано за 12 месяцев чаще в три раза, что потребовало назначения лечения в режиме «по требованию», обострение БА наблюдалось 2 раза в год, что требовало консультации пульмонолога.

В группе Б (с применением оперативного лечения ГЭРБ) обострение ГЭРБ не выявлено в течении 12 месяцев, а обострение БА наблюдалось не чаще одного раза в год.

**Выводы.** ГЭРБ является триггером обострения БА у части больных. Рефлюкс кислоты в пищевод и верхние дыхательные пути является независимым фактором безуспешности контроля над симптомами БА.

**Заключение.** Лучший контроль над симптомами ГЭРБ и БА достигнут в результате оперативного лечения ГЭРБ.

#### 8. Пути улучшения контроля над БА оптимизацией диагностики и лечения сопутствующей ГЭРБ в сочетании с Нр-гастритом

Василевский Д.И., Зарембо И.А., Филиппов Д.И., Смирнов А.А.

Первый СПбГМУ им. И.П. Павлова, Санкт-Петербург, Россия, e-mail: filipovdi@mail.ru

**Цель исследования:** улучшить контроль над бронхиальной астмой (БА) путем оптимизации диагностики и лечения патологии верхних отделов ЖКТ.

**Материал и методы.** В исследование включены 53 больных с частично контролируемой БА (легкой степени тяжести 40, средней степени – 10, тяжелой степени – 3).

Больные были разделены на две группы. В группу А вошли 25 человек (47%), в группу Б – 28 человек (53%).

В группе А у всех 25 больных по данным ФЭГДС и импеданс-рН-метрии подтверждено наличие ГЭРБ и эзофагита А. Всем больным проведено антирефлюксное лечение (омепразол 20 мг 2 раза в сутки в течение 14 дней). В группе Б диагностика ЖКТ проводилась с оценкой наличия Нр-гастрита по данным ФЭГДС, импеданс-рН-метрии и дыхательного уреазного теста («АМА», СПб). В этой группе подтверждено наличие ГЭРБ, эзофагита А, ассоциированного с Нр-гастритом, у 100% больных. Стандартная трехкомпонентная терапия проведена в течение 14 дней (омепразол 20 мг 2 раза в день, амоксициллин 100 мг 2 раза в день, кларитромицин 500 мг 2 раза в день).

Контроль над симптомами БА и ГЭРБ у больных в двух группах оценивался через 1 год.

Оценка эффективности лечения проводилась по опроснику контроля симптомов БА (АСQ-5) в двух исследуемых группах.

В группе А констатировано частично контролируемое течение БА у 20 (75%) больных, у 5 (25%) – контролируемое течение.

В группе Б констатировано контролируемое течение БА у 22 (79%) больных и только у 5 (21%) больных частично контролируемое течение БА.

**Выводы.** ГЭРБ в сочетании с Нр-гастритом негативно влияет на контроль над БА. Данное влияние, вероятно, связано с повышенной агрессивностью соляной кислоты и увеличенной продукцией соляной кислоты у больных с Нр-ассоциированным гастритом.

**Заключение.** Эрадикационная терапия Нр-гастрита в сочетании с ГЭРБ позволяет добиться лучшего контроля над симптомами БА.

### 9. Влияние бариатрических оперативных вмешательств на липидный обмен в отдаленном периоде

Васильев Е.В.<sup>1</sup>, Вологжанин Д.А.<sup>1,2</sup>, Гладышев Д.В.<sup>1</sup>, Ильинский Н.С.<sup>2</sup>, Слесарева Е.Г.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Городская больница № 40, <sup>2</sup>ВМедА им. С.М. Кирова, Санкт-Петербург, Россия, e-mail: nika\_il2@mail.ru

**Цель исследования:** оценить изменения показателей липидного обмена у пациентов с ожирением спустя 4 года – 8 лет после выполнения бариатрических оперативных вмешательств (БОВ).

**Материалы и методы.** В группу вошли 40 человек (31 женщина, 9 мужчин; средний возраст (41,26±9,73) года), которым выполнялись БОВ 4 года – 8 лет назад. Лапароскопическое регулируемое бандажирование желудка (ЛРБЖ) выполнено 10 пациентам, лапароскопическая продольная резекция желудка (ЛПРЖ) – 20 пациентам, лапароскопическое желудочное шунтирование (ЛЖШ) – 10 пациентам. Исследование липидограммы проводилось с помощью панели Abbott на биохимическом анализаторе Architect с8000 и включало определение уровня холестерина (ХС), липопротеинов низкой плотности (ЛПНП), липопротеинов высокой плотности (ЛПВП), триглицеридов (ТГ). Проводилось сравнение показателей липидограммы, выполненной до БОВ и через 4 года – 8 лет после операции.

**Результаты.** До выполнения БОВ повышение уровня ХС выявлялось у 12 человек (30%), ТГ – у 13 (32,5%), ЛПНП – у 11 (27,5%), снижение уровня ЛПВП – у 34 (85%). Только 3 человека (10%) имели нормальные значения липидограммы. Спустя 4 года – 8 лет после БОВ показатели липидограммы в пределах референсных значений регистрировалась у 15 человек (37,5%). Число пациентов со сниженным уровнем ЛПВП и повышенными значениями ТГ уменьшилось вдвое (до 42,5% и 15% соответственно). Гиполипидемическая терапия пациентам не проводилась.

**Выводы.** Ожирение является одной из частых причин дислипидемий. Выявленная положительная динамика показателей липидограммы напрямую не коррелирует с видом выполненной БОВ, но доказывает длительное благотворное влияние операции на липидный обмен.

### 10. Влияние бариатрических оперативных вмешательств на углеводный обмен в отдаленном периоде

Васильев Е.В.<sup>1</sup>, Ильинский Н.С.<sup>2</sup>, Салухов В.В.<sup>2</sup>, Слесарева Е.Г.<sup>2</sup>, Фишман М.Б.<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Городская больница № 40, <sup>2</sup>ВМедА им. С.М. Кирова, <sup>3</sup>СПбГМУ им. акад. И.П. Павлова, Санкт-Петербург, Россия

**Цель исследования:** оценить изменения показателей углеводного обмена у пациентов с ожирением спустя 4 года – 8 лет после выполнения бариатрических оперативных вмешательств (БОВ).

**Материалы и методы.** Исследуемую группу составили 40 человек (31 женщина, 9 мужчин; средний возраст (41,26±9,73) года), которым выполнялась одна из методик БОВ 4 года – 8 лет назад. Лапароскопическое регулируемое бандажирование желудка (ЛРБЖ) выполнено 10 пациентам, лапароскопическая продольная резекция желудка (ЛПРЖ) – 20 пациентам, лапароскопическое желудочное шунтирование (ЛЖШ) – 10 пациентам. Сравнивались показатели содержания гликированного гемоглобина (HbA1c, %) в венозной крови, полученные предоперационно и при контрольном осмотре через 4 года – 8 лет.

**Результаты.** До БОВ сопутствующий сахарный диабет 2 типа (СД2) имели 22 человека (55%), получавших гипогликемическую терапию. С помощью применения критерия знаков были выявлены статистически значимые ( $p=0,0177$ ) различия между исходным (mean 7,14%; SD 1,77) и контрольным (mean 5,6%; SD 0,68) содержанием HbA1c. На момент повторного осмотра СД2 имелся у 7 человек (17,5%), причем уровень HbA1c находился в пределах целевых значений у 4 из них (10%). Наиболее выраженное снижение HbA1c отмечалось среди пациентов, которым выполнялось ЛЖШ, а также у пациентов с исходно более высокими значениями HbA1c (более 8%). В группе ЛРБЖ содержание HbA1c практически не менялось.

**Выводы.** Полученные результаты доказывают высокую эффективность БОВ в отношении нормализации показателей углеводного обмена и лечения СД2, отмечена прямая зависимость степени снижения HbA1c от вида БОВ.

### 11. Частота встречаемости гепаторенального синдрома у больных с циррозом печени разной этиологии

Волга Н.Б., Лещенко А.А.

Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова (2-я каф. терапии усовершенствования врачей), Санкт-Петербург

Гепаторенальный синдром представляет собой прогрессирующую почечную недостаточность, которая развивается на фоне тяжелого заболевания печени с печеночной недостаточностью и синдромом portalной гипертензии. Данная патология является актуальной, потому что жизненный прогноз при ней крайне неблагоприятный. Средний период выживания при гепаторенальном синдроме I типа составляет 10-14 дней, а при II типе – 15-30 дней, вне зависимости от класса заболевания по Чайльду – Пью.

**Целью исследования** было определение частоты встречаемости гепаторенального синдрома с учетом этиологии, пола, возраста и степени тяжести по Чайльду – Пью, оценить достоверность постановки гепаторенального синдрома как осложнения цирроза печени.

**Материалы и методы.** Представлены результаты наблюдения 207 больных (мужчин 122, женщин 85) с циррозом печени, находившихся в клинике № 2 терапии усовершенствования врачей ВМедА им. С.М. Кирова с 2013 по 2015 гг. Возраст больных составил от 30 до 80 лет, средняя продолжительность патологии печени составила 6 лет ± 2 года.

**Результаты исследования.** Наибольшее количество больных – 142 человека (68,6%) составляли пациенты в возрасте от 41 года до 60 лет, то есть лица трудоспособного возраста, в том числе пенсионеры МО РФ. Основным этиологическим фактором развития цирроза печени в исследуемой группе является токсический – 110 человек, 53,1% от числа всех обследуемых пациентов, на втором месте был вирусный гепатит – 53 человека (25,6%), на третьем – первичный билиарный цирроз – 29 человек (14,1%); значительно реже наблюдались больные с кардиальным циррозом печени – 15 человек (7,2%). Наиболее часто встречался класс В по Чайльду – Пью – 144 человека (69,6%), вторым по частоте был класс А по Чайльду – Пью – 48 человек (23,2%), реже всего встречался класс С по Чайльду – Пью – 15 человек (7,2%). Это объясняется средней выживаемостью таких больных. При классе С по Чайльду – Пью годовичная выживаемость составляет 45%, при классе В – 81%, а при классе А – 100%. Следовательно, основные классы тяжести, с которыми придется работать, это классы А и В по Чайльду – Пью. Из 207 пациентов у 16 человек (7,7%) развился гепаторенальный синдром с классом С по Чайльду – Пью, у мужчин он развивался в 10,7% случаев, а у женщин в 3,5% случаев.

**Выводы.** Гепаторенальный синдром развился всего у 7,7% обследованных больных. Преобладали мужчины (в 5 раз чаще) в возрасте от 51 года до 60 лет с алкогольным циррозом печени на фоне хронической алкогольной интоксикации, с классом С по Чайльду – Пью. При анализе данных историй болезней имели место как гипердиагностика данного заболевания, так и недооценка такого грозного состояния. Гепаторенальный синдром выставлялся при наличии только одного основного критерия, что является необоснованным: у 5% обследуемых больных отмечалась гипердиагностика данного осложнения.

**12. Алгоритм диагностики атрезии желчных путей у детей**

Вольнец Г.В., Никитин А.В., Скворцова Т.А.  
НЦЗД Минздрава России, Москва, Россия

**Цель исследования:** разработать алгоритм пошаговой диагностики билиарной атрезии (БА) у детей.

**Объем и методы.** Проведен ретроспективный анализ течения заболевания у 20 детей (14 мальчиков и 6 девочек) с БА и многофакторный статистический анализ клинико-диагностических показателей в дебюте заболевания, на основании которого разработан алгоритм пошаговой диагностики заболевания у детей раннего возраста.

**Результаты.** С использованием данных многофакторного статистического анализа, в том числе ROC-кривых, установлено, что первым шагом в алгоритме диагностики БА у детей первых трех месяцев жизни является сочетание ахолии стула с длительной желтухой и гепатомегалией. 2-й шаг в диагностике БА – биохимическое исследование крови, при котором обнаруживается коагулопатия, гипербилирубинемия преимущественно за счет прямой фракции, повышение уровня гамма-глutamилтранспептидазы и щелочной фосфатазы. 3-й шаг в диагностике БА – УЗИ органов брюшной полости, обнаружение при котором повышенной эхогенности печеночной паренхимы и ее неоднородность, нарушение визуализации внутрипеченочных желчных протоков и желчного пузыря. 4-й шаг в диагностике БА – проведение гепатобилисцинтиграфии (ГБСГ) и ее верификация при выявлении отсутствия поступления радиофармпрепарата (РФП) в кишечник ( $T_{киш}$ ) и удлинение времени полувыведения РФП ( $T_{1/2}$ ) или его отсутствию.

**Вывод.** Разработанный алгоритм пошаговой диагностики БА позволяет максимально рано выявить это заболевание, уже на начальном уровне оказания медицинской помощи детям в условиях первичного звена здравоохранения.

**13. Динамика изменений структуры и функции печени на фоне специфической терапии тирозинемии I типа у детей**

Вольнец Г.В., Никитин А.В., Скворцова Т.А., Карулина А.С.  
НЦЗД Минздрава России, Москва, Россия

**Цель исследования:** на основе многофакторного статистического анализа клинико-диагностических показателей оценить динамику изменений степени выраженности нарушений структуры и функции печени на фоне специфической терапии у детей с наследственной тирозинемией I типа (НТ1).

**Объем и методы.** Под наблюдением находились 17 детей (8 мальчиков и 9 девочек) с НТ1: 5 пациентов (29,4%) с НТ1А типом и 12 пациентов (70,6%) с НТ1Б типом. Все дети получали патогенетическую терапию нитизиномом. Оценивались клинико-диагностические данные в дебюте заболевания и на фоне шестимесячного курса патогенетической терапии с оценкой степени нарушения функции печени (ФП), структуры печени и выраженности портальной гипертензии (СП) по балльной системе.

**Результаты.** ФП до начала специфической терапии была снижена на  $(34,1 \pm 11,3)\%$  с диапазоном колебаний от 12,0% до 48,0%: у 12 детей степень ее снижения была умеренной, у 2 пациентов – незначительной. Через 6 месяцев терапии ФП достоверно улучшилась ( $p=0,026$ ) и была снижена на  $(26,1 \pm 6,9)\%$  с диапазоном колебаний от 11,0% до 39,0%: у 10 больных степень ее снижения была умеренной, у 4 – незначительной. СП до начала терапии были нарушены на  $(34,8 \pm 6,3)\%$  с диапазоном колебаний от 20% до 47,5%: у 13 детей нарушения были умеренными, у одного пациента – незначительными. Через 6 месяцев патогенетической терапии СП были нарушены на  $(31,8 \pm 9,2)\%$  ( $p=0,280$  по сравнению с показателями до начала терапии) с диапазоном колебаний от 20% до 55%: у 11 детей нарушения были умеренными, у 2 – незначительными.

**Вывод.** Проведение специфической терапии НТ1 сопровождается значительным улучшением функции печени, однако нарушения структуры печени и выраженность портальной гипертензии достоверно значимо не улучшаются.

**14. Пошаговая диагностика наследственной тирозинемии I типа у детей**

Вольнец Г.В., Никитин А.В., Скворцова Т.А., Карулина А.С.  
НЦЗД Минздрава России, Москва, Россия

**Цель исследования:** разработать алгоритм пошаговой диагностики наследственной тирозинемии I типа (НТ1) у детей.

**Объем и методы.** Под наблюдением находились 17 детей (8 мальчиков и 9 девочек) с НТ1. Проводилось изучение анамнеза жизни и заболевания пациентов, оценивались клинико-лабораторные данные в дебюте заболевания.

**Результаты.** Используя данные многофакторного статистического анализа, в том числе ROC-кривых, установлено, что первым шагом в алгоритме диагностики НТ1 у детей первых трех месяцев жизни можно считать сочетание лихорадки неясного генеза ( $AUC=0,829$ ), отеков ( $AUC=0,757$ ), желтухи ( $AUC=0,664$ ) и диспепсического синдрома ( $AUC=0,664$ ). У детей в возрасте 4–6 месяцев – гепато- или гепатоспленомегалия ( $AUC=0,615$ ), а в возрасте старше 7 месяцев – острый рахит ( $AUC=0,955$ ), не купирующийся применением стандартных противорахитических средств, и гепато- или гепатоспленомегалия ( $AUC=0,636$ ). 2-й шаг – клинический анализ крови с оценкой уровня гемоглобина и эритроцитов (для выявления анемического синдрома), тромбоцитов; биохимический анализ крови (АЛТ, АСТ; общий билирубин и его фракции; уровень ЩФ, кальция, фосфора; коагулограмма). 3-й шаг – проведение исследования уровней ароматических аминокислот крови (тирозина, фенилаланина) методом тандемной масс-спектрометрии, и исследование на сукцинилацетон в крови и моче. 4-й шаг – проведение генетического исследования на мутации в гене FAN.

**Вывод.** Разработанный алгоритм пошаговой диагностики тирозинемии I типа позволяет максимально рано выявить это заболевание, уже на начальном уровне оказания медицинской помощи детям в условиях первичного звена здравоохранения, и начать специфическую терапию.

**15. Применение рекомбинантного интерлейкина-2 (препарат «Ронколейкин») в лечении хронического гепатита С у детей**

Вольнец Г.В., Скворцова Т.А., Потапов А.С.  
НЦЗД Минздрава России, Москва, Россия

**Цель исследования:** оценить эффективность использования рекомбинантного IL-2 (rIL-2) (препарат «Ронколейкин») в сочетании с рекомбинантным интерфероном альфа-2а (препарат «Роферон») (rIFN $\alpha$ -2а) в лечении хронического гепатита С (ХГС) у детей.

**Объем и методы.** 31 ребенок в возрасте от 3 до 17 лет с ХГС. Проводилась терапия rIFN $\alpha$ -2а в дозе 3 млн МЕ 3 раза в неделю в сочетании с rIL-2, который использовался 2 раза в неделю (с интервалом 48 часов) на протяжении всего периода лечения с подкожным введением по 0,02 мг/кг в сутки (но не более 1,0 мг) первые 2 недели терапии с последующим переходом на пероральный прием препарата в той же дозе 2 раза в неделю в течение 8 недель (1-й курс лечения – 10 недель). Затем следовал четырехнедельный перерыв в приеме препарата, после которого вновь препарат принимался перорально в течение 8 недель с последующим четырехнедельным перерывом. В зависимости от генотипа HCV лечение продолжается либо 24 недели (генотип 2 и 3), либо 48 недель (генотип 1). Группу сравнения составили 47 детей в возрасте от 3 до 17 лет, которым проводилась монотерапия rIFN $\alpha$ -2а. Эффективность терапии оценивали по полученному первичному вирусологическому ответу.

**Результаты.** Сравнительный анализ эффективности монотерапии rIFN $\alpha$ -2а и терапии rIFN $\alpha$ -2а и rIL-2 установил повышение эффективности лечения более чем в 2 раза: при генотипе 2/3 HCV эффективность терапии достигала 91% против 43% в группе сравнения, а при генотипе 1 HCV эффективность терапии повышалась до 25% против 17% в группе сравнения.

**Вывод.** Включение рекомбинантного IL-2 (препарат «Ронколейкин») в схему противовирусной терапии ХГС у детей рекомбинантным интерфероном альфа-2а (препарат «Роферон») значительно повышает ее эффективность, приводя к более высоким

показателям частоты достижения первичной вирусологической ремиссии и стабильного вирусологического ответа ( $p < 0,05$ ).

#### 16. Кислотообразующая функция желудка при различных типах хронического гастрита у детей

Вольнец Г.В., Хавкин А.И., Жихарева Н.С., Комарова О.Н.  
РНИМУ им. Н.И. Пирогова, Москва, Россия

**Цель исследования:** определить особенности кислотообразующей функции желудка при различных типах хронического гастрита (ХГ) у детей.

**Объем и методы.** Проведено сплошное обследование без предварительного отбора 145 детей (средний возраст  $(10,1 \pm 0,3)$  года) с заболеваниями верхнего отдела пищеварительного тракта (ВОПТ). Из них выделена группа из 128 пациентов, у которых эндоскопически и морфологически диагностирован ХГ. У 17 пациентов диагностированы моторные нарушения ВОПТ (группа сравнения). В биоптатах слизистой оболочки (СО) фундального и антрального отделов желудка методом ПЦР проводилось определение ДНК *H.pylori* (HP.) и определение специфической ДНК вируса Эпштейна – Барр (EBV). Для верификации аутоиммунного гастрита (АГ) методом непрямой иммунофлуоресценции на люминесцентном микроскопе «ЛЮОМ-Р1» с использованием конъюгата антител к IgG человека с флуоресцеинизотиоцианатом определялись аутоантитела к микросомам париетальных клеток желудка (АПЖ). Диагноз АГ устанавливался на основании обнаружения АПЖ в титрах 1:20 и более. Титр АПЖ 1:10 считался слабоположительным, расценивался как «сомнительный» и в разработку не входил. Для определения состояния кислотообразующей функции желудка всем детям проводилась суточная внутрижелудочная pH-метрия с использованием аппарата «Гастроскан-5» фирмы «Исток-Система». Для определения различий кислотообразующей функции желудка дети с ХГ были разделены на 2 группы: имеющие АПЖ и верифицированный АГ и без АПЖ и диагностированный неаутоиммунный гастрит (неАГ).

**Результаты.** pH при нарушениях моторной функции ВОПТ составил  $(1,20 \pm 0,41)$  ед. Базальная кислотность тела желудка при АГ составила  $(0,86 \pm 0,05)$  ед., при неАГ –  $(1,18 \pm 0,09)$  ед. ( $p < 0,004$ ). Достоверных различий в pH как при неАГ ( $p < 0,3$ ), так и при АГ ( $p < 0,2$ ) в зависимости от присутствия или отсутствия *H.pylori* в СО желудка не выявлено. Также не выявлено достоверных различий pH в зависимости от обнаружения или отсутствия ДНК EBV в СО желудка.

**Вывод.** На уровень базальной кислотности влияют не этиологические факторы, а патогенетические особенности развития АГ и неАГ, связанные с нарушением кислотообразующей функции париетальных клеток.

#### 17. Нарушения моторной функции желудка и двенадцатиперстной кишки при различных типах хронического гастрита у детей

Вольнец Г.В., Хавкин А.И., Жихарева Н.С., Рачкова Н.С., Комарова О.Н.  
РНИМУ им. Н.И. Пирогова, Москва, Россия

**Цель исследования:** установить частоту и характер моторных нарушений верхнего отдела пищеварительного тракта (ВОПТ) при различных типах хронического гастрита (ХГ) у детей.

**Объем и методы.** Проведено сплошное обследование без предварительного отбора 145 детей (средний возраст  $(10,1 \pm 0,3)$  года) с заболеваниями верхнего отдела пищеварительного тракта (ВОПТ). Из них выделена группа из 128 пациентов, у которых эндоскопически и морфологически диагностирован ХГ. У 17 пациентов диагностированы моторные нарушения ВОПТ (группа сравнения). Дети с ХГ по наличию или отсутствию аутоантител к париетальным клеткам желудка (АПЖ), определявшимся методом непрямой иммунофлуоресценции на люминесцентном микроскопе «ЛЮОМ-Р1» с использованием конъюгата антител к IgG человека с флуоресцеинизотиоцианатом, были разделены на 2 группы: 58 пациентов с аутоиммунным гастритом (АГ), который устанавливался на основании обнаружения АПЖ в титрах 1:20 и более, и 70 – с неаутоиммунным гастритом (неАГ), у которых АПЖ отсут-

ствовали. Гастроэзофагеальные (ГЭР) и дуоденогастральные (ДГР) рефлюксы у наблюдаемых пациентов диагностировались на основании совокупности эндоскопического исследования, суточного внутрижелудочного pH-мониторирования с использованием аппарата «Гастроскан-5» фирмы «Исток-Система» и периферической компьютерной электрогастроэнтерографии на аппарате «Миограф» фирмы «Исток-Система».

**Результаты.** Нарушения моторной функции ВОПТ выявлены в 121 случае из 145 (83,4%). При этом ГЭР определялись у 96 пациентов из 145 (66,2%), ДГР – у 81 из 145 (55,9%). Одновременно ГЭР и ДГР диагностировались у 52 детей из 145 (35,9%). Частота встречаемости ГЭР при АГ значительно выше, чем при неАГ (46 случаев из 58 – 79,3% против 42 случаев из 70 – 60,0%;  $\chi^2 = 4,643$ ;  $p < 0,05$ ). ДГР чаще встречаются при неАГ, чем при АГ (55 случаев из 70 – 78,6% против 11 случаев из 58 – 19,0%;  $\chi^2 = 42,766$ ;  $p < 0,001$ ). Сочетание ГЭР и ДГР значительно чаще встречается при неАГ, чем при АГ (38 случаев из 70 – 54,3% против 7 случаев из 58 – 12,1%;  $\chi^2 = 22,981$ ;  $p < 0,001$ ).

**Вывод.** Аутоиммунный гастрит значительно чаще протекает с ГЭР, а неаутоиммунный гастрит – с ДГР.

#### 18. Инфекционные маркеры и аутоантитела к микросомам париетальных клеток желудка при хроническом гастрите у детей

Вольнец Г.В., Хавкин А.И., Комарова О.Н.  
РНИМУ им. Н.И. Пирогова, Москва, Россия

**Цель исследования:** установить частоту встречаемости наиболее распространенных инфекционных маркеров при хроническом гастрите (ХГ) у детей.

**Объем и методы.** Проведено сплошное обследование без предварительного отбора 145 детей (средний возраст  $(10,1 \pm 0,3)$  года) с заболеваниями верхнего отдела пищеварительного тракта (ВОПТ). Из них выделена группа из 128 пациентов, у которых эндоскопически и морфологически диагностирован хронический гастрит. В биоптатах слизистой оболочки (СО) фундального и антрального отделов желудка методом ПЦР проводилось определение ДНК *H.pylori* и специфических ДНК герпесвирусов (вируса Эпштейна – Барр – EBV, цитомегаловируса – CMV, вируса простого герпеса 1 и 2 типа – HSV1-2, вируса герпеса человека 6 типа – HHV6). Методом непрямой иммунофлуоресценции на люминесцентном микроскопе «ЛЮОМ-Р1» с использованием конъюгата антител к IgG человека с флуоресцеинизотиоцианатом определялись аутоантитела к микросомам париетальных клеток желудка АПЖ.

**Результаты.** Инфекция *H.pylori* у детей с патологией ВОПТ была обнаружена у 65 пациентов (44,8%), специфические ДНК EBV в слизистой оболочке желудка – у 44 (30,3%), CMV – у 4 (2,8%), HSV1-2 – у 2 (1,4%). АПЖ у детей с патологией ВОПТ обнаруживались в 58 случаях из 145 (40%) и из 128 случаев ХГ (45%). При наличии ДНК EBV в СО желудка АПЖ определяются в 40 случаях из 44 (90,9%).

**Вывод.** Аутоиммунный гастрит, маркерами которого являются аутоантитела к микросомам париетальных клеток желудка, диагностируется у детей с патологией ВОПТ в 40% случаев, а при хроническом гастрите – в 45% случаев. Среди наиболее распространенных в популяции инфекционных маркеров в СО желудка определяются ДНК *H.pylori* и ДНК EBV. Наличие АПЖ, а следовательно, аутоиммунный гастрит, ассоциируется с ДНК EBV в СО желудка.

#### 19. Принципы лечения нарушений моторной функции верхнего отдела пищеварительного тракта у детей

Вольнец Г.В., Хавкин А.И., Рачкова Н.С., Жихарева Н.С., Комарова О.Н.  
РНИМУ им. Н.И. Пирогова, Москва, Россия

**Цель исследования:** определить принципы дифференцированной терапии моторных нарушений верхнего отдела пищеварительного тракта (ВОПТ) у детей.

**Объем и методы.** Проведено сплошное обследование без предварительного отбора 39 детей (средний возраст  $(10,1 \pm 0,3)$  года) с

заболеваниями верхнего отдела пищеварительного тракта (ВОПТ). Диагностика гастроэзофагеальных (ГЭР) и дуоденогастральных (ДГР) рефлюксов, а также определение электрической активности (ЭА) желудка и двенадцатиперстной кишки проводилось на основании совокупности эндоскопического исследования, суточного внутрижелудочного рН-мониторирования с использованием аппарата «Гастроскан-5» фирмы «Исток-Система» и периферической компьютерной электрогастроэнтерографии (ПКЭГЭГ) на аппарате «Миограф» фирмы «Исток-Система».

Для коррекции нарушений моторной функции ВОПТ проводилась антирефлюксная терапия, включающая антациды и обволакивающие средства, блокатор дофаминовых рецепторов (домперидон), по показаниям – миотропный спазмолитик. Выбор препаратов, влияющих на моторику желудка и двенадцатиперстной кишки, проводился с учетом данных ПКЭГЭГ. В качестве миотропного спазмолитика назначался мебеверин в возрастной дозировке 2 раза в сутки за 20 минут до еды прерывистыми курсами по 2 недели в месяц. Домперидон назначался в возрастной дозировке 3 раза в сутки за 30-60 минут до еды.

**Результаты.** Применение миотропных спазмолитиков при повышении ЭА двенадцатиперстной кишки и натошак, и после еды или только натошак сопровождалось значительным снижением показателей ЭА: (до лечения  $(4,8 \pm 0,3)\%$  при норме  $2,1\%$ ; после лечения  $(3,3 \pm 0,3)\%$  при норме  $3,2\%$ ,  $p < 0,002$ ). При повышении ЭА двенадцатиперстной кишки только натошак, нормализующейся после приема пищи, более эффективен был блокатор дофаминовых рецепторов (домперидон) или сочетание домперидона с мебеверином в комбинации с обволакивающими препаратами. При этом ЭА двенадцатиперстной кишки натошак до лечения была  $(4,5 \pm 0,4)\%$ , после лечения –  $(2,8 \pm 0,2)\%$  ( $p < 0,001$ ).

**Вывод.** Выбор препаратов для лечения нарушений моторной функции ВОПТ должен основываться на показателях ЭА желудка и двенадцатиперстной кишки.

## Г

### 20. Изучение психологического статуса и функционального состояния желчного пузыря у пациентов с желчнокаменной болезнью (ЖКБ)

Глазырина Н.Н., Хохлачева Н.А., Вахрушев Я.М., Зеленин В.А.

Ижевская государственная медицинская академия, Россия

**Цель работы:** исследование сопряженности изменений психологического статуса, сократительной функции желчного пузыря и биохимического состава желчи при ЖКБ.

**Материалы и методы.** Обследованы 410 больных ЖКБ в возрасте от 21 года до 76 лет. При верификации заболевания (УЗИ желчного пузыря и желчевыводящих путей, биохимическое исследование желчи) у всех больных установлена физико-химическая стадия ЖКБ. Психологический статус изучался по уровню личностной (ЛТ) и реактивной тревожности (РТ). Сократительную функцию желчного пузыря (СФЖП) исследовали методом динамической эхохолестистографии. Контрольную группу составили 50 практически здоровых лиц в возрасте от 20 до 50 лет.

**Результаты.** При биохимическом исследовании желчи у всех больных выявлено повышение уровня холестерина, снижение уровня желчных кислот и холатохолестеринового коэффициента (ХХК) в порциях «В» и «С» желчи, что свидетельствует о ее литогенности. Установлено, что у 100% обследованных уровень ЛТ и РТ превышал показатели контрольной группы  $32,5 \pm 2,8$  и  $29,4 \pm 3,7$  соответственно и составил  $47,4 \pm 3,2$  ( $p < 0,05$ ) и  $42,5 \pm 2,4$  ( $p < 0,05$ ) соответственно. Скорость опорожнения желчного пузыря (СОЖП) была ниже показателей контрольной группы ( $1,02 \pm 0,41\%$  в минуту) и составляла  $(0,85 \pm 0,04)\%$  в минуту ( $p < 0,05$ ). Между СОЖП и уровнями ЛТ и РТ выявлена отрицательная корреляция ( $r = -0,41$  и  $r = -0,46$ ), что позволяет констатировать факт влияния ЛТ и РТ на СФЖП. Между СОЖП и ХХК желчи порций «В» и «С» выявлена прямая зависимость ( $r = 0,54$  и  $r = 0,61$ ), что дает основание для выводов о зависимости изменений биохимического состава желчи от СФЖП.

**Заключение.** По данным проведенных исследований установлены последовательные нарушения психологического статуса и СФЖП, способствующие развитию ЖКБ.

### 21. Современные алгоритмы лечения акне

Гогинова Е.П.

Институт красоты на Гороховой, ОАО «Косметологическая Поликлиника», Санкт-Петербург, Россия

**Актуальность.** Акне – часто встречающееся в разном возрасте заболевание кожи, характеризующееся закупоркой и воспалением волосяных фолликулов с возникновением косметических дефектов. Многообразие причин, способствующих возникновению клинических проявлений акне, делает это заболевание актуальным для врачей различных специальностей. В возникновении акне большую роль играют инфекции, нарушения в генетическом, эндокринном и иммунном аппарате, пищеварительные и нервно-психические расстройства, которые способствуют гиперсекреции кожного сала. Заболевание отражает причинно-следственную зависимость кожных проявлений от общего состояния организма. В связи с этим в эффективном лечении акне большую роль играет индивидуальный и комплексный подход, чему было посвящено наше исследование.

**Материалы и методы.** Обследованы 78 пациентов (37 мужчин и 41 женщина) в возрасте  $(32,0 \pm 11,3)$  года с папуло-пустулезной формой акне легкой и средней степенью выраженности. Всем пациентам проводилось лечение согласно разработанному нами алгоритму. Так, 1-м этапом использовали маску с антибиотиком и антисептиком. 2-й этап – механическая очистка кожи. 3-м этапом было нанесение маски с бодягой. 4-м этапом для улучшения кровообращения кожи лица выполнялся массаж по Жаке. Дополнительно всем пациентам внутрь назначался препарат «Мукофальк», обладающий сорбционным и пребиотическим действием. Продолжительность лечения составила 4 месяца. Первые

10 дней выполнялись маски и дважды производилась механическая очистка. Затем механическая очистка производилась раз в неделю в течение всего курса наблюдения.

**Обсуждение результатов.** Все пациенты отмечали комфортность лечения, субъективно улучшился цвет и тургор кожи лица. Значительное улучшение кожного патологического процесса наблюдалось у 69 (88,5%) пациентов, улучшение – у 6 (7,7%). У 3 (8,6%) пациентов со средней степенью выраженности акне с улучшением кожного статуса оставались единичные папулезные элементы в области обеих щек.

**Выводы.** Разработанные нами алгоритм и схема лечения с учетом индивидуального и комплексного подхода к терапии акне средней и легкой степени тяжести являются высокоэффективными.

## 22. Трофические эффекты гастрина как главный механизм терапевтической эффективности ингибиторов протонной помпы

Голофеевский В.Ю.

ВМедА им. С.М. Кирова, Санкт-Петербург, Россия,  
e-mail: vgolf@yandex.ru

**Обоснование.** Наиболее часто терапевтическая эффективность ингибиторов протонной помпы (ИПП) объясняется торможением кислотной продукции. Данное объяснение слишком узко.

**Цель:** на основании собственного клинико-экспериментального анализа и с учетом данных литературы показать иные, на наш взгляд, ведущие механизмы с участием желудочного гастрина.

**Материал и методы:** сравнительная оценка различных ИПП при лечении язвенной болезни и ГЭРБ с эрозивным эзофагитом; эксперименты на животных (белые крысы) с длительным введением препаратов; гистологический анализ слизистой оболочки желудка: окраска препаратов гематоксилином и эозином, реактивом Шиффа, импрегнация серебром по Гримелиусу (эндокринные клетки), окраска основным коричневым по Шубичу (тучные клетки).

**Результаты и выводы.** Торможение ИПП синтеза HCl приводит к повышению интрагастрального pH, что, по механизму обратной связи, стимулирует секрецию гастрина (риск гипергастринемии). Происходит «перераспределение» секреторной и трофической функций гастрина в пользу последней. Поэтому сохраняется стимулирующее действие гастрина на Ecl-клетки (с накоплением гистамина, риск микрокарциноидов). Одновременно возрастает скорость пролиферации эпителия, увеличивается секреция муцина, улучшается микроциркуляция и функция тучных клеток, нормализуется тонус сфинктеров и моторный комплекс, что в целом и обеспечивает репарацию эрозивно-язвенных дефектов. Нами замечено, что «уклонение» гастрина происходит, в основном, в желудочный сок, тогда как в крови его уровень может быть в пределах границ нормы.

По конечным точкам результат терапии различными ИПП практически одинаков, однако промежуточные оценки свидетельствуют о более высокой скорости репарации при использовании тех ИПП, которые метаболизируются без участия системы цитохрома р450 (CYP1A2, CYP2C9, CYP2C19, CYP2D6, CYP2E1, CYP3A4 – основные изоферменты метаболизма лекарств). Это свидетельствует о более предпочтительном применении пантопразола или рабепразола у пациентов с патологией печени и при полиморбидной патологии, требующей назначения многих иных лекарственных препаратов. Сравнение терапевтической эффективности дженериков пантопразола (панум и нольпаза) показало их полную идентичность.

## 23. Клинические предпосылки и экспериментальное доказательство регрессии фиброза и цирроза у больных с хроническими заболеваниями печени

Голофеевский В.Ю., Ангушевич А.Е.

ВМедА им. С.М. Кирова, Санкт-Петербург, Россия,  
e-mail: vgolf@yandex.ru

**Обоснование.** В клинической практике используются различные «гепатопротективные» средства, которые отличаются происхождением, химической структурой и фармакологическими характе-

ристиками, но также и несоответствием многим заявленным клиническим эффектам и принципам доказательной медицины.

**Цель:** осуществить клинико-экспериментальное изучение представителя нового поколения гепатопротективных препаратов – препарата «Моликсан».

**Материал и методы.** Опытным путем (разные серии экспериментов на более чем 200 белых крысах-самцах) создана модель токсического гепатита (диметилнитрозамин+этанол) с исходом в цирроз печени, по сути идентичная для человека (заявка на Патент РФ). После формирования цирроза проводили «лечение» препаратами «Моликсан®» и «Гептрал®» в разных дозах и в разные сроки. На всех этапах соблюдали Международные правила обращения с лабораторными животными. Осуществляли взвешивание, макроскопию органов брюшной полости, биохимические анализы крови и гистологическое исследование. Препараты окрашивали гематоксилином и эозином и пикрофуксином по Ван Гизону, оценивали объемное содержание соединительной ткани в печени визуально и методом стереоморфометрии.

В клинических условиях наблюдали 8 пациентов с хроническим токсическим гепатитом (чаще алкогольной природы) и исходом в цирроз. Помимо общеклинического и лабораторного контроля выполняли УЗ эластографию печени.

**Результаты и выводы.** Определены дозы и длительность введения токсикантов, при которых к 3–4-й неделе опыта формировался гистологически (стадия F4) и объективно подтвержденный цирроз печени. Последующее введение препаратов «Моликсан®» и «Гептрал®» приводило к достоверному уменьшению явлений фиброза, воспалительной инфильтрации, макрофагальной реакции и улучшению биохимических показателей функций печени. В то же время только «Моликсан®» в определенных дозах обеспечил полную (!) регрессию фиброзно-цирротической соединительной ткани с восстановлением исходной гистологической структуры печени.

Сроки наблюдения за пациентами пока небольшие (6–18 мес). Режимы терапии и периодичность курсов лечения подбирались индивидуально, дозы препарата достигали 120 мг на 1 инъекцию. В конечном итоге наблюдали уменьшение или ликвидацию явлений энцефалопатии, уменьшение асцита и отечного синдрома, увеличение диуреза, улучшение (вплоть до нормализации) показателей цитолиза, холестаза, белково-синтетической функции. По данным эластографии выраженность фиброза в некоторых случаях уменьшилась до стадии F2.

Полученные данные открывают новые перспективы лечения хронических заболеваний печени на стадии сформировавшегося цирроза печени.

## 24. Динамика состава микробиоты кишечника детей первого года жизни

Гончар Н.В., Бабаченко И.В., Ибрагимова О.М.,  
Калиногорская О.С.

НИИДИ ФМБА России, Санкт-Петербург, Россия

**Цель исследования:** изучение динамики состава микробиоты кишечника детей первого года жизни.

**Материал и методы.** Наблюдали детей первого года жизни; критерии включения в исследование: рожденные доношенными, отсутствие задержки внутриутробного развития, врожденных пороков, внутриутробной инфекции. Бактериологическим методом исследовали микробиоту кишечника детей в 3, 6, 9, 12 мес, число обследованных в соответствующие периоды изменялось: 9, 8, 8, 6. Оценивали уровень (M±σ) КОЕ/г индигенных и условно патогенных микроорганизмов (УПМ).

**Результаты.** Уровень бифидобактерий, выраженный в десятичных логарифмах КОЕ/г, в 3 мес составлял (8,1±1,5) lgКОЕ/г, в 6 мес – (8,8±0,7) lgКОЕ/г и в 9 мес – (8,3±1,0) lgКОЕ/г, был пониженным и неустойчивым, нормальные значения отмечались в 12 мес. Уровень лактобацилл в 3 и 6 мес был на уровне нормы и в динамике имел тенденцию к нарастанию: в 3 мес – (7,7±1,7) lgКОЕ/г, в 6 мес – (7,7±1,4) lgКОЕ/г, в 9 мес – (8,5±0,9) lgКОЕ/г, в 12 мес – (8,7±0,8) lgКОЕ/г. Уровень нормальных эшерихий был пониженным на всех этапах наблюдения с тенденцией к нарастанию с максимумом в 9 мес: в 3 мес –



(4,2±1,5) IgKOE/г, в 6 мес – (5,0±1,0) KOE/г, в 9 мес – (5,4±0,7) IgKOE/г, в 12 мес – (4,8±1,3) IgKOE/г. Уровень энтерококка был пониженным в 3 мес – (6,5±1,2) IgKOE/г и в 6 мес – (6,5±0,9) IgKOE/г с тенденцией к нарастанию до 7,0 IgKOE/г в 9 и 12 мес. Высокие титры УПМ (не менее 10<sup>5</sup> KOE/г) выявляли у части детей в 3 мес (44,4%), в 6 мес (12,5%), в 9 мес (37,5%) и не определяли в 12 мес. Наиболее часто выделяли клебсиеллы, высокий уровень которых отмечали на всех этапах: в 3 мес – (5,2±0,8) IgKOE/г, в 6 мес – (5,7±0,6) IgKOE/г, в 9 мес – (5,7±0,6) IgKOE/г, в 12 мес – 5,0 IgKOE/г.

**Заключение.** Динамика состава микробиоты кишечника детей первого года характеризуется дефицитом индигенных микроорганизмов и ростом УПМ в первые 3-6 мес жизни с постепенным уменьшением дисбиотических изменений к 9-12 мес.

## 25. Опыт лечения больных с заболеваниями билиарной системы на поликлиническом этапе

Гончарова О.М.

Амурская ГМА, Благовещенск, Россия

В последнее время возросла роль поликлинического этапа в лечении больных с заболеваниями билиарной системы: на этом этапе проводится основной курс лечения и в дальнейшем осуществляется широкий комплекс реабилитационных мероприятий.

**Цель:** изучение эффективности и переносимости воздействия детоксикационных пластырей с турмалином на точки акупунктуры у больных с заболеваниями билиарной системы.

**Материал и методы.** Обследованы 20 больных в возрасте от 43-60 лет, средний возраст 45,1 года. Все больные были разделены на две группы. Первая группа (10 больных) получала стандартное лечение согласно установленному диагнозу. Во второй группе (10 больных) на фоне комплексного лечения на стопы в зону проекции печени и желчного пузыря накладывались детоксикационные пластыри с турмалином.

**Результаты.** У всех больных обеих групп, получавших комплексное лечение, достоверно снизились и нормализовались (78% и 89% соответственно группам) показатели цитолитического и холестатического синдромов. По данным УЗИ у всех больных наблюдалась положительная динамика со стороны билиарного тракта (72% и 81% соответственно).

**Выводы.** Проведенное исследование показало, что применение детоксикационных пластырей в комплексном лечении больных хроническим холециститом и жировой дистрофией печени дает возможность добиться более выраженной положительной динамики.

## 26. Оценка эффективности и переносимости лечения ингибиторами протонной помпы в схемах эрадикации у больных язвенной болезнью в поликлинических условиях

Гончарова О.М., Лобанова Е.В.

Амурская ГМА, Благовещенск, Россия

**Актуальность.** Язвенная болезнь (ЯБ) занимает одно из ведущих мест в структуре заболеваний органов пищеварения. Высокая заболеваемость, частые рецидивы, длительная нетрудоспособность больных, значительные экономические потери позволяют отнести ЯБ к числу актуальных проблем современной медицины. При лечении кислотозависимых заболеваний большое распространение получили ингибиторы протонной помпы (ИПП). Многочисленные исследования показали высокую эффективность ИПП при лечении ЯБ. Но несмотря на то, что проблема Нр-инфекции при кислотозависимых заболеваниях в принципе была решена, высокая частота рецидивирования сохраняется. Это может быть связано с нарастающей резистентностью *Helicobacter pylori* к рекомендованным Маастрихтским консенсусом схемам эрадикационной терапии и резким снижением ее эффективности.

**Цель исследования:** оценить качество проведения диагностики, эффективность и переносимость лечения ИПП в схемах эрадикации у больных язвенной болезнью в амбулаторных условиях.

**Материал, методы и результаты.** Изучено 120 амбулаторных карт пациентов старше 18 лет (женщин 46 – 38,3%, мужчин 74 – 61,7%), обратившихся в поликлинику по поводу язвенной болезни желудка

и двенадцатиперстной кишки. Средний возраст пациентов составлял (45,2±3,2) года. У 41 (34,2%) пациента язвенная болезнь была диагностирована впервые. Средняя продолжительность заболевания составила (6,9±1,7) года. Диагноз ЯБ устанавливался на основании клинической картины и фиброгастроскопии, которая проводилась в первые 2-3 дня после обращения в поликлинику. Диаметр язв при первичном обследовании колебался от 0,2 до 0,8 см. У 56 (46,67%) больных язва локализовалась в желудке, у 64 (53,33%) – в двенадцатиперстной кишке. Осложнения язвенной болезни в анамнезе были зарегистрированы у 4 (3,33%) больных. Среди сопутствующих заболеваний чаще всего встречались артериальная гипертензия – у 47 (39,17%) пациентов, хронический гастрит – у 17 (14,17%), ишемическая болезнь сердца – у 10 (8,33%), хронический холецистит – у 5 (4,17%). В процессе анализа амбулаторных карт оценивались следующие показатели: у всех лиц пациентов выявлялись *H.pylori*; методы их обнаружения, используемые в амбулаторной практике, дозы, сроки и комбинации назначенных препаратов, частота контроля лечебного эффекта проведенной эрадикационной терапии. Среди больных, у которых выявлялись *H.pylori*, положительные результаты были получены у 44 (36,67%). Эти показатели не отражают уровень инфицированности населения в целом, поскольку определение микро-организма проводилось только у небольшого числа пациентов.

Различные варианты эрадикационной терапии были назначены 93 (77,5%) больным с диагнозом язвенной болезни, из них 44 (36,67%) с выявленным *H.pylori* и 49 (40,83%) без предварительного определения *H.pylori*, то есть эрадикационная терапия была назначена им эмпирически. 11 (9,17%) пациентам без обнаружения *H.pylori* и одному пациенту с обнаруженным *H.pylori* была проведена монотерапия ингибитором протонной помпы. Применялись следующие схемы эрадикации: омепразол 20 мг 2 раза в день + кларитромицин 500 мг 2 раза в день + амоксициллин 1000 мг 2 раза в сутки. Курс лечения 7 дней. 24 (20%) пациентам был назначен пиллобакт в сочетании с препаратами висмута (де-нол). Пилобакт – комбинированный препарат, содержащий омепразол, кларитромицин, тинидазол. Один блистер пиллобакта содержит суточные дозы омепразола (2 капсулы), кларитромицина (2 таблетки) и тинидазола (2 таблетки). В коробке – 7 блистеров, что рассчитано на терапию продолжительностью 7 дней. У 11 (9,22%) пациентов в схемах эрадикации использовался нексиум, который по антисекреторному эффекту превосходит по выраженности, скорости наступления и продолжительности действия омепразол в стандартных дозах 20-40 мг, пантопрозол 40 мг и лансопрозол 30 мг (Лапина Т.Л., Ивашкин В.Т., 2001). При использовании вышеперечисленных схем ни в одном случае не было отмечено проявлений индивидуальной непереносимости, аллергических или побочных эффектов. Несмотря на то, что базисными антисекреторными препаратами в схемах эрадикационной терапии являются ингибиторы протонной помпы, они использовались в составе схем первой линии только у 84 (90,3%) из 93 пациентов, получавших эрадикационную терапию. Среди других антисекреторных препаратов, назначаемых врачами для лечения язвенной болезни, одинаково часто встречались ранитидин – у 20 (16,67%) пациентов и фамотизин – у 21 (17,5%) пациента.

У подавляющего большинства больных не проводилась оценка результатов лечения и, тем более, не разрабатывалась дальнейшая тактика ведения больного. У 22 (18,33%) пациентов с неосложненным течением ЯБДПК после основного курса лечения назначался омепразол в дозе 20 мг. Согласно Экспертному совету последнего консенсуса четко регламентированы показания и длительность кислотосупрессивной терапии: при неосложненном течении ЯБДПК применение ИПП после эрадикации не рекомендуется, а при ЯБ желудка и осложненном течении ЯБДПК показано продолжение лечения ИПП.

**Выводы.** 1. Широкое применение ингибиторов протонной помпы в схемах лечения больных ЯБ в амбулаторно-поликлинической практике значительно повышает эффективность лечения больных, позволяет сократить число обострений язвенной болезни и госпитализаций по поводу этого заболевания. 2. Все больные с обострением неосложненной язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки независимо от выраженности клинических проявлений могут эффективно лечиться амбулаторно (без отры-

ва от трудовой деятельности) с использованием современных возможностей выявления *H.pylori* и комбинации антисекреторных и антибактериальных препаратов. 3. В качестве схемы тройной терапии первой линии (Маастрихт 4) рекомендуется использовать: ингибитор протонной помпы (пантопразол 40 мг, омепразол 20 мг, лансопразол 30 мг, рабепразол 20 мг, эзомепразол 40 мг) 2 раза в день + кларитромицин 500 мг 2 раза в день + амоксициллин 1000 мг 2 раза в день. Продолжительность лечения 10-14 дней. 4. В качестве схемы эрадикации квадротерапии рекомендуется: ингибитор протонной помпы (пантопразол 40 мг, омепразол 20 мг, лансопразол 30 мг, рабепразол 20 мг, эзомепразол 40 мг) 2 раза в день + висмута трикалия дицитрат по 0,12 г 4 раза в день + тетрациклин по 0,5 г 4 раза в день + метронидазол 1,5 г в день. Схема эффективна и в случаях резистентности штаммов инфекции к метронидазолу. 5. При проведении диспансеризации населения необходимо обеспечить внедрение в практику лечебно-профилактического учреждения обязательную диагностику *Helicobacter pylori* у больных язвенной болезнью для контроля эффективности эрадикационной терапии.

#### 27. Сочетанная патология пищеварительной и мочевой систем у детей в Оренбуржье

Гордиенко Л.М., Максимова Н.Э., Сатмуханбетова Г.К., Галактионова Д.М.  
Оренбургский ГМУ, Россия

**Цель исследования:** дать клинико-параклиническую характеристику сочетанной патологии пищеварительной и мочевой систем у детей.

**Материалы и методы:** ретроспективный анализ историй болезни 82 детей в возрасте от 2 до 15 лет. Проведена оценка параклинических исследований.

**Результаты.** Сочетанная патология пищеварительной и мочевой систем была выявлена в 56,7% случаев.

Особенностью сочетанной патологии пищеварительной и мочевой систем являются атипичные, маломанифестные проявления болезни ( $p=0,002$ ), наличие признаков дисплазии соединительной ткани ( $p=0,004$ ) и стигм дисэмбриогенеза более 5 ( $p=0,004$ ). Дебют заболевания пищеварительной и мочевой систем отмечается в раннем и дошкольном возрасте ( $p=0,0001$ ). Выявлен рост сочетанной патологии пищеварительной и мочевой систем с возрастом. В структуре сочетанной патологии имеет место преобладание органической гастропатологии в сочетании с тубулоинтерстициальным поражением почек ( $p=0,0001$ ) и обменными нарушениями ( $p=0,008$ ).

Обсемененность *H.pylori* в группе детей с сочетанной патологией пищеварительной и мочевой систем встречалась достоверно чаще по данным ЭФГДС и дыхательного теста на *H.pylori* ( $p=0,005$ ).

Установлены признаки тубулоинтерстициального поражения почек при сочетанной патологии органов пищеварения и мочевой системы ( $p=0,002$ ).

При оценке показателей уровня функционального резерва почек установлено, что признаки хронической болезни почек I степени выявлены у 28,6% детей, хроническая болезнь почек II степени диагностирована у 18,1% детей, что указывает на прогрессирующее и неблагоприятный прогноз заболевания.

**Заключение.** Выявлено многофакторное влияние в группе детей с сочетанной патологией пищеварительной и мочевой систем, преобладание органической гастропатологии в сочетании с тубулоинтерстициальным поражением почек.

#### 28. Иммунофенотип лимфоцитов при болезни Крона у детей

Гурина О.П., Дементьева Е.А., Блинов А.Е., Варламова О.Н.  
СПбГПМУ, Санкт-Петербург, Россия

**Цель исследования:** оценить особенности дифференцировки лимфоцитов при болезни Крона у детей.

**Материалы и методы.** Обследованы 20 детей с верифицированным диагнозом «болезнь Крона» в возрасте от 10 до 17 лет. Проведено исследование субпопуляционного состава лимфоцитов методом проточной цитометрии (проточный цитометр Epics XL-MCL, Beckman Coulter). Иммунофенотипирование проводилось по безотмывочной технологии с использованием моноклональных антител, конъюгированных с FITC, PE, PC-5 (Beckman Coulter).

**Результаты.** У 30% обследованных детей отмечается относительный Т-лимфоцитоз за счет повышения уровня Т-хелперов (в 50% случаев), цитотоксических Т-лимфоцитов (у 20% обследованных), НКТ-клеток (у 10% детей). Иммунорегуляторный индекс (ИРИ) снижен у 30% обследованных детей, что может являться признаком развития иммунодефицитного состояния, а у 15% пациентов ИРИ повышен, то есть заболевание протекает на фоне аутоиммунной агрессии. Относительный В-лимфоцитоз отмечается у 15% детей, В-лимфопения – у 20%. В 45% случаев относительный уровень натуральных киллеров снижен. Активированные НК-клетки, экспрессирующие CD8, у 30% обследованных снижены, у 25% – повышены. Уровень  $\gamma\delta$ -Т-клеток, свидетельствующих о хронической антигенной стимуляции на слизистых оболочках, повышен у 38,9% детей.

**Выводы.** При болезни Крона в результате антигенной стимуляции создаются предпосылки для клеточно-опосредованного ответа иммунной системы с чрезмерной активацией Т-хелперов. Снижение уровня натуральных киллеров обуславливает возможность развития вирус-ассоциированного воспалительного процесса в кишечнике. Проведение иммунофенотипирования лимфоцитов при болезни Крона позволит определить патогенетические особенности развития заболевания и провести соответствующую иммунокоррекцию.

## Д–И

**29. Диссомния в клинике гастроэзофагеальной рефлюксной болезни, ассоциированной с дуоденогастроэзофагеальным рефлюксом**

Джулай Т.Е.

Тверской ГМУ, Россия

**Цель:** изучить структуру нарушений сна у больных с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью (ГЭРБ), ассоциированной с дуоденогастроэзофагеальным рефлюксом (ДГЭР), в зависимости от выраженности рефлюкс-эзофагита (РЭ).

**Материал и методы.** У 129 пациентов в возрасте от 18 до 76 лет с ГЭРБ, ассоциированной с ДГЭР и протекающей с явлениями неэрозивного (86 человек) и эрозивного (43 человека) рефлюкс-эзофагита (РЭ) изучена структура диссомнии с помощью оценочной шкалы Ю.А. Александровского.

**Результаты.** Исследование расстройств сна у больных ГЭРБ, ассоциированной с ДГЭР, обнаружило их высокую частоту (97 случаев – 75,2%) на этапах засыпания, собственно ночного сна и пробуждения. Пресомнические нарушения в виде запаздывания засыпания более чем на час времени имели место в 45,4% случаев, интрасомнические в виде разорванного ночного сна – в 28,9%, при этом качество сна больными в целом оценивалось как удовлетворительное. Для постсомнических нарушений была типична неудовлетворенность качеством сна практически независимо от его продолжительности, утренняя вялость мышления, длительное обретение чувства бодрости (25,8% случаев). «Чистый» тип диссомнии был представлен лишь пресомническими расстройствами (27,8%), в большинстве случаев (72,2%) имели место смешанные типы. Величины всех индексов расстройств сна у больных с эрозивным РЭ были существенно выше, чем при неэрозивном ( $p < 0,02$ ). Корреляционный анализ связей типов нарушений сна и выраженности воспалительно-эрозивных изменений в пищеводе обнаружил прямую корреляцию слабой силы ( $p < 0,01$ ) для индексов пресомнических ( $r_s = 0,394$ ), интрасомнических ( $r_s = 0,363$ ), постсомнических ( $r_s = 0,320$ ) и суммарных ( $r_s = 0,397$ ) нарушений сна.

**Заключение.** У больных ГЭРБ, ассоциированной с ДГЭР, часты нарушения сна, более выраженные при эрозивном РЭ, в их структуре преобладают пресомнические расстройства.

**30. Роль апоптоза гепатоцитов в развитии неалкогольной жировой болезни печени**Дуданова О.П.<sup>1</sup>, Шиповская А.А.<sup>1</sup>, Курбатова И.В.<sup>2</sup>, Ларина Н.А.<sup>1</sup><sup>1</sup>Петрозаводский ГУ, e-mail: odudanova@gmail.com, <sup>2</sup>ИБ Карельский НЦ РАН, Петрозаводск, Россия

**Цель исследования:** определить диагностическую значимость фрагментов цитокератина 18 (ФЦК-18) при неалкогольной жировой болезни печени (НАЖБП).

**Материал и методы.** Обследованы 150 больных НАЖБП: 31 (20,7%) стеатозом и 119 (79,3%) стеатогепатитом (115 (76,7%) мужчин, 35 (23,3%) женщин в возрасте (48,5±8,1) года). Диагноз устанавливался на основании клинико-лабораторных данных, результатов УЗИ, 20 (13,3%) больным выполнена пункционная биопсия печени с оценкой индекса активности и фиброза по методу Brunt. У всех больных исключен алкогольный, вирусный, аутоиммунный, лекарственный генез поражения печени. ФЦК-18 в качестве маркера апоптоза гепатоцитов определялись методом ИФА, тест-системы «TPS ELISA» («Biotech», Швеция). У 30 здоровых лиц уровень ФЦК-18 составил (120,4±47,2) ед./л. Статистическая обработка данных выполнялась с помощью «StatGraphics 2.1».

**Результаты.** У больных стеатозом печени уровень ФЦК-18 не превышал таковой у здоровых лиц, составив (131,2±39,5) ед./л, но был достоверно выше при стеатогепатите – (421,7±389,3) ед./л ( $p < 0,01$ ). Концентрация ФЦК-18 позитивно коррелировала с активностью АЛАТ –  $r = 0,47$  ( $p < 0,05$ ), АСАТ –  $r = 0,43$  ( $p < 0,05$ ), индексом гистологической активности –  $r = 0,46$  ( $p < 0,05$ ), обратно

коррелировала с уровнем липопротеинов высокой плотности –  $r = -0,21$  ( $p < 0,05$ ).

**Выводы.** Уровень ФЦК-18 достоверно возрастает при стеатогепатите по сравнению с таковым при стеатозе, коррелируя с традиционными лабораторными и гистологическими маркерами печеночно-клеточного воспаления. Данный показатель может использоваться для дифференциальной диагностики стеатоза и стеатогепатита.

**31. Структура сформировавшейся после вирусных кишечных инфекций функциональной патологии органов пищеварения у детей**

Ермоленко К.Д., Гончар Н.В., Григорьев С.Г.

НИИДИ ФМБА России, НИИЭИМ им. Пастера, Санкт-Петербург, Россия

**Цель исследования:** изучение структуры и частоты функциональной патологии органов пищеварения (ФПОП) у детей, перенесших острые кишечные инфекции (ОКИ) вирусной этиологии.

**Материалы и методы.** В стационаре наблюдали 143 пациента с ОКИ ротавирусной (группа R;  $n = 60$ ), норовирусной (группа N;  $n = 55$ ) и смешанной рота-норовирусной этиологии (группа M;  $n = 28$ ). Критерии включения в исследование: возраст пациента от 1 до 7 лет, отсутствие гастроэнтерологической патологии в анамнезе. Верификацию этиологии ОКИ осуществляли по данным исследования проб фекалий методом ПЦР. Реконвалесцентов ОКИ наблюдали амбулаторно в течение 12 мес, выявляли ФПОП согласно рекомендациям Римских критериев III. Полный срок наблюдения прошли 132 (92,3%) пациента. Результаты подвергали статистической обработке, использовали критерий  $\chi^2$ .

**Результаты.** Группы были сопоставимы по полу и возрасту. Средний возраст детей составил (2,7±0,4) года. Наблюдение реконвалесцентов ОКИ позволило диагностировать ФПОП у 30 (22,7%) из них, в том числе у 14 (25,9%) детей группы R, у 9 (17,3%) группы N и у 7 (26,9%) группы M ( $p > 0,05$ ). В структуре ФПОП преобладали функциональные запоры (53,3% случаев). Другие нозологические формы выявляли реже: синдром раздраженного кишечника в 16,7% случаев, функциональную диспепсию – в 13,3%, функциональные абдоминальные боли – в 10%, функциональную диарею – в 6,7%. В группе M чаще, чем в других группах ( $p > 0,05$ ), диагностировали функциональные запоры – в 15,3% случаев, функциональную диспепсию – в 3,8%, функциональные абдоминальные боли – в 3,8%, но не диагностировали функциональную диарею.

**Заключение.** После вирусных ОКИ у 22,7% детей формируется ФПОП, в большинстве случаев представленная функциональными запорами. Смешанные вирусные ОКИ более неблагоприятны в плане развития ФПОП.

**32. Особенности рефлюксного синдрома у больных с грыжами пищеводного отверстия диафрагмы при наличии дуоденогастроэзофагеального рефлюкса**

Зябрева И.А.

Тверской ГМУ, Россия

**Цель:** изучение особенностей рефлюксного синдрома у больных с грыжами пищеводного отверстия диафрагмы (ГПОД) при наличии дуоденогастрального рефлюкса (ДГЭР) в зависимости от выраженности рефлюкс-эзофагита (РЭ).

**Материал и методы.** У 49 пациентов в возрасте (44,8±11,9) лет (мужчин – 17, женщин – 32) с ГПОД 1-2 степени, сопровождающимся ДГЭР, изучены пищеводные и внепищеводные симптомы и оценена выраженность изжоги по клинической шкале ее интенсивности (Джулай Г.С., Секарева Е.В., 2010). РЭ I степени отмечен у 24 пациентов (49%), II-III степени – у 25 (51%).

**Результаты.** Рефлюксный синдром у больных ГПОД был представлен изжогой (100%), регургитацией (83,7%), кислым привкусом (36,7%), ретростернальным дискомфортом (22,4%), умеренным одинофагией (2%) и дисфагией (8,2%). Билярную диспепсию в виде тошноты и горького привкуса отмечали соответственно 46,9% и 42,9% больных. Внепищеводные проявления болезни представляли навязчивое першение в горле или ощущение

ние «кома» (4,1%) и утренняя осиплость голоса (12,2%), а также рефлюксный кашель (12,2%). Для изжоги у больных ГПОД с РЭ I степени при наличии ДГЭР типично преобладание редких (не ежедневных) эпизодов, спровоцированных постуральными и пищевыми факторами (41,8% случаев), продолжительностью до 1 часа (66,7%), которые в 54,2% случаев купировались самопроизвольно. В половине случаев ГПОД с РЭ I степени изжога являлась единственным симптомом болезни. При РЭ II-III степени чаще отмечались многократные дневные (32%) и ночные эпизоды изжоги (20%), а также сопровождающие каждый прием пищи (8%), которые самопроизвольно купировались лишь в 24% случаев и длились свыше часа у 40% пациентов. Изжога как моносимптом ГПОД в этом случае встречалась у 32% больных.

**Заключение.** Частота и выраженность рефлюксного синдрома при ГПОД определяются степенью воспалительно-эрозивных изменений пищевода.

### 33. Эффективность профилактических мероприятий в отношении развития рака печени в условиях многолетнего диспансерного наблюдения

Иваников И.О., Виноградова Н.Н., Петухова С.В.,  
Кириллова Н.Ч., Бутенко А.В.  
Центральная клиническая больница с поликлиникой УД  
Президента РФ, Москва, Россия, e-mail: ivanikov51@mail.ru

Рак печени относится к новообразованиям с высокой летальностью и низкой медианой выживаемости. По материалам Популяционного ракового регистра Санкт-Петербурга на протяжении последних 15 лет медиана кумулятивной наблюдаемой выживаемости больных раком печени по всем гистологическим формам не превышала 3,3 месяца с момента постановки диагноза. Прогноз этого заболевания крайне неблагоприятен: 5-летняя выживаемость в США у мужчин равна 13%, у женщин – 15%. Наиболее частой причиной развития гепатоцеллюлярной карциномы (ГЦК) является инфицирование вирусами гепатита В и С, а также цирроз печени различной этиологии.

**Целью** данного исследования явилась оценка эффективности комплекса мероприятий по скринингу рака печени в медицинских учреждениях УД Президента РФ за период с 1980 по 2015 гг. на основании изучения динамики и особенностей заболеваемости, выявляемости, выживаемости и смертности. Длительный (35-летний) период наблюдения дает основание для объективной оценки проводимых лечебно-диагностических мероприятий.

**Материалы и методы.** За этот период в медицинских учреждениях было выявлено 227 случаев первичных злокачественных новообразований печени и внутрипеченочных желчных протоков (МКБ-С22), у мужчин в 149 случаях (66%) и у женщин в 78 (34%). Средний возраст заболевших составлял 71,6 года (от 41 года до 96 лет). Прижизненная морфологическая верификация рака печени составила от 64% до 75%. Данные секционного материала дополняют исследование до 100%. При анализе показателей используется база данных канцер-регистра. Выживаемость рассчитывалась и представлялась графически кривыми – показателями дожития по Каплан – Мейеру в пакете Statistica-8.

**Результаты.** При анализе данных по гистологической структуре опухолей гепатоцеллюлярная карцинома диагностирована в соотношении 4:1. За весь период в структуре заболеваемости рак печени занимает около 1% у мужчин и 0,6% у женщин, а в структуре злокачественных новообразований желудочно-кишечного тракта 4,6% и 3% соответственно. В то же время эта локализация опухоли остается наиболее тяжелой формой злокачественных новообразований, требующей тщательной диагностики и адекватного дорогостоящего лечения. В системе строгой диспансеризации наблюдаемого контингента выявлена достаточно устойчивая тенденция к снижению показателей заболеваемости и смертности как у мужчин, так и у женщин. Уровень стандартизованных показателей также низок и сопоставим с минимальными уровнями в развитых странах Европы или мира. Стандартизованные показатели заболеваемости раком печени несколько выше общероссийских (6,2 у мужчин и 2,8 у женщин на 100 тысяч), а смертность больных значительно ниже (3,7 и 1,2 соответственно). Показатель активной диагностики составил за весь период наблюдения 35%. Отмечены

высокие показатели трехлетней выживаемости – около 20% у пациентов, у которых диагностика опухоли была при проведении диспансерного обследования, и, соответственно, 10% у выявленных при обращении с жалобами ( $p=0,0001$ ). Показатели однолетней летальности были рассчитаны нами с учетом причин смерти пациентов. В целом от прогрессирования основного заболевания однолетняя летальность составила 61,5%, а в последнем пятилетии (2010-2015 гг.) она составила 51,6%.

**Заключение.** Выявленные тенденции и значения интегральных показателей оценки качества лечебно-диагностической помощи в учреждениях ГМУ говорят об эффективной работе с пациентами из групп повышенного онкологического риска по раку печени и о высоком уровне диагностики и лечения пациентов с первично выявленным раком данной локализации, что подтверждает важную роль длительного диспансерного наблюдения контингента.

## К

**34. Поражения печени на фоне применения биологически активных добавок**

Калачнюк Т.Н.  
ФНКИЦ ФХМ ФМБА, Одинцово, Россия

В последнее время отмечена тенденция к увеличению числа лекарственных гепатопатий, связанных с приемом биологически активных добавок (БАД). Это обусловлено доступностью БАД для широкого круга потребителей, навязчивой рекламой в средствах массовой информации, многочисленными показаниями к их применению. Нами проанализировано 24 случая лекарственных гепатопатий на фоне приема БАД. Среди пациентов 17 женщин (71%) и 7 мужчин (29%), средний возраст составил (38±7) лет. В основном использовались БАД с целью коррекции массы тела, улучшения зрения, растворения камней в желчном пузыре и почках, улучшения «витаминового баланса в организме». Из жалоб преобладали общая слабость, снижение аппетита, тошнота. По биохимическому типу все поражения печени протекали с преобладанием гепатоцеллюлярного компонента (АЛТ более 2N, ЩФ – норма, соотношение АЛТ:ЩФ более 5). Пункционная биопсия печени выполнена 15 пациентам, в одном случае выявлен внутриворотный фиброз. Средний индекс гистологической активности составил 6,3±2,1. Всем пациентам проводилась оценка стадии фиброза печени по дискриминантной шкале Боначини (ДСШ), при которой оценивалось соотношение АЛТ/АСТ, количество тромбоцитов и протромбиновое время в виде МНО, далее проводилась оценка индекса фиброза (ИФ) путем суммирования баллов по ДСШ. Доказано, что ИФ достоверно коррелирует со стадией фиброза печени по данным пункционной биопсии. В качестве терапии всем пациентам отменялся «причинный» препарат, проводилась терапия препаратом адеметионина по общепринятой схеме: 10 дней внутривенно в дозе 800 мг, далее пероральный прием 800 мг до нормализации биохимических показателей. До лечения ИФ составил 2,3 балла, после лечения – 1,2.

Таким образом, увеличение числа гепатопатий на фоне употребления БАД заставляет более серьезно подходить к их использованию широкими слоями населения. Отмечается несоответствие скудной клинической картины и выраженных лабораторных изменений при использовании БАД. Лечение адеметионином на фоне отмены «причинного» препарата снижает интенсивность фиброобразования в печени.

**35. Эффективность использования индивидуально подобранных пробиотиков у пациентов с метаболическим синдромом и дисбиозом кишечника**

Копчак Д.В.  
Северо-Западный ГМУ им. И.И. Мечникова,  
Санкт-Петербург, Россия, e-mail: dvkoph@yandex.ru

**Цель исследования:** оценка клинической и микробиологической эффективности использования индивидуально подобранных пробиотиков у пациентов с метаболическим синдромом (МС) и дисбиозом кишечника на фоне низкокалорийной диеты.

**Материалы и методы.** В исследование были включены 117 больных с диагнозом «МС и дисбиоз кишечника», составивших 3 группы наблюдения. Критериями отнесения пациентов к группам наблюдения являлись степень адгезии, антагонизма к условно патогенным микроорганизмам, биосовместимость с лакто- и бифидобактериями пациента. На протяжении лечения все пациенты питались в соответствии с гипокалорийным рационом, получали индивидуально подобранные пробиотики и адекватную медикаментозную терапию. Эффективность лечения оценивалась на основе сравнительного анализа микробиологических показателей фекалий, состава тела, клинических и биохимических показателей крови до и после лечения.

**Результаты.** У пациентов с высокой степенью адгезии и антагонизма, биосовместимостью (1-я группа) выявлено достоверное снижение относительно исходного уровня массы тела, ИМТ и жировой массы. У пациентов 2-й и 3-й групп наблюдалась толь-

ко тенденция к снижению этих показателей. Содержание активной клеточной массы у пациентов 1-й группы после использования индивидуально подобранных пробиотиков изменилось незначительно, а у пациентов 3-й группы имело место достоверное снижение этого показателя. Содержание общей жидкости снизилось к концу лечения у пациентов всех трех групп. У пациентов 1-й группы отмечалось достоверное снижение в крови глюкозы, ТГ, общего ХС и ХС ЛПОНП, сопровождавшееся снижением коэффициента атерогенности, а также повышением ХС ЛПВП. В двух других группах наблюдения изменение липидных показателей и глюкозы в крови было статистически недостоверным.

**Заключение.** Использование пациентами индивидуально подобранных пробиотиков с высокой степенью адгезивности и антагонизма, не подавляющих индигенные лакто- и бифидобактерии, на фоне гипокалорийной диеты способствует более эффективно снижению показателей состава тела, липидного спектра крови и микробиологических показателей в кале.

**36. Скрининг первично-множественного колоректального рака**

Крашенков О.П., Виноградова Н.Н., Иваников И.О.,  
Соколов Н.Ю., Матякин Г.Г.  
Центральная клиническая больница с поликлиникой  
УД Президента РФ, Москва, Россия,  
e-mail: krashenkov@gmail.com

**Цель работы:** изучить возможности диагностики первично-множественного колоректального рака у пациентов, получивших лечение в ГМУ УД Президента РФ.

**Материалы и методы.** Нами проведен анализ заболеваемости и результатов хирургического лечения больных колоректальным раком за 20-летний период с 1996 по 2015 гг. В этом промежутке времени зафиксировано 1586 случаев первичного колоректального рака.

**Результаты.** За 20-летний период наблюдения первично-множественные новообразования диагностированы у 203 пациентов. Синхронные опухоли были выявлены у 57 пациентов (28%), метакронные – у 146 пациентов. Два злокачественных новообразования диагностировано в 86% случаев, три – в 11%, четыре – в 2%; 5 и более – в единичных наблюдениях. Медиана среднего возраста составила 68 лет. Продолжительность до диагностики второго злокачественного новообразования ЖКТ в среднем составила 2,7 года. Повторные злокачественные новообразования чаще всего выявлялись у больных I и II стадией (34% и 38% случаев соответственно). Общая пятилетняя выживаемость пациентов первично-множественным колоректальным раком составила 58%, что значительно ниже пятилетней выживаемости у пациентов со злокачественными новообразованиями толстой кишки (74%) (p=0,04).

**Заключение.** Регулярные контрольные обследования больных колоректальным раком позволили осуществить раннюю диагностику второго злокачественного новообразования на ранних стадиях более чем в 50% случаев. У 12,8% радикально излеченных больных колоректальным раком развиваются первичные опухоли в первые 2 года динамического наблюдения. Эндоскопические и рентгенологические методы исследования являются определяющими в диагностике колоректального рака.

**37. Возможности анализа метаболитов эритроцитов и сыворотки крови в определении метастазов при колоректальном раке**

Кручинина М.В., Паруликова М.В., Громов А.А.,  
Курилович С.А., Генералов В.М.<sup>1</sup>, Кручинин В.Н.<sup>2</sup>,  
Пельтек С.Е.<sup>3</sup>  
НИИТПМ, Новосибирск, <sup>1</sup>ГНЦ ВБ «Вектор»,  
пос. Кольцово, <sup>2</sup>ИФП СО РАН, Новосибирск,  
<sup>3</sup>ИЦиГ СО РАН, Новосибирск, Россия

**Цель исследования:** изучить возможности определения метаболитов эритроцитов (Эр) и сыворотки крови (СК) при колоректальном раке (КРР) для выявления метастазов различных локализаций.

**Материалы и методы.** Обследованы 49 больных в возрасте (52±9лет) с КРР (15 человек – с местно-регионарным КРР, 18 – с

метастазами (mts) в печень, 16 – с внепеченочными mts) и 19 условно здоровых. Метаболиты Эр и СК изучены  $^{13}\text{C}$ ,  $^1\text{H}$  ЯМР-спектроскопией; уровни опухолевой M2-пируваткиназы (Tu M2-РК) в СК – эллипсомерией вблизи состояния поверхностного плазмонного резонанса (ППР).

**Результаты.** В  $^{13}\text{C}$  ЯМР спектрах Эр аминокислоты глицин и тирозин были идентифицированы как дифференцирующие метаболиты для выявления метастазирования (AUC 0,88).

$^1\text{H}$  ЯМР, НДМВ выявили отличные по содержанию метаболиты в СК в изучаемых группах: изолейцин и 2-оксоглутарат в большем количестве содержались в СК при экстрапеченочных mts; метионин и фумарат – при mts только в печени; манноза, О-фосфохолин преобладали у пациентов с местно-регионарным КРР (R2Y score составляли 0,66 и 0,38). Регрессионный анализ не выявил значимого влияния химиотерапии в течение 3 месяцев на метаболический профиль во всех обследуемых группах ( $p=2,83 \cdot 10^{-5}$  и  $p=5,68 \cdot 10^{-6}$ ). Выявлены различные уровни Tu M2-РК в СК пациентов с КРР в зависимости от наличия метастазов различных локализаций (AUC 0,89 (0,84, 0,94)).

**Выводы.** Выявленные различия в уровнях метаболитов Эр и СК, Tu M2-РК могут быть использованы для определения стадии КРР, метастазов различных локализаций, оценки эффективности терапии.

### 38. Выбор диеты у больных язвенным колитом

Крюкова О.А.<sup>1</sup>, Матышева Н.Н.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Клиническая больница № 122 им. Л.Г. Соколова, e-mail: sp2@med122.com, <sup>2</sup>Детская городская больница № 2, Санкт-Петербург, Россия

**Цель:** изучить влияние пищевой сенсibilизации на течение язвенного колита (ЯК), предложить диетические рекомендации для больных ЯК.

**Материалы и методы.** В течение 4 лет наблюдали и комплексно обследовали 60 больных ЯК, получавших стандартное лечение. У 1-й группы больных (n=30) в качестве диетотерапии использовали индивидуальную специфическую гипоаллергенную диету (ИСГД), подобранную в условиях *in vitro* и составленную методом исключения из рациона питания тех продуктов, которые могут быть источником пищевой сенсibilизации. Для выявления реакций I, III и IV типов с пищевыми аллергенами использовали комплекс методов – ИФА (IgE специфические) и РТМЛ в модификации Н.Н. Матышевой и Л.С. Косицкой (2000). Больные 2-й группы (n=30) получали диету по Певзнеру (стол № 4).

**Результаты.** У больных ЯК выявлена высокая степень сенсibilизации к антигенам пищевых продуктов. Использование ИСГД способствовало более быстрому наступлению и длительному сохранению клинической и эндоскопической ремиссии, чем в группе диеты по Певзнеру, сокращению числа больных, использующих кортикостероиды в течение 4 лет наблюдения (3% больных 1-й группы, 76% – 2-й группы), препараты АЗА (17% больных 2-й группы), уменьшению числа рецидивов (в 1-й группе – 0,03 обострений на 1 больного в год; во 2-й группе – 1,19).

**Выводы.** Диета у пациентов с ЯК должна быть гипоаллергенной. Наилучшие результаты наблюдаются при назначении диеты, составленной на основании комплексного индивидуального скрининг-тестирования пищевых аллергенов, с использованием методов лабораторной диагностики, основанных на реакциях клеточного типа и методов выявления специфических антител к пищевым антигенам. Результаты четырехлетнего наблюдения за больными ЯК показывают высокую эффективность ИСГД в лечении и поддержании ремиссии у этих пациентов.

### 39. Пищевая сенсibilизация у пациентов с болезнями органов пищеварения

Крюкова О.А.<sup>1</sup>, Матышева Н.Н.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Клиническая больница № 122 им. Л.Г. Соколова, e-mail: sp2@med122.com, <sup>2</sup>Детская городская больница № 2, Санкт-Петербург, Россия

Аллергические реакции на пищевые продукты могут протекать по любому из 4 основных типов реакций (P. Gell, R. Coombs). Наиболее характерно сочетание нескольких типов реакций у одного больного. Пищевые антигены могут изменять клеточный и гуморальный иммунный ответ, влияя на возникновение новых и течение хронических заболеваний.

**Цель работы:** изучение спектра пищевой сенсibilизации у пациентов с болезнями органов пищеварения (БОП) для корректировки диет.

**Материалы и методы.** Проведено лабораторное обследование и лечение 185 пациентов с БОП (гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь, хронический гастродуоденит, дискинезия желчевыводящих путей, синдром раздраженного кишечника, ВЗК (язвенный колит и болезнь Крона) и 25 здоровых взрослых. Для выявления реакций I, III и IV типа с пищевыми аллергенами использовали комплекс методов – ИФА (IgE специфические) и РТМЛ в модификации Н.Н. Матышевой и Л.С. Косицкой (2000). Продукты, реализующие положительные реакции, исключали из диет.

**Результаты.** У 100% пациентов выявлены специфические реакции I, III и IV типа на пищевые аллергены, количество реакций возрастало пропорционально тяжести болезни, наибольшее у больных ВЗК, наименьшее – у здоровых лиц. Исключение из рациона питания выявленных потенциальных аллергенов способствовало значительному клиническому улучшению, а у больных с ВЗК наступлению стойкой клинической и эндоскопической ремиссии.

**Выводы.** Для определения наиболее полного спектра пищевой сенсibilизации у пациентов с БОП необходимо использовать методы оценки сенсibilизации клеточного и гуморального типов совместно. Диета исключения из рациона питания пищевых аллергенов у пациентов с БОП приводит к стойкому клиническому улучшению и длительному поддержанию ремиссии, особенно, у больных ВЗК.

### 40. Клинико-экономическая эффективность антицитокиновой терапии при язвенном колите в реальной клинической практике

Курочкина О.Н.

Коми филиал Кировской ГМА, Сыктывкар, Сыктывкарский государственный университет им. Питирима Сорокина, Россия

**Актуальность.** В схему лечения язвенного колита включены антицитокиновые препараты «Инфликсимаб», «Этанерцепт», «Адалimumаб». Терапия с их применением вызывает более быстрый клинический ответ с полноценным заживлением слизистой толстой кишки, поддерживает длительную ремиссию и изменяет исход заболевания. В то же время высокая стоимость этих препаратов может ограничивать их применение.

**Цель:** определить клинико-экономическую эффективность антицитокиновой терапии (АЦТ) у больных язвенным колитом в условиях реальной клинической практики.

**Материалы и методы.** На базе гастроэнтерологического отделения Коми Республиканской больницы за пятилетний период (с 2010 по 2015 гг.) рассмотрено 370 случаев госпитализации больных язвенным колитом, в том числе 59 пациентов (16%) с тяжелым течением заболевания (средний возраст 38 лет). Из пациентов с тяжелым течением язвенного колита АЦТ (инфликсимаб с торговым названием «Ремикейд») получали 9 человек (15,5%). В группе сравнения (50 человек) применялась стандартная схема терапии (ССТ). Пациенты из группы АЦТ были более молодого возраста (средний возраст в группе АЦТ составлял 31 год, в группе ССТ – 39 лет,  $p<0,05$ ), достоверно чаще работающие (в группе АЦТ 77,8% было работающих, в группе ССТ – 59,2%,  $p=0,373$ ), преобладает мужской пол (в группе АЦТ 78,8% мужчин, в группе ССТ – 51% мужчин,  $p=0,373$ ). Кроме того, в группе АЦТ продолжительность

заболевания была меньше, чем в группе ССТ – 0,6 года и 3,2 года соответственно,  $p < 0,05$ . Для оценки значимости различий между группами использовались стандартные статистические методы обработки. Для оценки экономической эффективности использовались методы фармакоэкономического анализа.

**Результаты.** Клиническая характеристика пациентов при поступлении была сопоставима в обеих сравниваемых группах. Показатели частоты дефекации с кровью (в группе на АЦТ – 7,1 раз/сут, на ССТ – 7,8 раз/сут,  $p = 0,65$ ), частота пульса (в группе на АЦТ – 70,2 уд./мин, на ССТ – 85,4 уд./мин.,  $p < 0,05$ ), температуры тела (в группе на АЦТ – 36,4, на ССТ – 36,8,  $p = 0,784$ ) значительно не различались. В обеих группах при поступлении имела место анемия легкой степени: в группе на АЦТ уровень Hb составлял 112,6 г/л, на ССТ – 107,8 г/л,  $p = 0,172$ . Примесь крови имела у 100% пациентов, получавших АЦТ, и у 79,6% пациентов на ССТ,  $p < 0,05$ . В группе АЦТ 90% имели тотальное поражение кишки. Индекс Мейо при поступлении в группе ССТ составлял 6,6 балла, в группе АЦТ – 8 баллов ( $p < 0,05$ ).

Показатели при выписке из стационара у пациентов, получивших АЦТ и ССТ, соответственно составляли: примесь крови в стуле – 0% и 26,5% ( $p = 0,18$ ), гемоглобин – 121 г/л и 113,7 г/л ( $p = 0,34$ ), ЧСС – 71,6 уд./мин и 71,1 уд./мин ( $p = 0,69$ ), температура тела – 36,3°C и 36,6°C ( $p = 0,784$ ), СОЭ – 19 мм/ч и 21 мм/ч ( $p = 0,71$ ). Индекс Мейо при выписке в группе ССТ 2,4 балла, АЦТ – 1,3 балла ( $p < 0,05$ ). Индекс Мейо в группе АЦТ снизился на 83,8%, в группе ССТ – на 63,6% ( $p = 0,431$ ).

Осложнения основного заболевания в группах ССТ и АЦТ соответственно: железодефицитная анемия – 73,5% и 22,2%, дисбиоз кишечника – 67,4% и 22,2%, псевдополипоз – 32,7% и 11,1%, кандидозы – 10,2% и 0%, патология печени – 10,2% и 0%, желудочно-кишечное кровотечение – 8,2% и 0%, гормонозависимость – 4,1% и 0%, белково-энергетическая недостаточность – 28,6% и 11,1%, электролитные нарушения – 10,2% и 0%. Инвалидность установлена в 20,8% и 0% случаев соответственно.

Средняя длительность пребывания в стационаре в группе ССТ была (31±8) койко-дней, в группе АЦТ – (7±4) койко-дня; стоимость лечения одной госпитализации при ССТ составила 74 432 руб., АЦТ – 146 873 руб. При оценке влияния на бюджет учитывались прямые медицинские затраты (цена терапии + стоимость пребывания в стационаре + стоимость лечения осложнений) + прямые немедицинские затраты (ежемесячные выплаты по инвалидности). Итоговая сумма затрат на одного пациента с тяжелым течением язвенного колита в год в группе АЦТ составляла 860 240 руб./год, в группе ССТ – 245 894 руб./год.

Анализ «Затраты – эффективность» проводился по формуле:  $ICER = (DC_1 + IC_1) - (DC_2 + DC_2) / (Ef_1 - Ef_2)$ , где ICER – показатель приращения эффективности затрат; DC и IC – прямые медицинские и немедицинские затраты соответственно при применении АЦТ и ССТ;  $Ef_1$  и  $Ef_2$  – эффект лечения (разница индекса Мейо при поступлении и при выписке в группах АЦТ и ССТ).  $ICER = 242 138$  руб., то есть антицитокиновая терапия требует дополнительных вложений в сумме 242 138 рублей для улучшения состояния пациента на 1 балл по индексу Мейо.

В РФ, по оценкам на 2014 год, порог готовности платить составил 1 773 870 руб., показатель валового внутреннего продукта (ВВП) – \$ 8 447. Полученная сумма дополнительных вложений для улучшения состояния пациента на 1 балл по индексу Мейо менее порога готовности платить, следовательно, медицинское вмешательство с использованием АЦТ является экономически эффективным; кроме того, эта сумма оказалась ниже ВВП, вследствие чего данное медицинское вмешательство является выгодным вложением средств.

**Выводы.** При назначении антицитокиновой терапии дополнительные вложения для достижения дополнительного эффекта не превышают сумму ВВП и сумму порога готовности платить.

## Л

### 41. Симбиотические лектины – метаболомбиотики и носители метабиотиков

Лахтин В.М., Лахтин М.В., Афанасьев С.С., Алешкин В.А.  
Московский НИИЭМ им. Г.Н. Габричевского, Россия,  
e-mail: lakhtinv@yandex.ru

**Цель:** обобщить собственные данные о принципах функционирования симбиотических лектинов (СЛ) и перспективах их применения.

СЛ функционируют как метаболомбиотики, а именно, регулируют метаболом по принципу «сеть-на-сеть». Организация сети СЛ: лектиновая молекула с определенной молекулярной массой представлена формами с варьирующимся зарядом (лектиновой системой [ЛС] с биологическими и физиологическими активностями); при направленном и каскадном связывании углеводов и гликоконъюгатов (ГК) ЛС превращается в разветвленную сеть комплексов и надмолекулярных ансамблей, у которых лектиновая специфичность может качественно и количественно изменяться. Результирующая сеть СЛ регулирует сетевой метаболом биотопа, в котором участвуют углеводы и ГК (гликопротеиновые ферменты и факторы, другие), является частью метаболома, способного корректировать СЛ. Адаптационный характер функционирования СЛ микробиоценоза в биотопе зависит от своеобразия инфраструктуры окружения в биотопе так, что создается адекватная биотопу сеть СЛ, сориентированная на имеющийся и доставленный извне адекватный ранжированный по родству к СЛ ряд биологически активных ГК. В результате в биотопе функционирует дежурная адаптационная устойчивая к колебаниям инфраструктура обратимых взаимодействий СЛ – ГК. Комплексы и ансамбли СЛ – ГК функционируют как бесклеточные / безмикробные имитаторы пробиотиков с направленными и предсказуемыми активностями. При этом новые полезные свойства СЛ могут быть спрогнозированы и проверены исходя из того, что СЛ – члены функционального суперсемейства, члены нового класса деструкторов биопленок дрожжеподобных и грамположительных патогенов; участники *Quorum Sensing* и *Cross-Talking* в биотопах; синергисты с другими антимикробными агентами. Полимерные ГК с известной химической структурой ([www.lectinity.com](http://www.lectinity.com)), являясь потенциальными метабиотиками, используют СЛ как носители. Полимерные ГК лучше имитируют бактериальные (протеогликановые) и грибковые (маннанные) структуры при сравнении с низкомолекулярными, а СЛ осуществляют доставку, депонирование ГК и их высвобождение как пробиотиков и терапевтических агентов.

### 42. Симбиотическая скрининговая система с участием лектинов пробиотиков и синтетических гликополимеров

Лахтин М.В., Лахтин В.М., Алешкин В.А., Афанасьев С.С.  
Московский НИИЭМ им. Г.Н. Габричевского, Россия,  
e-mail: lakhtinv@yandex.ru

**Введение.** Лектины пробиотических микроорганизмов (ЛПМ) относятся к новому классу антимикробных распознающих гликоконъюгаты (ГК) белков и их комплексов; представляют собой мультифункциональные сборочные системы высокомолекулярных (в противоположность низкомолекулярным) метаболитов культур из состава микробиоты человека, моно- и мультиштаммовых пробиотиков, других консорциумов микроорганизмов человека. ЛПМ распознают, в зависимости от окружения в биотопе, ранжированные по родству ряды простых и сложных ГК муцинового, полисахаридного и антигенного типов; кофункционалируют с природными и синтетическими ГК. При этом узнаваемые ГК могут характеризоваться пребиотическими свойствами.

**Цель работы:** предложить мини-систему для скрининга пребиотических ГК.

**Материалы и методы.** Бифидин и ацилакт – продукты нашего института. Бактерии выращивали на содержащих гидролизат казеина питательных средах в стерильных инсулиновых гепаринизированных шприцах. ЛПМ выделяли из кислых и щелочных

фракций 27-220 кД. Блотированные ЛПМ характеризовали связыванием с водорастворимыми биотинилированными полимерными мультивалентными ГК с известной химической структурой ([www.lectinity.com](http://www.lectinity.com)), проявляемыми далее стрептавидин-пероксидазой в присутствии хемиллюминесцентного субстрата пероксидазы в режиме реального времени.

**Результаты.** 1. ЛПМ-содержащая фракция стимулировала увеличение общей и адгезирующей биомассы бифидобактерий. LiCl дозозависимо увеличивал число адгезированных колоний. 2. При достатке кислорода ЛПМ-содержащая фракция стимулировала метаболизм лактобацилл. 3. Лактобациллярные и бифидобактериальные ЛПМ (рI 4-4,5) характеризовались сильным сродством к анионным ГК (с экспонированными множественными остатками сульфатированных галактозидов или маннозо-6-фосфата; имитаторов сульфатированных и маннозилированных гликозаминогликанов).

**Вывод.** Предложенная система перспективна для скрининга пребиотических ГК в присутствии ЛПМ и сходных с Li<sup>+</sup> катионов металлов.

#### 43. Алгоритм скрининга и отбора пробиотических штаммов и их консорциумов с новым антимикробным потенциалом для конструирования мультиштаммовых пробиотиков

Лахтин М.В., Лахтин В.М., Афанасьев С.С., Алешкин В.А. Московский НИИЭМ им. Г.Н. Габричевского, Россия, e-mail: lakhtinv@yandex.ru

**Введение.** Поиск, отбор и селекционное улучшение антимикробных пробиотических культур штаммов и консорциумов микроорганизмов кишечника человека, направленных на группы условно патогенных микроорганизмов, является важной стратегической задачей профилактики болезней, повышения общей резистентности организма и ускорения процессов реабилитации пациентов.

**Цель:** на основании собственных результатов предложить алгоритм поиска пробиотических микроорганизмов и их консорциумов с выраженными антимикробными лектиновыми системами (ЛС) для конструирования новых пробиотиков.

**Материалы и методы.** Использовали штаммы лактобацилл и бифидобактерий (из коллекции микроорганизмов нормофлоры человека нашего института), а также пробиотики «Бифидин» и «Ацилакт». Бактерии выращивали на содержащих гидролизат казеина питательных средах. Не содержащие низкомолекулярных примесей (менее 27 кДа) компоненты концентратов культуральных жидкостей разделяли изоэлектрофокусированием в пластине полиакриламидного геля, электроблотировали на гидрофобную мембрану и идентифицировали ЛС с помощью биотинилированных полимерных гликоконъюгатов (ГК) ([www.lectinity.ru](http://www.lectinity.ru)), проявляемых стрептавидин-пероксидазой в присутствии хемиллюминесцентного субстрата в режиме живого изображения в системе Bio-Chemi System (UVP, Calif.).

**Результаты.** Алгоритм включал: 1. Исследование набора ГК, в том числе ГК, имитирующих протеогликаны бактерий и (фосфо)маннаны дрожжей. 2. Идентификация в компонентах (27-220 кДа) концентратов ГК-связывающих ЛС в интервале рI 4-8. 3. Сравнение ГК-зависимых ЛС (интенсивность, распределение форм, мажорные формы). 4. Идентификация наборов антимикробных форм ЛС (уникальных и выраженных). 5. Подтверждение присутствия антимикробных ЛС антимикробными активностями препаратов ЛС.

**Вывод.** Алгоритм открывает новые возможности традиционных пробиотиков.

#### 44. Билиарный сладж у пациентов с неалкогольной жировой болезнью печени и метаболическим синдромом

Леденцова С.С., Маньяков А.В., Селиверстов П.В., Радченко В.Г.

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

На сегодня четко доказана роль органов желудочно-кишечного тракта при метаболическом синдроме (МС), в развитии которого они принимают непосредственное участие и в то же время сами становятся его мишенями. Так, пациенты с МС имеют максимальный риск развития неалкогольной жировой болезни печени (НАЖБП), при которой, нарушается функция желчного пузыря (ЖП). В свою очередь, у 50% пациентов с заболеваниями печени в качестве сопутствующей патологии выявляется билиарный сладж (БС).

**Цель исследования:** определить частоту БС у больных НАСГ и изучить эффективность препарата «Хофитол» у больных НАСГ с БС на фоне МС.

**Материал и методы.** Обследованы 72 пациента с НАСГ и МС. БС выявлен у 52 (72,2%) исследуемых, которые далее случайным образом были разделены на 2 группы – основную (ОГ) и контрольную (КГ). Пациенты ОГ получали дополнительно хофитол по 3 таблетки 3 раза в день в течение 1 месяца.

**Результаты.** У 72 больных с НАСГ на фоне МС в 72,2% случаев в патологический процесс вовлекался ЖП, что приводило к формированию БС. Преобладающим вариантом БС определялась взвесь микролитов и мелких гиперэхогенных частиц, смещаемых при изменении положения тела, не дающих акустической тени, которая выявлялась в 79,6% случаев. Развитию БС способствовали нарушения липидного обмена, структурные и воспалительные изменения в печени, приводящие к нарушению процессов желчеобразования и желчевыделения, изменению состава желчи и нарушению моторики желчевыводящих путей. В лечении БС на фоне МС с развитием НАСГ отмечен положительный эффект хофитола, проявляющийся в виде нормализации активности ферментов, уровня билирубина, показателей липидного спектра, эффективным устранении основных клинических проявлений БС и дисфункции ЖП с восстановлением его моторно-эвакуаторной функции. Так, УЗ признаки БС исчезли у 87% больных.

**Выводы.** БС выявляется у 72,2% больных НАСГ на фоне МС. Хофитол в кратчайшие сроки облегчает общее состояние пациентов, улучшает клинико-лабораторные показатели заболеваний печени и билиарной системы, в значительной степени улучшая биохимические параметры крови и желчи.

#### 45. Распространенность и особенности течения постхолестеатомического синдрома

Лузина Е.В., Ларева Н.В., Жилина А.А., Маякова Е.И., Федорова Л.В.

Читинская ГМА, Краевая клиническая больница, Чита, Россия

**Цель:** оценить клиническую картину и лабораторные признаки при постхолестеатомическом синдроме (ПХЭС).

**Материалы и методы.** Проанализировано 128 историй болезни пациентов с ПХЭС, перенесших холецистэктомию (ХЭ) по поводу ЖКБ (мужчин 32, женщин 96; средний возраст (53,2±2,7) года). Пациенты были разделены на две группы. В 1-ю группу были включены 84 пациента, у которых ХЭ проведена меньше 10 лет назад, во 2-ю – 44 больных, у которых ХЭ выполнена больше 10 лет назад. Статистическая обработка проводилась с помощью описательной статистики и критерия  $\chi^2$  (программное обеспечение Биостат).

**Результаты.** В клинической картине болезни наиболее часто имел место болевой синдром – у 95,2% пациентов 1-й группы и у 90,9% – 2-й (p=0,03). Желудочная диспепсия регистрировалась у 44,04% обследованных 1-й группы и у 75% – 2-й (p<0,001). Синдром кишечной диспепсии имел место у 14 и 25 пациентов 1-й и 2-й группы соответственно (p=0,02). Признаки билиарной диспепсии регистрировались в 17,8% случаев в 1-й группе и в 29,6% во 2-й (p=0,326). При анализе лабораторных показателей повы-



шенный уровень АСТ и АЛТ регистрировался у 23 пациентов с меньшим стажем после ХЭ и у 14 обследованных со сроком после ХЭ больше 10 лет ( $p=0,847$ ). Повышенный уровень ЩФ и ГГТП имел место у 80% больных 2-й группы и у 30% 1-й группы ( $p=0,014$ ,  $p=0,008$ ). Разницы в уровне общего и прямого билирубина мы не выявили ( $p=0,835$ ,  $p=0,900$ ).

**Заключение.** ПХЭС развивается часто, ведущим проявлением болезни является болевой абдоминальный синдром в сочетании с разными видами диспепсии. У пациентов с меньшим стажем после ХЭ преобладает болевой синдром, а у больных со стажем после проведения ХЭ более 10 лет преобладает желудочная и кишечная диспепсия. Лабораторные показатели изменяются у каждого третьего-четвертого пациента. Наиболее часто повышаются уровни ЩФ и ГГТП у пациентов со сроком после ХЭ более 10 лет.

#### 46. Причины кровотечений из верхних отделов желудочно-кишечного тракта

Лузина Е.В., Ларева Н.В., Маякова Е.И., Туруло Е.А.  
Читинская ГМА, Краевая клиническая больница, Чита, Россия

**Цель:** изучить частоту, причины и адекватность лечения кровотечений из верхних отделов желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) по данным краевой клинической больницы города Читы.

**Материалы и методы.** Проанализирована 131 история болезни пациентов с кровотечениями из верхних отделов ЖКТ (мужчин 94 (72%), женщин 37 (28%); средний возраст (51,4±16,2) года). Статистическая обработка проводилась с помощью описательной статистики (программное обеспечение BioStat 2006).

**Результаты.** Наиболее часто (в 44% случаев) источник кровотечения локализовался в пищеводе, в 35% – в желудке, в 21% – в двенадцатиперстной кишке (ДПК). Среди пищеводных кровотечений преобладали разрывы пищевода (41%), в 35% случаев имел место эрозивный эзофагит. Кровотечения из варикозно расширенных вен пищевода составили 21%, ожог пищевода – 2%, опухоли пищевода – 2%. Среди желудочных кровотечений в 71% случаев источником кровотечения оказалась хроническая язва, в 15% – распад опухоли, в 7% – острая язва и в 7% – эрозии слизистой оболочки. Источником кровотечения в ДПК в большинстве случаев оказалась хроническая язва (96%) и в 4% – острые язвы. Среди факторов риска возникновения кровотечения удалось выявить следующие: чрезмерное употребление алкоголя (54%), инфекция *Helicobacter pylori* (17%), прием НПВП (7%).

Для остановки и профилактики рецидива кровотечения применялись следующие виды лечения: эндоскопический гемостаз у 94% больных, хирургические методы – у 3%, только консервативное лечение – у 3%. Консервативная терапия состояла из перорального (75%) и внутривенного (25%) введения антисекреторных препаратов (АСП). Внутривенно вводились в 96% случаев блокаторы H<sub>2</sub>-гистаминовых рецепторов (Н2Б) и в 4% – ингибиторы протонной помпы (ИПП). Для перорального приема использовались ИПП в 84% случаев, а в 16% – Н2Б. Совсем не использовались АСП у 6% пациентов. Смертельные исходы имели место у 14 больных, что составило 11%.

**Заключение.** Наиболее часто кровотечения из пищевода случаются при его разрыве или как осложнение гастроэзофагеального рефлюкса. Самым частым фактором риска является прием алкоголя. Лечение кровотечений не соответствует рекомендациям.

## М–О

#### 47. Изменения ЭКГ-показателей при циррозе печени

Маякова Е.И., Лузина Е.В.  
Читинская ГМА, Россия

**Цель:** изучить длительность интервала QTc при циррозе печени.

**Материалы и методы.** Обследованы 27 больных (5 мужчин, 17 женщин) в возрасте от 21 года до 54 лет (средний возраст (34,9±6,9) года) с подтвержденным циррозом печени. У 9 больных диагностирован компенсированный цирроз печени класса А (по классификации Child – Pugh); у 9 – класс В, еще у 9 – класс С. Из исследования были исключены больные, злоупотреблявшие алкоголем, с нарушениями углеводного обмена, сердечно-сосудистыми и системными заболеваниями. Всем пациентам проводили электрокардиографическое исследование с определением скорректированного интервала QTc по формуле Базетта:  $QTc = (QT_{измеренный}) / (RR_{измеренный})^{1/2}$ . Значение QTc в норме не превосходит 440 мс. Статистическая обработка проводилась при помощи стандартных пакетов программ. При сравнении групп использовался критерий Манна – Уитни.

**Результаты.** При анализе данных ЭКГ длительность интервала QTc у больных циррозом печени составила (435,3±13,8) мс. Было отмечено нарастающее удлинение интервала QTc по мере усугубления тяжести цирроза печени. Длительность интервала QTc составила (429±12,6) мс у пациентов с классом А и (442,3±11,1) мс у больных с классом В и С ( $p<0,001$ ). У больных декомпенсированным циррозом печени средняя длительность интервала QTc составила (442,3±11,1) мс и превышала нормальные значения этого показателя (440 мс). У больных компенсированным циррозом печени средняя длительность интервала QTc оставалась в пределах нормальных значений. Была отмечена тенденция к увеличению длительности QTc при наличии признаков портальной гипертензии. У больных циррозом печени, сопровождающимся и не сопровождающимся портальной гипертензией, длительность интервала QTc составила (432,2±12,9) мс и (438,4±14,1) мс соответственно ( $p=0,046$ ). Длительность интервала QTc у больных циррозом печени с анемией и без анемии составила (436,8±15,2) мс и (434,2±12,7) мс соответственно ( $p>0,05$ ).

**Выводы.** У больных циррозом печени происходит удлинение интервала QTc более 440 мс при нарастании тяжести поражения печени и развитии портальной гипертензии.

#### 48. Фукоидан – натуральный протектор ЖКТ

Мухамеджанов Э.К., Есырвев О.В.  
ТОО Fucoidan World, Алматы, Казахстан,  
e-mail: labpharma@mail.ru

**Цель исследования:** на основании литературных данных оценить возможное использование натурального сульфатированного полисахарида фукоидан в профилактике и лечении заболеваний желудочно-кишечного тракта (ЖКТ).

**Материалы и методы.** В работе была использована поисковая система PubMed.

**Результаты.** В отношении фукоидана нами найдено несколько тысяч научных публикаций, значительное количество которых посвящено его влиянию на ЖКТ. В природе фукоидан создает для морских водорослей что-то вроде «кольчуги» против негативного влияния механических (волны, песок), физических (высыхание) и бактериальных воздействий. В Японии и Южной Корее в питании населения широко употребляются морские водоросли, чем в значительной степени можно объяснить высокую продолжительность жизни и низкий уровень заболеваний ЖКТ. У человека в качестве такой «кольчуги» выступает гликопротеин муцин. Фукоидан – это полисахарид, в котором основным моносахаридом выступает L-фукоза, обуславливающая сульфатирование полисахарида. Сульфатные группировки фукоидана хорошо связывают бактерии *H.pylori* и выводят их из ЖКТ, тем самым снижая проявления гастрита и язвенной болезни. Тонкая кишка – первый путь поступления инфекционных агентов пищи в организм, поэтому мощностю иммунной системы кишечника

самая высокая. Фукоидан улучшает деятельность защитного звена иммунной системы и тем самым способствует профилактике и лечению колитов. Показана его эффективность даже при болезни Крона, когда в 20–30% случаев приходится прибегать к хирургическому вмешательству. В толстой кишке фукоидан выступает в качестве пробиотика, улучшая ее микрофлору (повышает уровень лактобактерий). Кроме того, за счет карбоксильных и анионных группировок он связывает воду, вызывая смягчение каловых масс и уменьшая запоры. Фукоидан в определенной степени выставляет «блокпосты» против вредных факторов окружающей среды: 1) он препятствует проникновению инфекционного агента; 2) улучшает антитоксическую функцию печени, снижая проявления гепатита даже при отравлении четыреххлористым углеродом; 3) способствует снижению абсорбции и повышению выведения радионуклидов, в частности, показано увеличение на 20–40% выведения радиоактивного стронция.

**Заключение.** В настоящее время большое внимание уделяется поиску натуральных, проявляющих высокую биоактивность пищевых соединений, которые отнесены к нутрицевтикам. В качестве такого нутрицевтика выступает фукоидан, который проявляет широкий спектр биоактивных свойств: проявляет антиоксидантные, противосвертывающие, иммуномодулирующие, антиканцерогенные свойства. Отсутствие токсичности и высокая биоактивность является показателем для использования фукоидана в профилактике нарушений и лечении ЖКТ.

#### 49. Содержание фосфатаз в печеночной лимфе при лихорадке

Мухутдинова Ф.И.

Казанский ГМУ, Россия, e-mail: fimka54@mail.ru

**Цель исследования:** изучение динамики кислой и щелочной фосфатаз в лимфе, оттекающей от печени, и в венозной крови при экспериментальной длительной лихорадке.

**Материал и методы.** Лихорадку воспроизводили у кроликов путем пяти- и десятикратного ежедневного внутривенного введения пирогенала в дозе 5 мкг/кг массы тела. Контрольные животные получали апиригенный раствор. Лимфу получали путем канюлирования протока, а кровь – из бедренной вены на шестой и одиннадцатый день эксперимента соответственно. Содержание ферментов определяли биохимическим методом.

**Результаты.** Введение липополисахарида сопровождалось увеличением уровня фосфатаз в лимфе на всех сроках исследования. Так, при пятикратной инъекции содержание щелочной фосфатазы возросло в печеночной лимфе в три раза, а при десятикратной – в четыре, что составило (1,38±0,09) мкмоль/(л·с) и (1,88±0,31) мкмоль/(л·с) соответственно против (0,44±0,03) мкмоль/(л·с) в контроле. Концентрация кислой фосфатазы увеличилась более чем в три раза и составила соответственно (146,58±7,84) нмоль/(л·с) и (175,46±17,44) нмоль/(л·сек) по сравнению с (44,82±7,40) нмоль/(л·с) у контрольных животных. Во всех случаях достоверность различия  $p < 0,0001$ . По сравнению с лимфой в венозной крови прирост содержания фермента был лишь двукратным на всех сроках исследования.

**Заключение.** Учитывая роль щелочной фосфатазы в функциях клеточных мембран и мембран органелл клетки, повышение ее активности при длительной лихорадке может свидетельствовать о повреждении мембранных структур клеток или о повышении их проницаемости. Степень активации фосфатаз в печеночной лимфе была выше, чем в венозной крови, что указывает на значительную роль лимфатической системы в транспорте фермента с места высвобождения в общую циркуляцию.

#### 50. Гепатобилисцинтиграфия в дифференциальной диагностике холестаза у детей

Никитин А.В., Вольнец Г.В., Смирнов И.Е.,

Скворцова Т.А., Комарова Н.Л., Герасимова Н.П.,  
Потапов А.С.

НЦЗД Минздрава России, Москва, Россия

**Актуальность.** Установка типа холестаза у детей с болезнями печени часто сопровождается затруднениями. Клиническая карти-

на многих врожденных холестатических заболеваний схожа, однако, принципы терапии различаются, что диктует необходимость в их дифференциальной диагностике.

**Цель.** Установить критерии дифференциальной диагностики типа холестаза с помощью гепатобилисцинтиграфии (ГБСГ).

**Методы.** Проведена ГБСГ с использованием радиофармпрепарата (РФП) «Бромезида 99mTc» 48 пациентам: 13 детям с прогрессирующим семейным внутрипеченочным холестазом (ПСВПХ), при котором имеет место синусоидальный холестаз; 15 больным с синдромом Алажилия (СА) и 20 больным с атрезией желчевыводящих путей (АЖВП), при которых имеет место дуктулярный холестаз. Исследовались хронометрические параметры: время максимального накопления РФП паренхимой печени ( $T_{max}$ ), время полувыведения РФП ( $T_{1/2}$ ), время поступления меченой желчи в кишку ( $T_{киш}$ ).

**Результаты.**  $T_{max}$  при внутриклеточном холестазе у детей с ПСВПХ составило (24,8±3,7) мин против (15,6±2,5) мин у детей с СА ( $p=0,000$ ) и (22,3±2,2) мин – с АЖВП ( $p=0,000$ ).  $T_{1/2}$  и  $T_{киш}$  при ПСВПХ отсутствовали, при СА составили (47,6±3,6) мин ( $p=0,001$ ) и (13,3±2,8) мин ( $p=0,008$ ) соответственно, при АЖВП – (33,0±5,3) мин и (15,2±7,8) мин соответственно (только в шести случаях). На отсроченных скинтиграммах через 24 часа от начала исследования при дуктулярном холестазе наблюдается полная элиминация РФП, при внутриклеточном холестазе элиминация РФП отсутствовала ( $p=0,003$ ).

**Выводы.** Гепатобилисцинтиграфия может использоваться для дифференциальной диагностики типа внутрипеченочного холестаза при различных болезнях печени у детей с целью определения дальнейшей тактики лечения.

#### 51. Дебют врожденных холестатических заболеваний печени у детей

Никитин А.В., Вольнец Г.В., Смирнов И.Е.,

Скворцова Т.А., Потапов А.С.

НЦЗД Минздрава России, Москва, Россия

**Актуальность.** Большинство врожденных холестатических заболеваний печени дебютируют на первом году жизни и имеют схожую клиническую симптоматику. Однако диагностировать эти заболевания необходимо в наиболее раннем возрасте.

**Цель:** на основе многофакторного статистического анализа установить критерии дифференциальной диагностики клинических симптомов дебюта холестатических болезней у детей.

**Методы.** Под наблюдением находились 60 детей: 19 пациентов с прогрессирующим семейным внутрипеченочным холестазом (ПСВПХ), 21 ребенок с синдромом Алажилия (СА), 20 детей с билиарной атрезией (БА). Проводилась оценка таких клинических симптомов дебюта заболеваний, как затяжная желтуха, кожный зуд, ахолия стула, гепатомегалия (ГМ), гепатоспленомегалия (ГСМ). Проводился многофакторный статистический анализ с построением ROC-кривых и определением чувствительности и специфичности каждого клинико-диагностического показателя.

**Результаты.** У детей с СА и ПСВПХ в 100% случаев ( $AUC=1$ ) в первые 3 месяца жизни наблюдалась затяжная желтуха, у детей с БА – в 95% ( $AUC=0,961$ ). В возрасте старше 3 месяцев данный симптом сохранялся. Кожный зуд наблюдался в возрасте старше 3 месяцев у всех детей с ПСВПХ ( $AUC=1$ ) и в 71,4% случаев при СА ( $AUC=0,929$ ). У детей с БА данный симптом не исследовался, так как к моменту его возникновения всем детям была проведена портоэнтеростомия (операция по Касаи) или трансплантация печени. Ахоличный стул наблюдался в 84% случаев у детей с ПСВПХ и сохранялся по мере их взросления. У детей с БА ахолия стула в первые 3 месяца жизни наблюдалась в 80% случаев ( $AUC=0,885$ ) и усиливалась в возрасте старше 3 месяцев ( $AUC=0,929$ ). У детей с СА различий в зависимости от возраста не выявлено ( $AUC=0,755$ ). ГМ у детей с ПСВПХ в первые 3 месяца жизни наблюдалась в 42% случаев и в 100% случаев – в возрасте старше 3 мес. У детей с БА ГМ наблюдалась в 90% случаев ( $AUC=0,923$ ) в возрасте первых 3 месяцев жизни и у всех детей в возрасте старше 3 месяцев ( $AUC=1$ ), а ГСМ наблюдалась лишь в 60% случаев ( $AUC=0,808$ ). У детей с СА в первые 3 месяца жизни ( $AUC=0,833$ ) и старше ( $AUC=0,900$ ) ГСМ наблюдалась чаще, чем ГМ ( $AUC=0,629$ ).

**Выводы.** По результатам многофакторного статистического анализа установлена значимость клинических симптомов дебюта холестатических болезней у детей.

## 52. Способ лечения пациентов на первой стадии желчнокаменной болезни

Орешко А.Ю., Мохов Д.Е., Леденцова С.С., Селиверстов П.В.  
СПбГУ, Институт остеопатии, Северо-Западный ГМУ им. И.И. Мечникова, Санкт-Петербург, Россия

**Актуальность.** На сегодняшний день установлено, что у пациентов с длительным бессимптомным течением первой стадии ЖКБ, стадии билиарного сладка (БС), заболевание прогрессирует более чем в 50% случаев с формированием камней и возникновением клинических проявлений. До настоящего времени не разработана единая тактика ведения и лечения больных с БС. Как правило, терапия направлена на патогенетические звенья его формирования, а выбор тактики лечения определяется особенностями клинических проявлений.

**Цель исследования:** изучить влияние остеопатического воздействия на функцию желчного пузыря (ЖП) у больных с БС.

**Материалы и методы.** Обследованы 20 пациентов с 1-й стадией ЖКБ и деформацией ЖП. Ультразвуковое исследование (УЗИ) проводили на аппарате «Sonoline Prima LC» фирмы «Сименс» (Германия), работающем в масштабе реального времени, с использованием секторного датчика 3,5 МГц по стандартной методике с оценкой размеров, структуры, наличия ультразвуковых признаков изменений ЖП и печени до и после курсового остеопатического воздействия. Всем пациентам была проведена остеопатическая диагностика и лечение с кратностью от 5 до 7 сеансов. Остеопатическая диагностика включала в себя проведение: фасциального прослушивания (глобальное, локальное), определение краниосакральной синхронности, определение мобильности на уровне шейного, грудного, поясничного отделов позвоночника, крестца, определение мобильности грудной и тазовой диафрагм, определение мобильности и мотильности печени, ЖП, желудка, ДПК, тонкой и толстой кишок, наличия напряжения и/или болезненности на уровне сфинктера Одди, пилорического отдела желудка, дуодено-еюнального сфинктера, илеоцекального клапана, в области ЖП, по ходу общего желчного протока.

**Алгоритм остеопатического воздействия.** В лечении пациентов на 1-й стадии ЖКБ были использованы различные по принципу действия техники остеопатической коррекции: мягкотканые, фасциальные, артикуляционные, висцеральные, краниальные. Практически у всех пациентов исследуемой группы проводилось восстановление подвижности на уровне С0/С1, грудной диафрагмы, коррекция дисфункций печени и желчевыводящих путей, мобилизационные техники на тонкой кишке.

**Обсуждение результатов.** В ходе проведенного исследования установлено, что у пациентов определяли нарушение коллоидной устойчивости желчи в виде билиарной взвеси в полости ЖП – билиарный сладж, на фоне перегиба тела. Исходные размеры ЖП до проведения остеопатического воздействия составили (6,4±2,4) см по длине и (3,1±0,8) см по ширине с билиарной взвесью в полости и шейки ЖП. После проведения остеопатической процедуры у всех пациентов отмечалась положительная динамика сократительной функции ЖП: уменьшение длины до (4,2±1,8) см и ширины до (1,9±0,5) см. Кратность процедур остеопатического воздействия до полного исчезновения БС составляла в среднем 6 раз.

**Выводы.** Остеопатическое воздействие в полной мере способствует повышению сократительной функции ЖП, уменьшению застойных явлений и разрешению БС, что сопоставимо с проведением литолитической терапии.

## П–С

### 53. Значение препаратов урсодеооксиголевой кислоты в терапии неэрозивной формы гастроэзофагеальной рефлюксной болезни

Пак С.Ф.  
СПбГУ (мед. ф-т, каф. пропедевтики внутренних болезней), Санкт-Петербург, Россия, e-mail: dr-61paksf@yandex.ru

**Цель исследования:** оценить эффективность терапии препаратами урсодеооксиголевой кислоты (УДХК) в комплексном лечении неэрозивной формы гастроэзофагеальной рефлюксной болезни.

**Материал и методы.** Обследованы 30 пациентов в возрасте от 36 до 80 лет, страдающих неэрозивной формой гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (НЭРБ). Всем больным произведено клиническое обследование, ФЭГДС с гистологическим исследованием биоптатов слизистой пищевода. В первую группу вошли 15 больных с НЭРБ, получавших монотерапию ингибиторами протонной помпы (ИПП) – рабепразолом в дозе 20 мг в сутки или пантоприазолом в дозе 40 мг в сутки, а во вторую группу – 15 пациентов, получавших помимо ИПП в указанных дозах препараты УДХК (урсофальк или урсосан) 500 мг в сутки. Лечение продолжалось 2 месяца.

**Результаты.** На фоне проводимой терапии у всех больных отмечалась положительная динамика самочувствия. Однако в группе больных, получавших монотерапию ИПП, клиническая симптоматика полностью нивелировалась у 12 из 15 пациентов, в то время как в группе больных, получавших комбинированную терапию ИПП + УДХК, полный клинический эффект достигнут у всех пациентов.

**Выводы.** 1. Эффективность комбинации ИПП+УДХК свидетельствует о значении не только кислых, но и щелочных рефлюксов в генезе НЭРБ. 2. Комплексная терапия ИПП+УДХК может быть рекомендована больным НЭРБ, резистентным к монотерапии ИПП.

### 54. Применение гепатопротектора в лечении алкогольной болезни печени

Помыткина Т.Е., Гзогян А.А., Богарева Е.А.  
Кемеровская ГМА, Россия, e-mail: docentpom@mail.ru

**Целью** данной работы является оценка эффективности препарата адеметионина «Гептор» (ОАО «Верофарм», Россия) в лечении больных с АБП.

**Материалы и методы исследования.** Под наблюдением находились 35 мужчин в возрасте от 35 до 60 лет. Больные были разделены на 2 группы. В качестве гепатопротективного препарата больным 1-й группы (20 человек) был назначен препарат «Гептор» по 400 мг (1 таблетка) 2 раза в сутки в течение 4 недель. Больные 2-й группы (15 человек) получали симптоматическую терапию. До и после курса терапии проводилось изучение жалоб, анамнеза заболевания и жизни, клинической картины патологического процесса, оценивались лабораторные показатели, данные УЗИ печени. В процессе обследования вирусные, алкогольные и аутоиммунные заболевания печени были исключены.

**Результаты исследования и их обсуждение.** У пациентов в клинической симптоматике до начала лечения преобладали болевой (50%), диспепсический (25%), астенический синдромы (25%), изменения биохимического анализа крови (синдромы цитолиза – у 35%, холестаза – у 65% больных). На фоне проводимой терапии самочувствие пациентов улучшалось: уменьшились проявления болевого абдоминального и диспепсического синдромов у 82% больных 1-й группы и у 26% больных 2-й группы. Улучшились биохимические показатели крови: уровень билирубина снизился у 67% больных, показатели АЛТ, АСТ – у 60% больных, показатели ЩФ, ГГПТ – у 55% больных 1-й группы и соответственно у 44%, 36% и 28% больных во 2-й. Аллергических и побочных явлений не было.

**Выводы.** Таким образом, полученные данные свидетельствуют об эффективности и хорошей переносимости препарата адеметионина «Гептор» при алкогольной болезни печени.

### 55. Сочетанное применение эндоскопических методик (NBI, ZOOM и конфокальной лазерной эндомикроскопии) в диагностике аденом толстой кишки

Потехина Е.В., Шулешова А.Г., Данилов Д.В.,  
Ульянов Д.Н.  
ЦГМА УДП РФ, Москва, Россия,  
e-mail: shuleshova@yandex.ru

**Цель исследования:** совершенствование методов диагностики аденом толстой кишки с использованием новейших сочетанных эндоскопических методик (NBI, Zoom, КЛЭМ).

**Материалы и методы.** С июня 2011 г. по март 2016 г. обследованы 102 пациента с очаговыми изменениями слизистой оболочки толстой кишки, при этом выявлено 160 аденом. Исследования проводились под внутривенной седацией. Всем пациентам выполнена КС, дополненная NBI и ZOOM, что позволило выявлять аденомы и более детально визуализировать архитектуру, капиллярный рисунок и их границы. Затем проведено сканирование аденом с помощью КЛЭМ специальными зондами, что позволило получить микроскопическое изображение и произвести прицельную биопсию для морфологического исследования.

**Результаты.** После проведения КС с осмотром в белом свете и в режимах NBI, ZOOM заподозрены аденомы в 147 случаях (56,7%). При этом чувствительность, специфичность и общая точность методик (NBI, ZOOM) в отношении аденом и ранних форм рака, по нашим данным, составила 91%, 94,9% и 93,4%. После проведения КЛЭМ аденомы выявлены в 151 (58,3%) случае, ранний рак – в 2 (0,7%). Из выявленных образований произведена биопсия. Аденома подтверждена в 158 случаях, ранний рак – в 2. Чувствительность, специфичность и общая точность сочетанных методик (NBI, ZOOM, КЛЭМ) в отношении аденом и ранних форм рака составила 100%, 91,7% и 96,2%.

**Выводы.** Применение сочетанных эндоскопических диагностических методов, включая КЛЭМ, позволяет повысить ценность скрининговой КС в выявлении аденом. Результаты применения КЛЭМ позволяют в режиме реального времени поставить морфологический диагноз.

### 56. Возможности регенеративной терапии у пациентов с хроническим гепатитом

Приходько Е.М., Селиверстов П.В., Радченко В.Г.  
Северо-Западный ГМУ им. И.И. Мечникова,  
Санкт-Петербург, Россия

**Актуальность.** По сей день продолжают поиски эффективных методов лечения хронического гепатита, способных влиять на регенерацию гепатоцитов и уменьшать степень фиброза. Одним из наиболее перспективных методов лечения является регенеративная терапия с использованием плюрипотентных клеток. С этой целью используют два вида препаратов: мезенхимальные и гемопоэтические клетки-предшественники. Первый вид клеток является материалом для построения всех тканей организма, а клетки второго вида, несмотря на то, что являются преимущественно клетками кроветворения, имеют возможность принимать фенотипические особенности тканей, в которых оказываются. Так, на 7-е сутки после введения гемопоэтические клетки принимают морфологические признаки гепатоцитов и холангиоцитов, а к 21-му дню они полностью дифференцируются в гепатоциты и холангиоциты с полноценной функциональной активностью. Но все же не менее важным эффектом гемопоэтических плюрипотентных клеток является паракринная регуляция процессов воспаления и образования фиброза.

**Цели и задачи.** Целью нашего исследования являлась оценка влияния использования мононуклеарной фракции крови в комплексном лечении хронического гепатита и профилактике прогрессирования фиброза печени, развития цирроза и гепатоцеллюлярной карциномы.

**Материалы и методы.** Нами было проведено лечение 30 пациентов с ХЗП (НАЖБП – 10 пациентов, НАСГ – 10 пациентов, ХВГС – 5 пациентов, ХВГВ – 4 пациента, АСГ – 6 пациентов, АИГ – 5 пациентов), которым помимо стандартной терапии до-

полнительно вводили мононуклеарную фракцию. Всем пациентам были выполнены клинический и биохимический анализ крови, иммунологические исследования крови, биопсия печени с иммуногистохимическим исследованием до начала регенеративной терапии и через 6 месяцев после. Результаты показали выраженное снижение долькового и портального воспаления, а также уменьшение лимфоцитарной инфильтрации ткани печени. В 90% случаев отмечался регресс фиброза до 1-2-й степени. Также отмечалась нормализация показателей цитолиза и холестаза.

**Выводы.** Использование мононуклеарной фракции в лечении больных ХГ оказывает выраженное противовоспалительное действие, снижая хемотаксис лимфоцитов в ткани печени за счет выделения противовоспалительных цитокинов, что способствует изменению стволового компартмента образования соединительной ткани в печени и регрессии степени фиброза вплоть до полного восстановления физиологического строения печени, что способствует профилактике прогрессирования хронического гепатита и развития цирроза печени и гепатоцеллюлярной карциномы.

### 57. Присутствие *Lactobacillus sp.* в ротовой полости и риск развития кариеса

Пунченко О.Е.<sup>1</sup>, Орлова О.Г.<sup>2</sup>

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

Бактерии рода *Lactobacillus* – наиболее многочисленные представители облигатной микрофлоры желудочно-кишечного тракта человека, где они являются основным микробиологическим звеном формирования колонизационной резистентности. В процессе нормального метаболизма лактобактерии образуют молочную кислоту, перекись водорода, продуцируют вещества с антибактериальной активностью: реутерин, плантарицин, лактоцидин, лактолин. Однако в настоящее время существуют неоспоримые доказательства того, что присутствие лактобактерий в составе микрофлоры полости рта является одним из кариесогенных факторов. Присутствие лактобактерий в кариозных полостях и их способность генерировать вещества, понижающие pH в ротовой полости, позволяет предположить, что наряду с оральными стрептококками (*S.mutans*, *S.sobrinus*, *S.sanguis*) лактобактерии являются ключевыми факторами, определяющими развитие и тяжесть течения кариеса.

**Цель:** определить присутствие кариесогенных *Lactobacillus sp.* в зубном налете у студентов 2 курса медицинского факультета.

**Материалы и методы.** В добровольном анонимном обследовании приняли участие 55 студентов 2 курса, обучающихся на медицинском факультете. Материал для исследования отбирали с помощью стерильного ватного тампона. Для выделения и одновременной идентификации кариесогенных *Lactobacillus sp.* использовали хромогенную среду В.С.Г.-Dextrose-Agar (Snydertestagar) (HiMedia, Индия). Посевы инкубировали при 37°C в течение 24 ч. Дополнительно проводили анкетирование студентов с целью выяснения их пищевых привычек, способов поддержания гигиены полости рта, частоты появления новых очагов кариеса.

**Результаты.** Присутствие кариесогенных *Lactobacillus sp.* выявлено в ротовой полости 38% студентов. Количество бактерий колебалось от 1 до 30 КОЕ на тампон. При этом количество носителей среди девушек в два раза больше, чем юношей (67% и 33% соответственно). Третья часть обследованных ни разу не обращалась к стоматологу по поводу кариеса и только у двоих студентов (17%) из этой группы на поверхности зубов обнаружены кариесогенные *Lactobacillus sp.* Среди общего количества студентов, часто (более 2 раз в год) посещающих стоматолога, у 60% выявлены кариесогенные *Lactobacillus sp.* в зубном налете. Прослеживается связь с семейным анамнезом: все студенты, часто посещающие стоматолога, отмечают, что кариесу подвержены и их родители. А у 65% студентов, ни разу не лечивших зубы, родители также или не имеют кариеса в анамнезе, или обращались к стоматологу раз в жизни. Связь частоты выявления кариесогенных *Lactobacillus sp.* с курением выявить не удалось, так как курят всего 4 студента из всех обследованных. Среди студентов, которые чистят зубы более двух раз в день (26%), присутствие кариесогенных *Lactobacillus sp.* выявлено у одной трети, а по поводу кариеса к стоматологу они обращались реже, чем 1 раз в год. Из сту-

дентов, которые чистят зубы только раз день по утрам или реже (19%), носителями оказались 67%. Жевательную резинку более трех раз в день используют 27% студентов, а 20% – ополаскиватели для полости рта; носителей кариесогенных *Lactobacillus sp.* среди этих групп – 33% и 18% соответственно. Любители сладкого и студенты, к нему равнодушные, составили одинаковое количество – по 17 (31%) человек. Однако среди студентов, употреблявших такие сладкие продукты, как шоколад и сдоба, носителей в 2 раза больше. При этом употребление лука и чеснока не оказывает подавляющего эффекта на *Lactobacillus sp.*

**Выводы.** 1. Кариесогенные *Lactobacillus sp.* выявлены у 38% студентов 2 курса медицинского факультета, преимущественно у девушек. 2. Достоверно чаще кариесогенные *Lactobacillus sp.* выделяли у студентов, которые регулярно обращались за стоматологической помощью по поводу кариеса, и отмечали подверженность кариесу у своих родителей. 3. Систематическое пренебрежение правилами гигиены ротовой полости, а также ежедневное употребление продуктов с большим содержанием углеводов приводит к достоверно более частому выявлению кариесогенных *Lactobacillus sp.*

### 58. Современный гастроэнтерологический пациент в условиях социального кризиса: диагностика и лечение его психопатологических расстройств

Решетова Т.В., Жигалова Т.Н., Герасимова А.В.,  
Никитина В.В., Газиева А.Т.  
СЗГМУ им. И.И. Мечникова, Санкт-Петербург, Россия,  
e-mail: reshetova\_t@mail.ru

Во время социального кризиса всегда наблюдается рост пограничных расстройств нервной системы и психосоматических болезней. Помимо некоторых анксиолитиков, антидепрессантов, ноотропных препаратов с анксиолитическим эффектом, для когнитивносберегающей терапии применяются валемидин и вальемидин плюс.

**Цель исследования:** улучшение лечения тревожности у больных СРК без негативного влияния на когнитивные функции.

**Материал и методы.** В трех современных гастроэнтерологических клиниках у больных СРК исследованы тревожность, когнитивная дисфункция (концентрация внимания, кратковременная память), качество сна. Больные с тревожной симптоматикой две недели получали или стандартную базисную терапию СРК, или базисную терапию вместе с валемидином плюс. Его состав отличается от обычного валемидина наличием магния, синюхи и отсутствием в нем димедрола и спирта.

**Результаты.** Включение в лечебный процесс валемидина плюс снизило выраженность тревожности у больных СРК без негативного влияния на их когнитивные функции. У пациентов, получавших помимо базисной терапии валемидин плюс, по сравнению с группой больных СРК, получавших только базисную терапию, прекратились жалобы на бессонницу, улучшилось засыпание. Под действием валемидина плюс у больных СРК уменьшились проявления когнитивной дисфункции, редуцировался когнитивный компонент тревожности – катастрофическое мышление. По сравнению с обычным валемидином валемидин плюс эффективнее улучшал засыпание и сон, достоверно улучшал кратковременную память.

**Вывод.** Сравнительный анализ клинических эффектов показал, что при параллельной когнитивносберегающей терапии валемидином плюс через 2 недели улучшение психического статуса больных СРК происходит быстрее и без полипрагмазии.

### 59. Технология коррекции пищевого статуса у больных с гастроэнтерологической патологией и абдоминальным ожирением

Романова М.М., Бабкин А.П., Зуйкова А.А.  
Воронежский ГМУ им. Н.Н. Бурденко, Россия

В современном мире болезни системы пищеварения занимают одно из ведущих мест среди хронических неинфекционных заболеваний. Согласно прогнозам Всемирной организации здравоохранения, на планете к 2025 г. будет насчитываться более

3 млрд больных ожирением, среди них – пациенты с гастроэнтерологической патологией. Наличие сочетанной и коморбидной патологии определяет социальную значимость проблемы. Поэтому поиск путей оптимизации диагностических, лечебно-профилактических и реабилитационных мероприятий для данной категории пациентов является актуальным.

**Цель работы:** разработка технологии коррекции пищевого статуса у больных с гастроэнтерологической патологией и абдоминальным ожирением.

**Материалы и методы.** Под нашим наблюдением в течение ряда лет находились пациенты, посетившие Центр здоровья в БУЗ ВО ВГКП № 4 города Воронежа. Всем им проводились комплексное стандартное обследование Центра здоровья, а также оценка пищевого статуса и фактического питания, биохимические, иммунологические и инструментальные исследования согласно стандартам диагностики заболеваний системы пищеварения. В работе использовались статистические отчетные данные, проспективное и ретроспективное наблюдение и анализ. Исследования проводились в соответствии с принципами «Надлежащей клинической практики» (Good Clinical Practice). Участники исследования были ознакомлены с целями и основными положениями исследования и подписали информированное согласие на участие. Полученные данные обрабатывали статистически с помощью программ Microsoft Excel 5.0 и Statistica 6.0 для Windows с применением параметрических и непараметрических критериев.

**Результаты и их обсуждение.** При разработке технологии коррекции пищевого статуса были исследованы существующие аналоги, учтены их преимущества и недостатки. Технология учитывает качество режима и ритма питания; физическую активность и условия труда, возрастные, гендерные и индивидуальные особенности и потребности в пищевых веществах и энергии; данные биоимпедансометрии; гликемический профиль продуктов и блюд; степень компенсации и тяжесть течения; сопутствующую соматическую патологию; пищевое поведение и привычки питания; предлагает семидневные меню с возможностью адаптации для пациента в динамике; позволяет оптимизировать рабочее время врача. Отличительными особенностями технологии являются сокращение временных затрат на диагностику характера питания, оптимизация индивидуализации пищевого рациона с учетом пищевого статуса, выдача персонализированного семидневного меню с учетом наличия или отсутствия другой соматической патологии. Два варианта технологии – диск для персонального компьютера и Web-разработка (сайт) могут применяться в разных сегментах клинической медицины.

**Заключение.** Внедрение технологии коррекции пищевого статуса больных с гастроэнтерологической патологией и абдоминальным ожирением, в клиническую практику способствует повышению мотивации пациентов и эффективности лечебных, профилактических, реабилитационных мероприятий в практическом здравоохранении.

### 60. Роль нарушений микробиоценоза кишечника и экзотоксинов микробиоты в развитии неалкогольной жировой болезни печени

Селиверстов П.В.<sup>1</sup>, Приходько Е.М.<sup>1</sup>, Ситкин С.И.<sup>1,2</sup>,  
Радченко В.Г.<sup>1</sup>, Вахитов Т.Я.<sup>2</sup>, Шаварда А.Л.<sup>3</sup>  
<sup>1</sup>СЗГМУ им. И.И. Мечникова, <sup>2</sup>Гос. НИИ ОЧБ ФМБА  
России, <sup>3</sup>Ботанический институт им. В.Л. Комарова  
Российской академии наук, Санкт-Петербург, Россия<sup>3</sup>

**Актуальность.** В последние годы повсеместно отмечается рост числа больных неалкогольной жировой болезнью печени (НАЖБП). Одним из факторов, способствующих развитию заболевания, является дисбиоз кишечника. Задачей нашего исследования было определение влияния нарушения кишечной микрофлоры и ее метаболитов на развитие НАЖБП.

**Материалы и методы.** Нами обследованы 25 пациентов (возраст (45,4±16,2) года) с НАЖБП на стадии стеатоза. Обследованные имели избыточный вес. Методы обследования пациентов включали: респрос, осмотр, оценку качества жизни (опросник SF-36), клинический и биохимический анализы крови, ФиброМакс-тест, теломерный тест, бактериологическое исследование содержимо-

го толстой кишки (методом ПЦР-РТ) и анализ состава метаболома крови, биоимпедансный анализ компонентного состава организма, ультразвуковое исследование печени. Все пациенты получали биологически активную добавку к пище «Гепатгард Актив», содержащую эссенциальные фосфолипиды, L-карнитин и витамин Е (Евразийский патент № 019268 от 28.02.2014), по 1 капсуле 3 раза в день во время еды в течение трех месяцев.

**Обсуждение полученных результатов.** При количественном определении представителей основных бактериальных групп в кале методом ПЦР у подавляющего большинства пациентов имел место микробный дисбаланс, выражающийся в существенном снижении доли бактериоидов (бактериальной группы с высококоразвитым гликобиомом). После курса терапии отмечалось достоверное увеличение доли бактериоидов с  $(11,3 \pm 10,6)\%$  (среднее  $\pm$  СО) до  $(47,6 \pm 28,8)\%$  от общего количества микроорганизмов ( $p < 0,0001$ ), что демонстрирует способность препарата восстанавливать микробный баланс в толстой кишке, нарушение которого связано с избыточной массой тела и повышает риск развития системных нарушений метаболизма. Увеличение количества бактериоидов не нарушало баланс анаэробных представителей кишечной микрофлоры. Этот факт доказывает пребиотическое действие препарата (патент РФ № 2571495 от 20.12.2015). В результате метаболомного анализа крови всех пациентов выявлено 92 индивидуальных соединения. Значительная часть из них была идентифицирована с использованием библиотеки NIST08. На фоне терапии регистрировалась тенденция к общему увеличению количества метаболитов в крови. Также у всех пациентов отмечалось снижение изначально повышенной массы тела по результатам биоимпедансного анализа компонентного состава организма. При исследовании количества нуклеотидных последовательностей в теломерах до лечения у пациентов с НАЖБП было зарегистрировано уменьшение их количества в лимфоцитах, что является прогностическим признаком прогрессирования заболевания. Через 6 месяцев после лечения при контрольном исследовании отмечено увеличение количества нуклеотидных последовательностей в теломерах в 84% случаев, что свидетельствует о повышении активности теломеразы и увеличении количественной возможности деления клеток организма. Важно отметить, что у пациентов, имеющих меньшую длину теломеров, отмечается более ранний ответ на гепатотропную терапию, нежели у пациентов с большей ее длиной (патент РФ № 2595827 от 27.08.2016). По результатам ФиброМакс-теста с оценкой активности и тяжести стеатоза, фиброза, была отмечена положительная динамика по всем показателям. На основании данных УЗИ печени также отмечалась положительная динамика за счет тенденции к нормализации размеров печени у пациентов с гепатомегалией и регрессии признаков ее жировой инфильтрации. На фоне проводимой терапии у всех пациентов отмечалась положительная динамика клинико-лабораторных показателей и показателей качества жизни.

**Заключение.** БАД к пище «Гепатгард Актив» устраняет микробный дисбаланс в толстой кишке, связанный с ожирением и системными нарушениями метаболизма, способствует снижению избыточной массы тела, улучшает состояние печени, что в целом приводит к положительной динамике симптомов НАЖБП и улучшению как прогноза течения заболевания, так и качества жизни пациентов.

#### 61. Показания к выполнению пункционной биопсии печени при принятии решения о начале интерферонотерапии хронического вирусного гепатита С у детей

Скворцова Т.А., Вольнец Г.В., Туманова Е.Л., Потапов А.С.  
НЦЗД Минздрава России, Москва, Россия

**Актуальность.** Прямым показанием к проведению интерферонотерапии при хроническом гепатите С (ХГС) у детей является наличие выраженного фиброза печени (ФП) – F3-F4. Наиболее информативным в плане диагностики ФП является морфологическое исследование (МИ). Однако имеются неинвазивные методы определения степени ФП, в частности, фиброэластометрия

(ФЭМ), что обуславливает необходимость сопоставления их результатов с данными МИ.

**Цель:** сопоставление данных МИ ткани печени с результатами ФЭМ для определения показаний к проведению биопсии печени при принятии решения о необходимости проведения интерферонотерапии ХГС у детей.

**Методы.** Обследованы 54 ребенка (средний возраст  $(10,0 \pm 0,7)$  года) с ХГС. Одновременно всем детям проведены биопсия и ФЭМ печени с последующим сопоставлением результатов исследования и статистическим анализом полученных данных.

**Результаты.** ФП F0 при МИ обнаруживался в 7,4% случаев против 55,6% по данным ФЭМ ( $\chi^2=29,02$ ,  $p < 0,01$ ). ФП F1 в 57,4% случаев определялся при МИ против 25,9% случаев по данным ФЭМ ( $\chi^2=11,01$ ,  $p < 0,01$ ). Суммарная частота встречаемости ФП F0+F1, когда прямых показаний к проведению интерферонотерапии нет, по данным ФЭМ составляла 81,4%, по данным МИ – 64,8% ( $\chi^2=3,82$ ,  $p > 0,05$ ), при F2 – 25,9% случаев при МИ против 11,1% по данным ФЭМ ( $\chi^2=3,93$ ,  $p < 0,01$ ). Достоверных различий в частоте определения ФП F3 при МИ и проведении ФЭМ не выявлено (9,3% против 1,9% случаев,  $\chi^2=2,82$ ,  $p > 0,05$ ). ФП F4 по данным ФЭМ диагностирован в 5,6% случаев, по данным МИ ни в одном из препаратов ФП F4 выявлено не было. Суммарная частота встречаемости ФП F3+F4, когда имеются прямые показания к проведению интерферонотерапии, по данным ФЭМ составляла 7,5%, по данным МИ – 9,3% ( $\chi^2=0,12$ ,  $p > 0,05$ ).

**Выводы.** Выявление фиброза F2 по данным фиброэластометрии требует морфологического исследования ткани печени с целью уточнения степени фиброза для решения вопроса о необходимости проведения терапии.

#### 62. Возможности комплексной терапии язвенной болезни у пациентов с артериальной гипертензией

Смирнова Л.Е., Шехаб Л.Х., Вороная Ю.Л., Школовой С.В., Курочкин Н.Н.  
Тверской ГМУ, Россия

**Цель исследования:** повышение эффективности лечения больных язвенной болезнью (ЯБ), ассоциированной с *Helicobacter pylori* (Е), при ее сочетании с артериальной гипертензией (АГ).

**Материал и методы.** Обследованы 80 больных ЯБ с АГ, которые методом рандомизации были разделены на 2 группы по 40 человек. В 1-й группе назначалась базисная терапия (антихеликобактерная, антисекреторная, гипотензивная), а во 2-й – комбинированная: базисная в сочетании с иммунокорректирующим комплексом (кортексин, ликопид, веторон). Проводилась морфологическая оценка биоптатов слизистой гастродуоденальной зоны. Диагностика Е включала морфологический и иммунологический методы, быстрый уреазный тест. Использовался биохимический метод экспресс-диагностики дисбактериоза кишечника В.М. Червинца.

**Результаты.** Под влиянием базисной терапии рубцевание язвенных дефектов наблюдалось в течение двух недель в 38% случаев, четырех недель – в 40%, шести недель – в 22%. При комбинированном лечении рубцевание язв за две недели происходило в 1,8 раза чаще (у 70% больных), а за шесть недель – в 4,4 раза реже (у 5%). Признаки активности гастрита уменьшались в 1,7 раза при базисном лечении и в 2,1 раза – при комбинированном. В 1-й группе на 3% уменьшилось число лиц без дисбактериоза и на 16% – с его первой степенью, тогда как с 17% до 40% ( $p < 0,05$ ) увеличилось число больных с третьей степенью дисбактериоза. Во 2-й группе, напротив, произошло увеличение на 33% числа больных с первой степенью дисбактериоза ( $p < 0,01$ ), уменьшение на 25% – со второй ( $p < 0,025$ ) и на 19% – с третьей ( $p < 0,025$ ). **Заключение.** Метод комбинированной терапии ЯБ с АГ, включающий иммунокорректирующий комплекс, обеспечивает более эффективное лечение ЯБ на фоне АГ и уменьшает негативное влияние антихеликобактерной терапии на микрофлору кишечника.

**Ч–Ш****63. Реакция эпителия слизистой оболочки двенадцатиперстной кишки крыс на введение мелатонина**

Чуркова М.Л.

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

e-mail: mariya.churkova@szgmu.ru

**Цель исследования:** исследовать эпителий слизистой оболочки двенадцатиперстной кишки крыс при введении разных доз мелатонина.

**Материалы и методы.** Раствор мелатонина (препарат «Мелаксен») вводили с помощью зонда в желудок 15 крыс линии Wistar. В первой подгруппе исследования в течение месяца вводили по 1 терапевтической дозе (т.д.) препарата; во второй подгруппе в течение месяца – по 20 т.д.; в третьей подгруппе однократно вводили 100 т.д. 15 крыс составили контрольную группу. Поперечные срезы двенадцатиперстной кишки окрашивали гематоксилином – эозином; по методу Массона – Гамперля. Определяли длину ворсинок, глубину крипт; количественное содержание ЕС-клеток на 1 мм<sup>2</sup> поверхности среза эпителия. Статистическую обработку полученных результатов осуществляли в программе Statistica 10 (критерии Краскела – Уоллиса, Манна – Уитни), уровень значимости  $p < 0,05$ .

**Результаты.** Отмечено, что при введении 1 т.д., 20 т.д. мелатонина в течение месяца или 100 т.д. однократно средняя длина ворсинок двенадцатиперстной кишки достоверно уменьшилась по сравнению с контролем. Глубина крипт при введении 1 т.д. препарата достоверно увеличилась по сравнению с контролем, в других подгруппах исследования была с ним сопоставима. Количество ЕС-клеток при введении 1 т.д. и 20 т.д. мелатонина достоверно увеличилось по сравнению с контролем. Введение же 100 т.д. не приводило к изменению количественного содержания ЕС-клеток.

**Выводы.** При введении мелатонина отмечаются морфологические изменения эпителия слизистой оболочки двенадцатиперстной кишки крыс.

**64. Индивидуальный подход в выборе метода хирургического лечения ректоцеле**

Швецов В.К., Грошилин В.С., Мухтарова А.В.

Ростовский ГМУ, Ростов-на-Дону, Россия,

e-mail: vitalik-shvecov@yandex.ru

**Цель исследования.** Усовершенствование методики хирургического лечения ректоцеле за счет применения комбинированного метода – передней сфинктеропластики и эндоректальной циркулярной слизисто-подслизистой резекции.

**Материалы и методы.** Проведен анализ результатов обследования и оперативного лечения 32 пациентов с ректоцеле. Все исследуемые были подразделены на 3 группы в зависимости от выполненной им операции. У 12 пациенток использованы методы передней сфинктеропластики, у 8 – эндоректальной аппаратной циркулярной слизисто-подслизистой резекции (по методу Лонго). Остальным 12 больным проведено комбинированное хирургическое лечение ректоцеле, сочетающее в себе эндоректальную циркулярную слизисто-подслизистую резекцию и переднюю леваторопластику. («Комбинированный способ хирургического лечения ректоцеле», патент РФ № 2526971 от 03.07.2014).

**Результаты.** В группе больных, которым выполнена передняя сфинктеропластика, отмечено два рецидива заболевания (16,7%). После ликвидации ректоцеле методом Лонго рецидивов не было, однако, у 2 больных (25%) отмечались некупированные консервативными способами осложнения. При использовании комбинированного метода рецидивов и осложнений не выявлено. У одной пациентки (8,3%), ранее имевшей ректоцеле размером более 7 см, в послеоперационном периоде сохранялись тенезмы, которые спустя 3 месяца после операции были нивелированы. Рецидива заболевания у больной не отмечено.

**Выводы.** Комбинированный метод хирургического лечения ректоцеле позволяет корректировать моторно-эвакуаторные рас-

стройства у больных с ректоцеле III степени за счет восстановления анатомических структур и создания удерживающего фасциально-мышечного каркаса тазового дна и промежности. Данная методика показала высокую эффективность и перспективна для внедрения в клиническую практику.

**65. Внутрипеченочный холестаз при ранней форме неалкогольной жировой болезни печени**

Шиповская А.А., Дуданова О.П.

Петрозаводский государственный университет, Россия,

e-mail: Nostrick@inbox.ru

**Цель исследования:** определить патогенетическую роль внутрипеченочного холестаза (ВХ) при ранней форме неалкогольной жировой болезни печени (НАЖБП) – стеатозе печени (СП).

**Материалы и методы.** Обследованы 80 пациентов со СП: 34 (42,5%) с признаками внутрипеченочного холестаза (I группа) с уровнем щелочной фосфатазы (ЩФ) (561,3±129,6) ед./л и 46 (57,5%) без холестаза (II группа) с уровнем ЩФ (170,8±39,1) ед./л ( $p < 0,01$ ). Диагноз НАЖБП устанавливался на основании традиционных инструментальных (УЗИ), клинико-лабораторных и гистологического методов исследования. Исключен вирусный, алкогольный, аутоиммунный и лекарственный генез поражения печени. Подсчитывался NAFLD fibrosis score (FS). Статистическая обработка проводилась с помощью стандартного пакета Microsoft Office 2010.

**Результаты.** У больных I группы с ВХ отмечались достоверно более значительные изменения биохимических показателей, индекса фиброза и размеров печени, чем у больных II группы без ВХ: уровень триглицеридов составлял (2,5±0,5) ммоль/л против (2,2±0,3) ммоль/л ( $p < 0,05$ ), глюкозы – (7,0±2,1) ммоль/л против (5,9±1,2) ммоль/л ( $p < 0,05$ ), СОЭ – (21,6±6,2) мм/ч против (13,1±5,9) мм/ч ( $p < 0,05$ ), фибриногена – (3,7±0,6) г/л против (2,7±0,4) г/л ( $p < 0,05$ ), NAFLDFS – 0,085±0,101 против – 0,279±0,088 ( $p < 0,01$ ), размер правой доли печени при ультразвуковом исследовании – (145,4±17,7) мм против (138,5±14,5) мм ( $p > 0,05$ ).

**Выводы.** Внутрипеченочный холестаз у больных стеатозом печени способствовал прогрессированию заболевания, что свидетельствовало о необходимости его медикаментозной коррекции уже на ранней стадии развития НАЖБП.

**66. Неалкогольная жировая болезнь печени у пациентов, страдающих сахарным диабетом 2 типа**Шиповская А.А.<sup>1</sup>, Ларина Н.А.<sup>1</sup>, Курбатова И.В.<sup>2</sup>,Дуданова О.П.<sup>1</sup><sup>1</sup>Петрозаводский государственный университет, <sup>2</sup>ИБ

Карельского НЦ РАН, Петрозаводск, Россия, e-mail:

Nostrick@inbox.ru

**Цель исследования:** определение особенностей течения неалкогольной жировой болезни печени (НАЖБП) у больных, страдающих сахарным диабетом 2 типа (СД2).

**Материалы и методы.** Обследованы 250 больных НАЖБП: 141 (56,4%) с СД2 (I группа), 109 (43,6%) без СД2 (II группа). Группы были сравнимы по возрасту и гендерному распределению. Оценивались традиционные лабораторные тесты, туморнекротический фактор-альфа (TNF-α) методом ИФА тест-системы «Human TNFα Platinum ELISA» («Bioscience», Австрия). Статистический анализ выполнялся с помощью программы «Stat-Graphics 2.1».

**Результаты.** В I группе стеатоз печени (СП) выявлялся у 59 (41,8%) больных, стеатогепатит (СГ) – у 79 (56,0%), цирроз печени (ЦП) – у 3 (2,2%), во II группе стеатоз печени был обнаружен у 47 (43,1%) больных, стеатогепатит – у 62 (56,9%), ЦП не выявлялся совсем. АЛАТ была достоверно выше у пациентов с СД2, чем у больных без СД2 – (55,65±31,70) ед./л и (48,12±26,86) ед./л соответственно. У пациентов с СД2 также были повышены уровни щелочной фосфатазы – (240,7±45,2) ед./л против (205,5±78,5) ед./л у пациентов без СД2 ( $p < 0,05$ ), триглицеридов – (3,21±1,40) ммоль/л против (2,35±1,23) ммоль/л ( $p < 0,05$ ), TNF-α – (5,97±0,32) пг/мл против (5,52±0,38) пг/мл ( $p < 0,05$ ).

**Выводы.** В структуре больных НАЖБП, ассоциированной с сахарным диабетом 2 типа, чаще выявлялся цирроз печени. НАЖБП у лиц с наличием СД 2 типа характеризовалась более выраженными клинико-лабораторными показателями печеночно-клеточного воспаления и внутрипеченочного холестаза, что свидетельствовало о ее более прогрессирующем течении по сравнению с НАЖБП у лиц без СД 2 типа.

**67. Распространенность вирусной инфекции слизистой оболочки пищевода среди больных с эрозивным эзофагитом**

Шулешова А.Г., Данилов Д.В., Бондарева К.А.  
ЦГМА УДП РФ, Москва, Россия, e-mail: dvdy@mail.ru

**Цель исследования:** изучить эпидемиологические особенности эрозивной формы ГЭРБ и выявить частоту персистенции в слизистой оболочке пищевода вирусов герпетической группы.

**Материалы и методы.** В исследования включены 147 пациентов (109 мужчин и 38 женщин) в возрасте от 18 до 90 лет, у которых при ЭГДС выявлен эрозивный эзофагит. В качестве основы для определения степени эрозивного эзофагита использовалась классификация Savary-Miller (S-M). Всем пациентам выполнялась биопсия слизистой оболочки пищевода (СОП) по 4 фрагмента: 2 из видимого дефекта слизистой и 2 из участка пищевода, находящегося на 2 см выше розетки кардии, для гистологического исследования. Для определения персистенции в СОП вирусов простого герпеса (ВПГ) 1 и 2 типа, цитомегаловируса (ЦМВ) и вируса Эпштейна – Барр (ВЭБ) было выполнено иммуногистохимическое (ИГХ) исследование с использованием специфических антител.

**Результаты.** У пациентов с эрозивной формой ГЭРБ по классификации S-M имеются следующие формы эзофагита: I степень выявлена у 55,1% пациентов, II – у 21,8%, III – у 14,9%, IV – у 8,2%. Наиболее распространенным очаговым изменением слизистой дистального отдела пищевода является гиперплазия слизистой, которая выявлена у 19% пациентов, у 15,6% обнаружена желудочная метаплазия. Кишечная метаплазия выявлена у 2% пациентов. Персистенция вирусов герпетической группы установлена у 46,3% пациентов. В нашем исследовании чаще всего обнаруживался ВПГ – у 69,1% пациентов. ЦМВ определен у 58,2%, а ВЭБ выявлен у 36,8%. У 35,3% пациентов имеется сочетание вирусной инфекции (2-3 вида вирусов).

**Выводы.** Проведенное нами исследование показало, что у 46,3% пациентов с эрозивным эзофагитом выявлены вирусы: ВПГ 1 и 2 типа, ЦМВ и ВЭБ. При этом чаще обнаруживается вирус простого герпеса 1 и 2 типа. У 35,3% пациентов имеется сочетание 2-3 видов вирусов.

**68. Исследование липидного спектра сыворотки крови у пациентов с полипами толстой кишки**

Щербак С.Г.<sup>1</sup>, Лантухов Д.В.<sup>2</sup>, Вологжанин Д.А.<sup>2</sup>,  
Эфендиев А.О.<sup>1</sup>, Васильев Е.В.<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>Городская больница № 40, <sup>2</sup>ВМедА им. С.М. Кирова,  
Санкт-Петербург, Россия

Дислипидемия является возможным фактором риска развития полипов толстой кишки, обладающих различным потенциалом к малигнизации.

**Цель исследования:** анализ изменений липидного спектра у пациентов с полипами толстой кишки.

**Материал и методы.** Обследованы 45 пациентов с полипозом кишечника. Группа контроля состояла из 20 человек. Всем пациентам выполнялось исследование толстой и прямой кишки видеколоноскопом CF-Q180AL Olympus, Япония. Биопсийный материал, полученный при эндоскопии, направлялся на гистологическое исследование.

В исследуемой группе гистологически верифицированы полипы разной степени малигнизации (гиперпластические, тубулярные, тубуло-ворсинчатые, ворсинчатые), отличающиеся размерами и количеством.

Исследование липидного спектра, включающее определение уровня ХС, ЛПНП, ЛПВП, ТГ проводилось с применением панели биохимических тестов Abbott на биохимическом анализаторе Architect c8000.

**Результаты.** Установлено, что у пациентов с полипами толстой кишки уровень ТГ в сыворотке крови был достоверно выше ( $p < 0,05$ ), чем в контрольной группе –  $(3,32 \pm 0,05)$  ммоль/л и  $(1,72 \pm 0,01)$  ммоль/л соответственно.

При этом уровень ХС, ЛПНП в сыворотке крови пациентов с полипами значимо не отличался от показателей пациентов группы контроля, а уровень ЛПВП был несколько ниже, однако достоверных отличий, по сравнению с группой контроля также выявлено не было.

**Выводы.** Пациенты с дислипидемией могут быть подвержены развитию хронического колита, механизмом развития которого является мальабсорбция желчных кислот и подавление синтеза короткоцепочечных жирных кислот микрофлорой кишечника. Эти изменения микросреды способствуют клеточной пролиферации и ангиогенезу. Полученные результаты демонстрируют, что дислипидемия может быть отдельным фактором риска образования полипов толстой кишки с дальнейшей потенциальной малигнизацией. Наличие дислипидемии необходимо учитывать при планировании динамического наблюдения пациентов с полипозом.