

*Гастро*энтерология *Санкт-Петербурга*

*Научно-практический
журнал*



Гастроэнтерология

Гепатология

Колопроктология

Фармакотерапия

Питание

ПРОСТОЙ ШАГ К СТОЙКОЙ РЕМИССИИ ЯЗВЕННОГО КОЛИТА



ОДИН РАЗ В СУТКИ
МЕЗАВАНТ
месалазин **ММХ** 1200мг
таблетки пролонгированного действия

ММХ[®] СИСТЕМА ДОСТАВКИ МЕСАЛАЗИНА
Адгезия месалазина на всем протяжении толстой кишки,
включая прямую^{1,2}

ДЛИТЕЛЬНАЯ РЕМИССИЯ
9 из 10 пациентов в ремиссии в течение года^{3,4}

УДОБНЫЙ ПРИЕМ 1 РАЗ В СУТКИ
2-4 таблетки однократно⁵



1. Белоусова Е.А., Никитина Н.В., Цодикова О.М. Лечение язвенного колита легкого и среднетяжелого течения. \ Фарматека. - № 2 — 2013.
2. Brunner M, et al. Aliment Pharmacol Ther. 2003;17:395-402. 3. Tenjarla S, et al. Adv Ther. 2007;24:826-840. 4. Kamm MA, et al. Gut. 2008;57:893-902.
5. Инструкция по медицинскому применению лекарственного препарата Мезавант от 25.01.2017. Регистрационное удостоверение: ЛП-001297
<http://www.grls.rosminzdrav.ru/>. ММХ[®] (мультиматричная система) – зарегистрированная торговая марка Cosmo Technologies Limited. 5-АСК – 5-аминосалициловая кислота

Shire

ООО «Шайер Биотех Рус», 119034 г. Москва, ул. Тимура Фрунзе, д.11, стр.1.
Телефон: +7 495 787 04 77, факс: +7 495 787 04 78 www.shire.com
Материал предназначен только для медицинских работников.

№ 4 / 2017

Гастроэнтерология Санкт-Петербурга

Научно-практический журнал

Председатель редакционного совета:

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

Редакционный совет:

М.Ш. Абдуллаев (д.м.н., проф., Алматы)
А.Ю. Барановский (д.м.н., проф., Санкт-Петербург)
Р.Р. Бектаева (д.м.н., проф., Астана)
С.В. Васильев (д.м.н., проф., Санкт-Петербург)
В.Ю. Голофеевский (д.м.н., проф., Санкт-Петербург)
В.Б. Гриневич (д.м.н., проф., Санкт-Петербург)
Н.Б. Губергриц (д.м.н., проф., Одесса)
М.П. Захараш (д.м.н., проф., Киев)
С.С. Козлов (д.м.н., проф., Санкт-Петербург)
Е.А. Корниенко (д.м.н., проф., Санкт-Петербург)
Л.Б. Лазебник (д.м.н., проф., Москва)
Ю.В. Лобзин (д.м.н., проф., акад. РАН, Санкт-Петербург)
В.А. Максимов (д.м.н., проф., Москва)
С.И. Пиманов (д.м.н., проф., Витебск)
Ю. Покротниекс (д.м.н., проф., Рига)
В.Г. Радченко (д.м.н., проф., Санкт-Петербург)
М.Н. Рустамов (к.м.н., доц., Минск)
В.И. Симаненков (д.м.н., проф., Санкт-Петербург)
А.И. Хавкин (д.м.н., проф., Москва)
Н.В. Харченко (д.м.н., проф., Киев)

Редколлегия:

А. Деровс (д.м.н., доц., Рига)
С.М. Захаренко (к.м.н., доц., Санкт-Петербург)
И.А. Карпов (д.м.н., проф., Минск)
Э.В. Комличенко (д.м.н., Санкт-Петербург)
П.В. Селиверстов (к.м.н., доц., Санкт-Петербург)

Ответственный секретарь:

О.Г. Орлова

Главный редактор:

С.И. Ситкин

Учредитель: ООО «Гастро»

Издатель: ООО «Аванетик»

Редакция:

197110, Санкт-Петербург,
ул. Пионерская, д. 30, лит. В, оф. 202,
тел. 8 (812) 644-53-44
E-mail: gastro@peterlink.ru
www.gastroforum.ru

Распространение:

Индекс издания в Объединенном каталоге
«Пресса России» – П3871.

Журнал зарегистрирован Северо-Западным окружным меж-
региональным территориальным управлением Министерства
РФ по делам печати, телерадиовещания и средств массовых
коммуникаций.

Свидетельство о регистрации: ПИ № 2-5904 от 12.04.2002 г.
ISSN 1727-7906. Издаётся с 1998 года.

Ранее выходил под названием «Гастробиюллетень».

Издание включено в базу данных РИНЦ.

На 1-й с. обл.: Павел Еськов. Петербург. Вечерний город.
2016. Холст, масло, 75×110 см.

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

Установочный тираж: 3000 экз.

Цена свободная.

© ООО «Гастро», 2017



Содержание

Оригинальные статьи

*Новикова В.П., Косенкова Т.В., Листопадова А.П.,
Турганова Е.А., Демченкова О.А.*

Возможности коррекции микроэкологического
статуса у детей с бронхиальной астмой 3

Бодрягина Е.С., Мухаметова Д.Д.

Клинические и социодемографические особенности пациентов
с заболеваниями печени и желчевыводящих путей 8

Краткие сообщения

Mirzakhmedov M.M., Navruzov S.N.

Diagnosis and surgical treatment of
Hirschsprung's disease in adults 12

Navruzov S.N., Mirzakhmedov M.M.

Surgical treatment of Hirschsprung's disease in adults 14

Санкт-Петербург — Гастросессия-2017

Материалы XIV Международной научной гастроэнтерологической
сессии НОГР «Санкт-Петербург — Гастросессия-2017» 17

№ 4 / 2017

Гастроэнтерология Санкт-Петербурга

Научно-практический журнал

Chairman of the Editorial Board:

E.I. Tkachenko

Vice-President of the Gastroenterological
Scientific Society of Russia,
Chief Gastroenterologist of St. Petersburg Health
Committee, Honored Science Worker of Russia,
Dr. med. habil., Prof

Editorial Review Board:

M.Sh. Abdullayev (Dr. med. habil., Prof., Almaty)
A.Yu. Baranovskiy (Dr. med. habil., Prof., St. Petersburg)
R.R. Bektaeva (Dr. med. habil., Prof., Astana)
S.V. Vasilyev (Dr. med. habil., Prof., St. Petersburg)
V.Yu. Golofeevskiy (Dr. med. habil., Prof., St. Petersburg)
V.B. Grinevich (Dr. med. habil., Prof., St. Petersburg)
N.B. Gubergrits (Dr. med. habil., Prof., Odessa)
M.P. Zakharash (Dr. med. habil., Prof., Kiev)
S.S. Kozlov (Dr. med. habil., Prof., St. Petersburg)
E.A. Kornienko (Dr. med. habil., Prof., St. Petersburg)
L.B. Lazebnik (Dr. med. habil., Prof., Moscow)
Yu.V. Lobzin (Dr. med. habil., Prof.,
Acad. of RAS, St. Petersburg)
V.A. Maksimov (Dr. med. habil., Prof., Moscow)
S.I. Pimanov (Dr. med. habil., Prof., Vitebsk)
J. Pokrotnieks (Dr. med., Prof., Riga)
V.G. Radchenko (Dr. med. habil., Prof., St. Petersburg)
M.N. Rustamov (Dr., Assoc. Prof., Minsk)
V.I. Simanenkov (Dr. med. habil., Prof., St. Petersburg)
A.I. Khavkin (Dr. med. habil., Prof., Moscow)
N.V. Kharchenko (Dr. med. habil., Prof., Kiev)

Editorial Board:

A. Derovs (Dr. med., Assoc. Prof., Riga)
S.M. Zakharenko (Dr., Assoc. Prof., St. Petersburg)
I.A. Karpov (Dr. med. habil., Prof., Minsk)
E.V. Komlichenko (Dr. med. habil., Prof., St. Petersburg)
P.V. Seliverstov (Dr., Assoc. Prof., St. Petersburg)

Executive Secretary:

O.G. Orlova (Ph.D., St. Petersburg)

Editor-in-Chief:

S.I. Sitkin (Dr. med., St. Petersburg)

Editorial Office:

Gastro Ltd.
Pionerskaya St., 30B, office 202
St. Petersburg, 197110, Russia
Telephone: +7 (812) 644-53-44
E-mail: gastro@peterlink.ru
www.gastrojournal.ru
www.gastroforum.ru

© Gastro Ltd., 2017



Content

Original research articles

*Novikova V.P., Kosenkova T.V., Listopadova A.P.,
Turganova E.A., Demchenkova O.A.*

Possibilities of correction of microecological status
in children with bronchial asthma 3

Bodryagina E.S., Muhametova D.D.

Clinical and socio-demographic characteristics
of patients with liver and bile tract disease 8

Brief communications

Mirzakhmedov M.M., Navruzov S.N.

Diagnosis and surgical treatment of
Hirschsprung's disease in adults 12

Navruzov S.N., Mirzakhmedov M.M.

Surgical treatment of Hirschsprung's disease in adults 14

St. Petersburg — GastroSession-2017

Materials of the XIV International Scientific
Gastroenterological Session of the GSSR

(Gastroenterological Scientific Society of Russia)

"St. Petersburg — GastroSession-2017" 17

УДК 616.24

Поступила 15.04.2017

Возможности коррекции микроэкологического статуса у детей с бронхиальной астмой

В.П. Новикова^{1,3}, Т.В. Косенкова¹, А.П. Листопада², Е.А. Турганова¹, О.А. Демченкова^{1,2}¹Национальный медицинский исследовательский центр им. В.А. Алмазова, ²Детская городская поликлиника № 8; ³Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет, Санкт-Петербург, Россия

Введение

В последние годы большое внимание уделяется изучению влияния изменений в микроэлементном составе и развитию кишечного дисбиоза у детей школьного возраста при бронхиальной астме [1–6]. Доказано, что изменения в микроэлементном составе и дисбиотические нарушения при бронхиальной астме у детей взаимосвязаны с аллергическим воспалением [7]. Предполагается, что коррекция микроэлементного состава и кишечной микробиоты при бронхиальной астме и других atopических болезнях может быть новой терапевтической стратегией [8].

Детоксикация возможна при помощи современного адсорбента «Зостерин-ультра» (производитель – компания «Аквामир», г. Санкт Петербург), полученного путем переработки морской травы семейства *Zosteraceae*. В нем содержится полисахарид пектиновой природы – зостерин [9], низкомолекулярные фракции которого (1–30 кД) могут проникать в кровь и осуществлять функцию гемосорбции [9]. Возможности детоксикации с помощью препарата «Зостерин-ультра» у детей с бронхиальной астмой на сегодня не изучены.

Цель исследования

Целью настоящей работы является оценка возможности зостерина-ультра в коррекции изменений микроэлементного статуса и состояния кишечной микробиоты у детей, страдающих бронхиальной астмой.

Материалы и методы

Исследование проводилось на базе СПб ГБУЗ «Детская городская поликлиника № 8», Консультативно-диагностического центра со стационаром дневного пребывания. Всего обследованы 32 ребенка с бронхиальной астмой (БА) средней степени тяжести (возраст детей (10,12 ± 3,79) года). Больные находились в состоянии медикаментозной ремиссии. Среди обследованных преобладали мальчики (81,25%). Пациенты с выраженной сопутствующей патологией органов и систем, в том числе с синдромом мальабсорбции, а также дети, имеющие аллергические реакции на компоненты препарата «Зостерин-ультра», в исследование не включались.

Методы обследования включали: сбор анамнеза, оценку жалоб, общеклиническое обследование, определение IgE к отдельным аллергенам. Масс-спектрометрическое исследование крови на содержание микробных маркеров для оценки кишечного микробиома проведено в ООО «Центр дисбиозов». Определялось 54 микробных маркера, каждый из которых свидетельствует о жизнедеятельности определенного микроорганизма или вируса [10]. Химический анализ сыворотки крови с определением 34 элементов методом масс-спектрометрии с индуктивно связанной плазмой проводился на базе лаборато-

рии элементного анализа Всероссийского центра экстренной и радиационной медицины им. А.М. Никифорова МЧС России (Санкт-Петербург). Нормативные значения всех изучаемых показателей предоставлены используемыми лабораториями и отработаны ими в процессе установления методик.

Сбор анализов крови проводился до и после десятидневного курса препарата «Зостерин-ультра 60», который назначался 1 раз в сутки перед сном в дозе 1 порошок на прием.

Математико-статистическая обработка данных проведена с использованием программы Stat Soft Statistica 6.0 и Microsoft Excel 7.0 для Windows XP.

Результаты

У большинства обследованных детей микроэлементный статус был нормальным. Так, содержание таких элементов, как магний, марганец, кобальт, рубидий, стронций, серебро, цезий, ртуть, таллий, молибден, титан, бор, барий, бериллий, калий, германий и олово не превышало нормативных значений у всех обследованных. Частота выявления нормальных значений кадмия была 94,12%, кальция и хрома – по 82,35%, селена и фосфора – по 76,47%, никеля – 70,59%, меди и ванадия – по 64,71%. Реже всего отмечалось нормальное содержание йода (58,8%) и железа (60%); нормальные показатели содержания кремния не выявлены ни у одного больного, все обследованные дети характеризовались его дефицитом. Около трети обследованных имели дефицит йода, фосфора и селена. С частотой около 10% выявлялся дефицит натрия, кальция и меди.

Гораздо чаще у обследованных детей обнаруживалось превышение нормальных показателей содержания микроэлементов в крови. Так, у 40% детей выявлялся повышенный уровень железа и цинка, у трети пациентов – меди, никеля, хрома и ванадия; у 10% – алюминия, кальция, кадмия и йода.

Применение курса «Зостерина-ультра 60» продемонстрировало положительную динамику: произошло уменьшение числа детей с избыточным содержанием микроэлементов в сыворотке крови (рис 1).

Анализ полученных данных показал, что снижение числа больных с повышенным содержанием хрома и железа ($p < 0,01$) было статистически значимо. При этом оказалось, что назначение адсорбента «Зостерин-ультра 60» достоверно не уменьшало число больных с нормальным или сниженным уровнем микроэлементов.

Средние значения содержания металлов в сыворотке крови у всех детей с бронхиальной астмой были в пределах нормы (табл. 1). На фоне применения адсорбентов наблюдалось снижение среднего уровня таких микроэлементов, как кадмий – ($0,001765 \pm 0,000286$) мг/л и ($0,000667 \pm 0,000182$) мг/л, $p < 0,001$, молибден – ($0,0047 \pm 0,000483$) мг/л и ($0,004375 \pm 0,000744$) мг/л, $p < 0,01$, магний, кальций, свинец, калий,

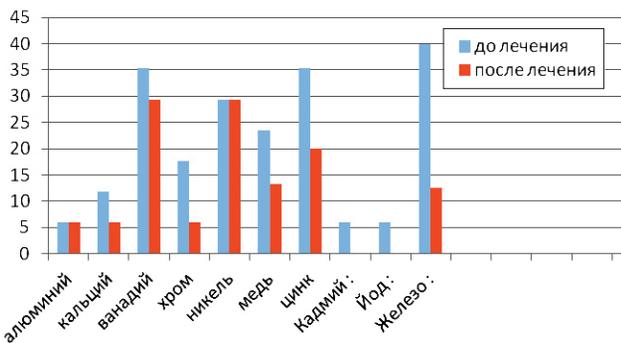


Рис. 1. Число детей, имеющих повышенное содержание металлов в сыворотке крови до и после сорбционной терапии (в процентах).

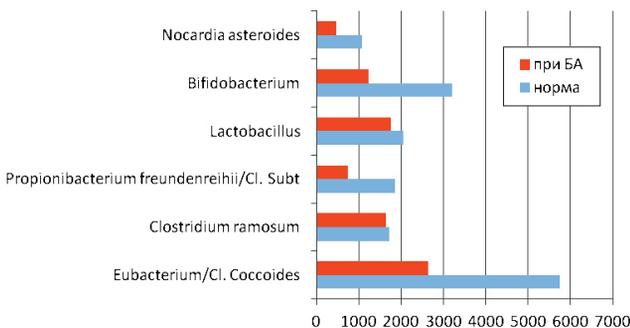


Рис. 2. Состав кишечной микробиоты детей при бронхиальной астме (кл./г × 10⁵)

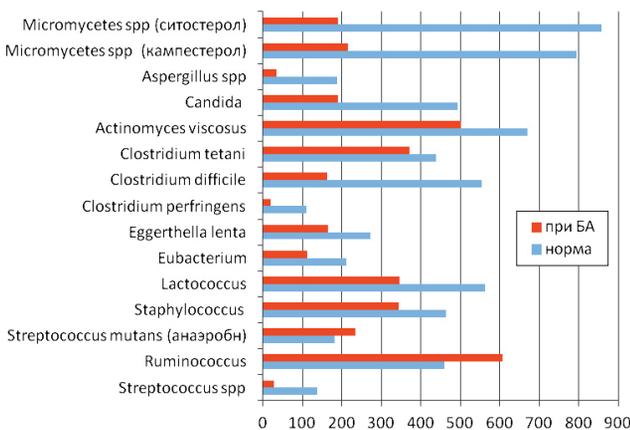


Рис. 3. Состав кишечной микробиоты детей при бронхиальной астме (кл./г × 10⁵)

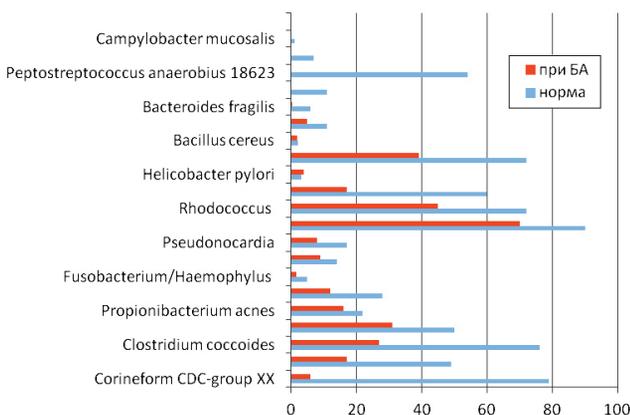


Рис. 4. Состав кишечной микробиоты детей при бронхиальной астме кл./г × 10⁵.

кремний и германий (см. табл. 1) при достоверном увеличении среднего уровня кобальта – (0,000588 ± 0,000095) мг/л и (0,000667 ± 0,000082) мг/л, р < 0,05), натрия и фосфора (табл. 1). При этом измененные средние показатели не выходили за пределы нормативных значений.

Состояние кишечной микробиоты у обследованных детей характеризовалось снижением количества большинства представителей нормобиоты, отсутствием некоторых видов бактерий и избыточным ростом *Ruminococcus spp.* и *Streptococcus mutans* (рис. 2, 3, 4) без повышения уровня маркеров вирусов *Herpes simplex* – (521,63 ± 61,44) ком. ед. при норме до 800 ком. ед.); Эпштейна – Барр – 0 ком. ед. при норме до 260 ком. ед.; цитомегаловируса – (73,61 ± 9,98) ком. ед. при норме до 385 ком. ед.

Пояснение. Для удобства оценки вирусная нагрузка выражена в условных компьютерных единицах (ком. ед.), которые обозначают не количество вирусных тел, а маркерную (химическую) нагрузку.

При этом проведенные исследования показали, что избыточный рост *Ruminococcus spp.* коррелировал с избытком в организме магния; содержание *Staphylococcus spp.* коррелировало с количеством магния и кремния, *Eubacterium spp./C. coccoides* – с содержанием цинка, *Lactobacillus spp.* – с содержанием натрия, хрома и кремния, а *Actinomyces viscosus* – с содержанием кремния. В то же время снижение уровня *Bacteroides fragilis* находилось в отрицательной корреляционной взаимосвязи с содержанием в организме никеля; снижение количества *Clostridium ramosum* – с содержанием натрия, калия, кальция и никеля; снижение количества *Eubacterium* сопровождалось снижением уровня селена и железа при повышении уровня фосфора. Наибольшие корреляционные связи с микробиотой демонстрировал кремний, а наиболее взаимосвязанными с содержанием микроэлементов оказались *Eubacterium spp.*, *Clostridium ramosum* и *Lactobacillus spp.*

Для таких бактерий, как *Streptococcus mutans*, *Eggerthella lenta*, *Bifidobacterium spp.* и *Rhodococcus spp.* никаких корреляционных связей с содержанием микроэлементов не получено. Содержание в крови алюминия, ванадия, меди, кадмия, йода и свинца не имело корреляционных связей с содержанием изученных бактерий кишечной микробиоты.

При изучении взаимосвязи между количеством бактерий кишечной микробиоты и спектром сенсibilизации было установлено, что только количество *Ruminococcus spp.* было взаимосвязано с наличием сенсibilизации к казеину (r = 0,53), сорнякам (r = 0,79) и злакам (r = 0,56), количество *Eubacterium spp./C. coccoides* – с наличием сенсibilизации к сорнякам (r = 0,59), а количество *Eggerthella lenta* – с наличием сенсibilизации к злакам (r = 0,52). При этом количество таких микроорганизмов, как *Streptococcus mutans*, *Staphylococcus spp.*, *Eubacterium spp.*, *Clostridium ramosum*, *Lactobacillus spp.*, *Bifidobacterium spp.*, *Actinomyces viscosus*, *Rhodococcus spp.*, *Bacteroides fragilis* не имело корреляционной зависимости со спектром сенсibilизации.

Проведение сорбционной терапии приводило к значимым изменениям кишечного микробиоценоза (табл. 2).

Установлено, что на фоне применения адсорбентов достоверно возрастает количество таких бактерий, как *Lactobacillus spp.*, *Bifidobacterium spp.*, *Staphylococcus spp.*, *Eggerthella lenta*, *Clostridium ramosum* и *Bacteroides fragilis* и уменьшается количество *Ruminococcus spp.*, *Streptococcus mutans* (анаэробных), *Eubacterium spp.*, *Eubacterium spp./C. coccoides*, *Actinomyces viscosus*, *Rhodococcus spp.* и цитомегаловирусов.

Прием препарата «Зостерин-ультра 60» на фоне комплексного лечения бронхиальной астмы среднетяжелой степени у детей школьного возраста не сопровождался никакими нежелательными реакциями, хорошо переносился детьми.

Таблица 1

Динамика показателей средних значений уровня микроэлементов в крови у детей с бронхиальной астмой на фоне лечения адсорбентом «Зостерин-ультра 60»

Микроэлемент	Ед.	Норма	До лечения	После лечения	p
Натрий	мг/л	1900,00–3500,00	2738,98 ± 268,97	2760,96 ± 234,93	p < 0,001
Магний	мг/л	10,70–42,00	20,41 ± 2,36	20,02 ± 1,95	p < 0,001
Фосфор	мг/л	80,00–150,00	81,92 ± 10,88	84,20 ± 10,63	p < 0,01
Кальций	мг/л	50,00–140,00	93,24 ± 10,70	92,60 ± 13,00	p < 0,05
Свинец	мг/л	(0,00–0,80)	0,04 ± 0,008	0,02 ± 0,003	p < 0,001
Калий	мг/л	100,00–560,00	179,19 ± 16,37	175,71 ± 11,41	p < 0,01
Кремний	мг/л	1,50–6,00	1,24 ± 0,13	1,20 ± 0,16	p < 0,01
Германий	мг/л	0,00–0,10	0,10 ± 0,01	0,09 ± 0,01	p < 0,01

Таблица 2

Динамика показателей микробиоты у детей с бронхиальной астмой на фоне лечения адсорбентами

Микроорганизм	Норма	До лечения	После лечения	p
<i>Ruminococcus spp.</i> , кл./г × 10 ⁵		606,94 ± 45,95	568,90 ± 62,82	p < 0,05
<i>Streptococcus mutans</i> (анаэробн), кл./г × 10 ⁵	182	233,51 ± 48,73	191,74 ± 49,90	p < 0,001
<i>Staphylococcus spp.</i> , кл./г × 10 ⁵	464	343,02 ± 20,29	356,61 ± 26,21	p < 0,01
<i>Eubacterium spp.</i> , кл./г × 10 ⁵	210	112,61 ± 2,75	107,53 ± 12,60	p < 0,001
<i>Eubacterium spp./C. coccoides</i> , кл./г × 10 ⁵	5743	2640,30 ± 216,17	2247,91 ± 337,17	p < 0,05
<i>Eggerthella lenta</i> , кл./г × 10 ⁵	273	164,78 ± 13,76	168,51 ± 10,67	p < 0,05
<i>Clostridium ramosum</i> , кл./г × 10 ⁵	1721	1640,80 ± 53,76	1667,47 ± 56,06	p < 0,05
<i>Lactobacillus spp.</i> , кл./г × 10 ⁵	2043	1758,06 ± 106,23	1810,66 ± 118,25	p < 0,05
<i>Bifidobacterium spp.</i> , кл./г × 10 ⁵	3203	1230,36 ± 115,44	1299,16 ± 97,96	p < 0,01
<i>Actinomyces viscosus</i> , кл./г × 10 ⁵	670	502,32 ± 27,40	467,55 ± 17,92	p < 0,01
<i>Rhodococcus spp.</i> , кл./г × 10 ⁵	72	45,68 ± 4,19	44,50 ± 2,02	p < 0,05
<i>Bacteroides fragilis</i> , кл./г × 10 ⁵	6	0,33 ± 0,04	0,84 ± 0,05	p < 0,05
Цитомегаловирус, ком. ед.	384	73,60 ± 6,59	13,53 ± 1,57	p < 0,0001

Заключение

1. Для детей с бронхиальной астмой средней степени тяжести типично превышение нормальных показателей содержания некоторых микроэлементов в крови (около 40% имели повышенный уровень железа и цинка, треть – меди, хрома и ванадия) и сниженное разнообразие кишечной микробиоты, сниженное содержание микробов кишечника при повышении только *Ruminococcus spp.* и *Streptococcus mutans*.

2. Установлено наличие многочисленных корреляционных взаимосвязей между состоянием микробиоты кишечника и уровнем микроэлементов в крови, а также спектром сенсibilизации у детей школьного возраста, страдающих бронхиальной астмой средней степени тяжести.

3. Препарат «Зостерин-ультра 60» влияет на состояние микрофлоры кишечника. При его использовании достоверно возрастает количество таких бактерий, как *Lactobacillus spp.*, *Bifidobacterium spp.*, *Staphylococcus spp.*, *Eggerthella lenta*, *Clostridium ramosum* и *Bacteroides fragilis* и уменьшается количество *Ruminococcus spp.*, *Streptococcus mutans* (анаэробных), *Eubacterium spp.*, *Eubacterium spp./C. coccoides*, *Actinomyces viscosus*, *Rhodococcus spp.* и цитомегаловирусов. При этом уровень микроэлементов в крови у детей школьного возраста, страдающих бронхиальной астмой среднетяжелой степени и получающих базисную ингаляционную терапию, также изменяется: снижается средний уровень таких микроэлементов, как кадмий, молибден, магний, кальций, свинец, калий, кремний и германий при достоверном увеличении среднего уровня кобальта, натрия и фосфора.

4. Прием препарата «Зостерин-ультра 60» на фоне комплексного лечения бронхиальной астмы среднетяжелой степени у детей школьного возраста не сопровождался никакими побочными эффектами, нормальное или пониженное содержание микроэлементов в крови достоверно не уменьшалось.

5. Уменьшение количества токсичных металлов в крови, отсутствие нежелательных эффектов позволяют использовать адсорбент «Зостерин-ультра 60» в комплексном лечении БА у детей, проживающих в экологически неблагоприятных районах и мегаполисах.

ЛИТЕРАТУРА

1. Pollitt K.J.G., Maikawa C.L., Wheeler A.J., Weichenthal S., Dobbin N.A., Liu L. et al. Trace metal exposure is associated with increased exhaled nitric oxide in asthmatic children. *Environmental Health*. 2016; 15: 94. DOI: 10.1186/s12940-016-0173-5.
2. Панасенкова Е.В., Косенкова Т.В., Легонькова Т.И. Влияние антропогенной нагрузки на течение и формирование бронхиальной астмы у детей. *Профилактическая и клиническая медицина*. 2013; 4 (49): 13–19.
3. Косенкова Т.В., Панасенкова Е.В., Легонькова Т.И. Бронхиальная астма как маркер экологического неблагополучия региона. *Профилактическая и клиническая медицина*. 2012; 2: 82–84.
4. Косенкова Т.В., Новикова В.П., Турганова Е.А., Богдапова Н.М., Бойцова Е.А., Окольниковская Д.А. Аэрополлютанты как маркеры экологически зависимых заболеваний (бронхиальной астмы) у детей. Сборник трудов научно-практической конференции «Традиции и

- инновации петербургской педиатрии» под ред. А.С. Симаходского, В.П. Новиковой, Т.М. Первуниной, И.А. Леоновой. 1–4 апреля 2017 г. СПб.: «Информ Мед»; 2017. С. 173–181.
5. Алексеева О.В. Клиническое значение дисбаланса минералов и микроэлементов при бронхиальной астме у детей. Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. М.; 2003.
 6. Новикова В.П., Косенкова Т.В., Турганова Е.А., Листопадава А.П. Микроэлементный статус подростков, страдающих бронхиальной астмой. Вопросы детской диетологии. 2017; 5 (15): 35–39.
 7. Сміян О.І., Курганська В.О., Січенко П.І. та ін. Взаємозв'язок мікроелементного, імунного гомеостазу та показників стану мікробіоценозу кишечника при бронхіальній астмі у дітей. Журнал клінічних та експериментальних медичних досліджень. 2013; 1 (4): 437–444.
 8. Kang Y.B., Cai Y., Zhang H. Gut microbiota and allergy/asthma: From pathogenesis to new therapeutic strategies. Allergol. Immunopathol. (Madr). 2017; 45 (3): 305–309. DOI: 10.1016/j.aller.2016.08.004.
 9. Туркина М.Я., Печерина Т.В. Зостерин – новый сорбент для эфферентной терапии. Эфферентная терапия. 2007; 13 (4): 39–44.
 10. Бойко Н.Б., Гриневич В.Б., Федосова Н.Ф., Цех О.М., Токарева Е.В., Земскова Е.А. Методика масс-спектрометрии микробных маркеров как способ оценки пристеночной кишечной микробиоты при заболеваниях органов пищеварения. Редакторы: Осипов Г.А., Новикова В.П. Учебное пособие. СПб.: Левша; 2013.

Аннотация

Цель исследования: оценить возможности препарата «Зостерин-ультра» в коррекции изменений микроэлементного статуса и состояние кишечной микробиоты у детей, страдающих бронхиальной астмой.

Материалы и методы. Обследованы 32 ребенка с бронхиальной астмой (БА) средней степени тяжести (возраст детей $(10,12 \pm 3,79)$ года). Пациентам проведено стандартное аллергологическое обследование, а также масс-спектрометрическое исследование крови на содержание микробных маркеров для оценки кишечного микробиома, химический анализ сыворотки крови с определением 34 элементов методом масс-спектрометрии с индуктивно связанной плазмой.

Результаты. Около трети обследованных имели дефицит йода, фосфора и селена. С частотой около 10% выявлялся дефицит натрия, кальция и меди. У 40% детей с БА выявлялся повышенный уровень железа и цинка, у трети пациентов – меди, никеля, хрома и ванадия; у 10% – алюминия, кальция, кадмия и йода. На фоне применения адсорбента «Зостерин-Ультра 60» наблюдалось снижение среднего уровня таких микроэлементов, как кадмий ($p < 0,001$), молибден ($p < 0,01$), магний, кальций, свинец, калий, кремний и германия при достоверном увеличении среднего уровня кобальта ($p < 0,01$), натрия ($p < 0,001$) и фосфора ($p < 0,01$). Состояние кишечной микробиоты у обследованных детей характеризовалось снижением количества большинства представителей нормобиоты, отсутствием неко-

торых видов бактерий и избыточным ростом *Ruminococcus spp.* и *Streptococcus mutans*. Установлено, что на фоне применения адсорбентов достоверно возрастает количество таких бактерий, как *Lactobacillus spp.*, *Bifidobacterium spp.*, *Staphylococcus spp.*, *Eggerthella lenta*, *Clostridium ramosum* и *Bacteroides fragilis* и уменьшается количество *Ruminococcus spp.*, *Streptococcus mutans* (анаэробных).

Заключение. Уменьшение количества токсичных металлов в крови, влияние на состояние микрофлоры кишечника, отсутствие нежелательных эффектов позволяют использовать адсорбент «Зостерин-ультра 60» в комплексном лечении БА у детей, проживающих в экологически неблагоприятных районах и мегаполисах.

Ключевые слова: бронхиальная астма, дети, зостерин-ультра, микробиота.

Сведения об авторах:

Новикова Валерия Павловна, д.м.н., профессор кафедры детских болезней ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр имени В.А. Алмазова» Минздрава России, ул. Аккуратова, д. 2, Санкт-Петербург, 197341, Россия; заведующая лабораторией медико-социальных проблем педиатрии ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» Минздрава России, ул. Литовская, д. 2, Санкт-Петербург, 194000, Россия;

Косенкова Тамара Васильевна, д.м.н., профессор, старший научный сотрудник НИГ «Эпигенетика, метагеномика в перинатологии и педиатрии» ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр имени В.А. Алмазова» Минздрава России, ул. Аккуратова, д. 2, Санкт-Петербург, 197341, Россия;

Листопадава Анастасия Павловна, к.м.н, врач соматического отделения консультативно-диагностического центра СПб ГБУЗ «Детская городская поликлиника № 8» Минздрава России, ул. Чайковского, д. 73, Санкт-Петербург, 191123, Россия;

Турганова Елена Александровна, младший научный сотрудник НИГ «Эпигенетика, метагеномика в перинатологии и педиатрии» ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр имени В.А. Алмазова» Минздрава России, ул. Аккуратова, д. 2, Санкт-Петербург, 197341, Россия;

Демченкова Ольга Алексеевна, врач аллергологического отделения консультативно-диагностического центра СПб ГБУЗ «Детская городская поликлиника № 8» Минздрава России, ул. Чайковского, д. 73, Санкт-Петербург, 191123, Россия; младший научный сотрудник НИГ «Эпигенетика, метагеномика в перинатологии и педиатрии» ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр имени В.А. Алмазова» Минздрава России, ул. Аккуратова, д. 2, Санкт-Петербург, 197341, Россия.

Для контактов:

Новикова Валерия Павловна, e-mail: novikova-vp@mail.ru.

Как цитировать:

Новикова В.П., Косенкова Т.В., Листопадава А.П., Турганова Е.А., Демченкова О.А. Возможности коррекции микробиологического статуса у детей с бронхиальной астмой. Гастроэнтерология Санкт-Петербурга. 2017; (4):3-7.

Сведения о конфликте интересов:

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Received 15.04.2017

Possibilities of correction of microecological status in children with bronchial asthma

V.P. Novikova^{1,3}, T.V. Kosenkova¹, A.P. Listopadova², E.A. Turganova¹, O.A. Demchenkova^{1,2}¹Almazov National Medical Research Center; ²Children's polyclinic № 8; ³Saint Petersburg State Pediatric Medical University, St. Petersburg, Russia

Abstract

Aim: to assess the potential of Zosterin-ultra in correcting changes, microelement status and the state of intestinal microbiota in children suffering from bronchial asthma.

Materials and methods. A total of 32 children with moderate bronchial asthma (BA) of moderate severity (age (10,12 ± 3,79) years) were examined. Patients underwent standard allergological examination, as well as blood tests for mass spectrometry of microbial markers for the evaluation of intestinal microbioma, chemical analysis of blood serum with the determination of 34 elements by mass spectrometry with inductively coupled plasma.

Results. About a third of those surveyed had deficiency of iodine, phosphorus and selenium. With a frequency of about 10%, there was a deficiency of sodium, calcium and copper. In 40% of children with asthma, elevated levels of iron and zinc were detected, in a third of patients – copper, nickel, chromium and vanadium; in 10% – aluminum, calcium, cadmium and iodine. Against the background of the application of the adsorbent “Zosterin-Ultra-60”, the average level of such trace elements as cadmium ($p < 0.001$), molybdenum ($p < 0.01$), magnesium, calcium, lead, potassium, silicon and germanium decreased with a significant increase in the mean ($p < 0.01$), and sodium ($p < 0.001$) and phosphorus ($p < 0.01$). The state of the intestinal microbiota in the examined children was characterized by a decrease in the number of most representatives of normobiota, the absence of certain species of bacteria and the excessive growth of *Ruminococcus spp.* and *Streptococcus mutans*. It has been established that the use of adsorbents significantly increases the number of bacteria such as *Lactobacillus spp.*, *Bifidobacterium spp.*, *Staphylococcus spp.*, *Eggerthella lenta*, *Clostridium ramosum* and *Bacteroides fragilis* and decreases *Ruminococcus spp.*, *Streptococcus mutans* (anaerobic).

Conclusion. A decrease in the number of toxic metals in the blood, an effect on the state of the intestinal microflora, and the absence of undesirable effects make it possible to use the Zosterin-ultra-60 adsorbent in the complex treatment of asthma in children living in ecologically unfavorable regions and megacities.

Keywords: bronchial asthma, children, Zosterin-ultra, microbiota.

REFERENCES

1. Pollitt K.J.G., Maikawa C.L., Wheeler A.J., Weichenthal S., Dobbin N.A., Liu L. et al. Trace metal exposure is associated with increased exhaled nitric oxide in asthmatic children. *Environmental Health*. 2016; 15: 94. DOI: 10.1186/s12940-016-0173-5.
2. Panasenkova E.V., Kosenkova T.V., Legon'kova T.I. Influence of anthropogenic load on the course and formation of bronchial asthma in children. *Profilakticheskaya i klinicheskaya medicina*. 2013; 4 (49): 13–19. Russian.
3. Kosenkova T.V., Panasenkova E.V., Legon'kova T.I. Bronchial asthma as a marker of the ecological disadvantage of the region. *Profilakticheskaya i klinicheskaya medicina*. 2012; 2: 82–84. Russian.
4. Kosenkova T.V., Novikova V.P., Turganova E.A., Bogdanova N.M., Boj-cova E.A., Okol'nishnikova D.A. Air pollutants as markers of ecolog-

ically dependent diseases (bronchial asthma) in children. Collection of works of the scientific and practical conference “Traditions and innovations of St. Petersburg pediatrics” edited by A.S. Simahodskiy, V.P. Novikova, T.M. Pervunina, I.A. Leonova. SPb.: «Inform Med». 2017; 173–181. Russian.

5. Alekseeva O.V. Clinical significance of imbalance of minerals and trace elements in children with bronchial asthma. Author's abstract. diss. PhD. Moscow; 2003. Russian.
6. Novikova V.P., Kosenkova T.V., Turganova E.A., Listopadova A.P. Microelement status of adolescents suffering from bronchial asthma. *Voprosy detskoj dietologii*. 2017; 5 (15): 35–39. Russian.
7. Smyan O.I., Kurganska V.O., Sichnenko P.I. et al. Interconnection of micronutrient, immune homeostasis and intestinal microbiocenosis state at bronchial asthma in children. *Zhurnal klinichnykh ta eksperymental'nykh medychnykh doslidzhen'*. 2013; 1 (4): 437–444. Ukrainian.
8. Kang Y.B., Cai Y., Zhang H. Gut microbiota and allergy/asthma: From pathogenesis to new therapeutic strategies. *Allergol. Immunopathol. (Madr)*. 2017; 45 (3): 305–309. DOI: 10.1016/j.aller.2016.08.004.
9. Turkina M.Ja., Pecherina T.V. Zosterin – a new sorbent for efferent therapy. *Efferentnaya terapiya*. 2007; 13(4):39–44. Russian.
10. Boyko N.B., Grinevich V.B., Fedosova N.F., Tsekh O.M., Tokareva E.V., Zemskova E.A. The technique of mass spectrometry of microbial markers as a method for assessing the parietal intestinal microbiota in diseases of the digestive system. Editors: Osipov G.A., Novikova V.P. *Uchebnoe posobie*. Sankt-Peterburg: Izd-vo Levsha; 2013. Russian.

Authors:

Novikova Valeriya P., DSc, Professor of the Department of Children's Diseases in Almazov National Medical Research Center, 2 Akkuratova street, St. Petersburg, 197341, Russia; Head of the Laboratory of Medical and Social Problems of Pediatrics of St. Petersburg State Pediatric Medical University 2 Litovskaya street, St. Petersburg, 194000, Russia; **Kosenkova Tamara V.**, DSc, Professor, Senior Researcher of the Epigenetics and Metagenomics in Perinatology and Pediatrics in Almazov National Medical Research Center, 2 Akkuratova street, St. Petersburg, 197341, Russia;

Listopadova Anastasia P., PhD, Physician of the Somatic Department of the Consultative and Diagnostic Center of St. Petersburg Children's Clinical Hospital “Children's Polyclinic No. 8”, 73 Tchaikovsky street, St. Petersburg, 191123, Russia.

Turganova Elena A., Junior Researcher of the Epigenetics and Metagenomics in Perinatology and Pediatrics in Almazov National Medical Research Center, 2 Akkuratova street, St. Petersburg, 197341, Russia;

Demchenkova Olga A., doctor of the Allergological Department of the Consultative and Diagnostic Center of St. Petersburg Children's Clinical Hospital “Children's Polyclinic No. 8”, 73 Tchaikovsky street, St. Petersburg, 191123, Russia; Junior Researcher of the Epigenetics and Metagenomics in Perinatology and Pediatrics in Almazov National Medical Research Center, 2 Akkuratova street, St. Petersburg, 197341, Russia.

Corresponding author:

Novikova Valeriya P., e-mail: novikova-vp@mail.ru

Suggested citation for this article:

Novikova V.P., Kosenkova T.V., Listopadova A.P., Turganova E.A., Demchenkova O.A. Possibilities of correction of microecological status in children with bronchial asthma. *Gastroenterologija Sankt-Peterburga*. 2017; (4):3-7.

Conflicts of Interest:

The authors declare no conflict of interest.

УДК 616.36-003.826

Получена 30.04.2017

Клинические и социодемографические особенности пациентов с заболеваниями печени и желчевыводящих путей

Е.С. Бодрягина, Д.Д. Мухаметова

Казанский ГМУ, Республика Татарстан, Россия

Введение

На сегодняшний день неалкогольная жировая болезнь печени (НАЖБП) привлекает внимание широкого круга специалистов как в нашей стране, так и за рубежом. НАЖБП имеет две стадии развития: 1) жировой гепатоз или стеатоз – жировое перерождение печени; 2) неалкогольный стеатогепатит (НАСГ) – характеризуется появлением признаков воспаления на фоне жирового перерождения печени – вторая стадия заболевания, после которой в ряде случаев следует цирроз печени. Жировой гепатоз ассоциируется с патологическим внутри- и/или внеклеточным отложением жировых капель. Морфологическим критерием жирового гепатоза является содержание триглицеридов в печени свыше 10% сухой массы [1].

По последним данным распространенность НАЖБП в Западной Европе составляет 20%–30%, в странах Азии – 15%. В России согласно открытому многоцентровому рандомизированному проспективному исследованию – наблюдение DIREG_L_01903, проведенному в 2007 г., НАЖБП была выявлена у 26,1% пациентов, среди них цирроз печени обнаружен у 3% больных, стеатоз – у 79,9%, стеатогепатит – у 17,1%. Выявлено увеличение частоты заболевания с увеличением возраста пациентов – в возрастной группе до 48 лет НАЖБП отмечалась у 15,0%, от 48 лет – у 37,4% [2].

Особый интерес привлекают гендерные различия при развитии НАЖБП. Ранее в европейских исследованиях была установлена более высокая распространенность НАЖБП у женщин в возрасте 40–50 лет [3]. По данным экспертов ВОЗ, каждая пятая женщина и каждый десятый мужчина в Европе страдают патологией печени и желчевыводящих путей [4]. Согласно последним данным, напротив, мужской пол является фактором риска НАЖБП – в США его частота у мужчин всех возрастов почти в 2 раза выше. Тем не менее, доказано, что после наступления менопаузы распространенность НАЖБП у женщин не только увеличивается сама по себе, но и приводит к более высокому риску сердечно-сосудистых заболеваний, чем у мужчин соответствующего возраста [3].

Патофизиология гендерных различий заболеваний печени до конца не изучена. Определены влияние половых гормонов на окислительные процессы и метаболизм, различная транскрипция генов у женщин и мужчин в ответ на повреждение, а также половые различия в иммунной регуляции. Основным объяснением более высокой распространенности НАЖБП среди женщин старше 50 лет является то, что эндогенные эстрогены играют защитную роль при НАЖБП опосредованно через влияние на висцеральное ожирение и развитие метаболического синдрома.

Изучается влияние женского пола также на частоту и выраженность развития осложнений НАЖБП. У женщин чаще встречаются тяжелые фиброзы печени на фоне НАЖБП, чем у мужчин [5]. Также была выявлена высокая вероятность развития сопутствующего лекарственного поражения печени среди пациенток в возрастной группе старше 50 лет [6].

Диагностика и терапия заболеваний гепатобилиарной системы должна проводиться с учетом гендерных особенностей пациентов, что требует дальнейшего изучения.

Цель исследования

Целью настоящей работы являлось выявление клинических и социодемографических характеристик пациентов с заболеваниями печени и желчевыводящих путей в зависимости от нозологии, а также определение гендерных различий распространенности встречаемых нами заболеваний печени.

Материалы и методы

Нами были обследованы 140 пациентов с заболеваниями гепатобилиарной системы, обратившихся за амбулаторной помощью к врачам-гастроэнтерологам. Всем пациентам проводилось полное клиническое обследование, включавшее в себя лабораторную и инструментальную диагностику. Для интерпретации результатов исследования использовались методы статистической обработки с помощью программы Statistica (StatSoft, Россия).

Результаты

Среди 140 пациентов с заболеваниями печени и желчевыводящих путей 123 (87,9%) пациента имели жировую дистрофию печени – стеатоз, 11 (7,9%) – желчнокаменную болезнь (ЖКБ) без стеатоза, 6 (4,2%) – синдром Жильбера. Из 123 пациентов со стеатозом печени НАЖБП имели 109 (88,6%) больных, алкогольную болезнь печени (АБП) – 6 (4,9%), неалкогольный стеатогепатит (НАСГ) – 8 (6,5%) (рис. 1).

Из проанализированных нами социодемографических характеристик обращали на себя внимание половые и возрастные различия в группах пациентов.

По полу пациенты с НАЖБП распределились следующим образом: женщин было 74 (67,9%), мужчин 35 (32,1%). Выявлено преобладание женского пола среди пациентов со стеатозом печени. Пациенты с НАСГ распределились по полу равномерно – 4 и 4 пациента соответственно. Все пациенты с алкогольной болезнью печени были мужского пола. Среди 11 пациентов с желчнокаменной болезнью женщин было 8 (72,7%), мужчин – 3 (27,3%). Пациенты с синдромом Жильбера распределились также неравномерно: 5 (83,3%) были женщины, 1 (16,7%) – мужчина (рис. 2).

Таким образом, полученные нами данные свидетельствуют о более высокой распространенности заболеваний печени среди женщин, за исключением алкогольного поражения печени, выявленного у мужчин.

При анализе возрастных характеристик пациентов были получены следующие данные. Средний возраст всех обследованных нами пациентов составил $(51,2 \pm 1,7)$ года, при этом средний возраст женщин – $(54,9 \pm 3,5)$ года, мужчин – $(46,6 \pm 3,8)$ года. Соответственно у пациентов мужского пола наблюдается более раннее развитие заболеваний печени, чем у женщин.



Рис. 1. Распределение пациентов с заболеваниями печени по нозологиям.

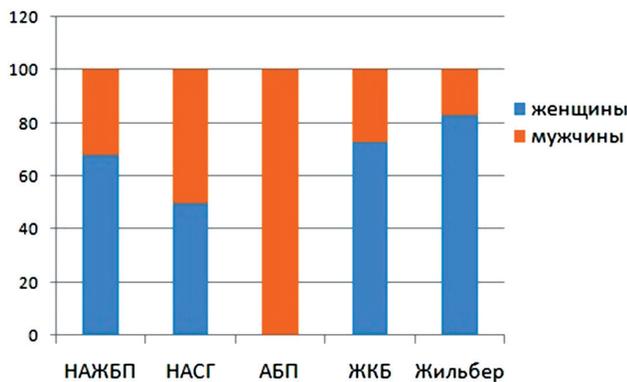


Рис. 2. Распределение по полу пациентов с заболеваниями печени (%).

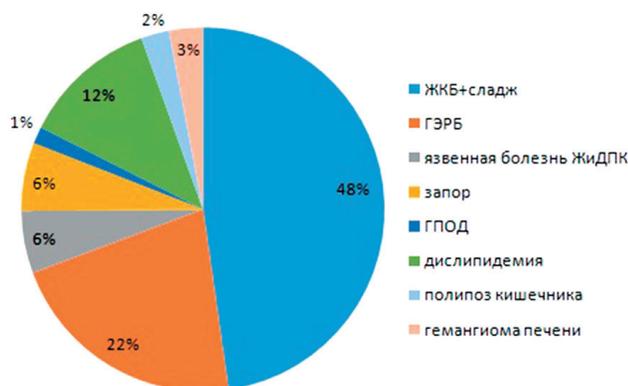


Рис. 3. Сопутствующие состояния пациентов с заболеваниями гепатобилиарной области.

С учетом полученных данных показалось интересным проанализировать возрастные различия заболеваний печени в зависимости от нозологии и пола.

Средний возраст пациентов с НАЖБП составил (50,9 ± 2,3) года, при этом средний возраст женщин (53,8 ± 1,6) года, мужчин – (47,1 ± 2,6) года. Средний возраст пациентов-мужчин с алкогольной болезнью печени составил (45,7 ± 1,5) года. У пациентов с ЖКБ средний возраст был (49,3 ± 1,4) года, при этом средний возраст женщин (52,3 ± 1,7) года, мужчин – (46,8 ± 1,3) года. Средний возраст пациентов с синдромом Жильбера составил (36,2 ± 2,2) года, при этом средний возраст женщин (33,4 ± 1,6) года, возраст единственного мужчины – 38 лет.

Таким образом, пациенты мужского пола с неалкогольным поражением печени и желчнокаменной болезнью имеют более

ранний возраст развития заболеваний гепатобилиарной области по сравнению с пациентами женского пола.

Учитывая высокую частоту сочетания стеатоза печени и метаболического синдрома, мы проанализировали индекс массы тела (ИМТ) пациентов с жировым гепатозом. При этом оказалось, что подавляющее число пациентов – 97 (78,9%) – имели избыток массы тела либо ожирение. Средний ИМТ у пациентов со стеатозом составил (28,60 ± 0,54) кг/м², при этом с дефицитом массы тела (ИМТ < 18) был всего один пациент (0,8%), с нормальным ИМТ (18,00–24,99) – 25 (20,3%), с избыточной массой тела (25,00–29,99) – 53 (43,1%), ожирением 1-й степени (30,00–34,99) – 31 (25,2%), ожирением 2-й степени (35,00–39,99) – 7 (5,7%), ожирением 3-й степени (ИМТ > 40) – 6 (4,9%).

Пациенты с заболеваниями печени и желчевыводящих путей имели различные сопутствующие гастроэнтерологические заболевания, среди которых наиболее часто встречались желчнокаменная болезнь (включая сладж желчного пузыря), гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь, дислипидемия (рис. 3).

Основная терапия проводилась с использованием препаратов урсодеооксиголевой кислоты в 62 (44,3%) случаях, спазмолитиков – в 70 (50,0%), адеметионина – в 8 (5,7%). Также всем пациентам была назначена немедикаментозная терапия жирового гепатоза – коррекция веса и дислипидемии с использованием диетических рекомендаций, изменения образа жизни.

Заключение

Стеатоз печени является наиболее распространенным заболеванием среди пациентов с патологией гепатобилиарной системы – 87,9%. Было выявлено преобладание заболеваний гепатобилиарной области у женщин, за исключением алкогольного гепатита. Пациенты мужского пола имеют более ранний возраст развития заболеваний печени и желчевыводящих путей (47,1 года) по сравнению с пациентами женского пола (53,8 года), что, вероятно, можно объяснить наличием у женщин эстрогеновой защиты до наступления менопаузы. 78,9% пациентов имели избыток массы тела либо ожирение, 48% – желчнокаменную болезнь/сладж желчного пузыря, 12% – дислипидемию, что говорит о высокой вероятности развития у них метаболического синдрома и различных осложнений. Высокую эффективность в терапии жировой дистрофии печени имеют немедикаментозные методы лечения, а также применение урсодеооксиголевой кислоты и адекватной спазмолитической терапии.

ЛИТЕРАТУРА

1. Драткина О.М., Гацолова Д.С., Ивашкин В.Т. Неалкогольная жировая болезнь печени у больных с метаболическим синдромом. Клиницист. 2007; 6: 46–50.
2. Балухова Е.В., Успенский Ю.П. Неалкогольная жировая болезнь печени и метаболический синдром. Поликлиника. 2014; 2: 45–48.
3. Вовк Е.И. Неалкогольная жировая болезнь печени: от научных достижений к клиническим алгоритмам. Медицинский совет. 2013; 10: 46–51.
4. Тотчий Е.А., Опрышко В.В., Филиппов А.В., Савин А.А. Сонографические и гендерные особенности заболевания гепатобилиарной системы по данным ультразвуковых исследований. Научный форум: Медицина, биология и химия: сб. ст. по материалам II междунар. науч.-практ. конф. № 2 (2). М.: Изд. «МЦНО»; 2016. С. 43–49.
5. Durazzo M., Belci P., Collo A et al. Gender specific medicine in liver diseases: a point of view. World J. Gastroenterol. 2014; 20 (9): 2127–2135. DOI:10.3748/wjg.v20.i9.2127.
6. Suzuki A., Bamhart H., Guet J. et al. Associations of gender and a proxy of female menopausal status with histological features of drug-induced liver injury. Liver Int. 2017; 37 (11): 1723–1730. DOI: 10.1111/liv.13380.

Аннотация

Цель исследования: выявление клинических и социодемографических характеристик пациентов с заболеваниями печени и желчевыводящих путей в зависимости от нозологии.

Материалы и методы: 140 пациентов с заболеваниями гепатобилиарной системы, обратившихся за амбулаторной помощью к врачам-гастроэнтерологам; всем пациентам проводилось полное клиническое обследование.

Результаты. Среди 140 пациентов с заболеваниями печени и желчевыводящих путей 123 (87,9%) пациента имели жировую дистрофию печени – стеатоз, 11 (7,9%) пациентов – желчнокаменную болезнь (ЖКБ) без стеатоза, 6 (4,2%) пациентов – синдром Жильбера. Распределение по полу пациентов с НАЖБП: женщин 74 (67,9%), мужчин 35 (32,1%). Средний возраст всех обследованных нами пациентов составил ($51,2 \pm 1,7$) года, при этом средний возраст женщин ($54,9 \pm 3,5$) года, мужчин – ($46,6 \pm 3,8$) года. 97 (78,9%) пациентов имели избыток массы тела либо ожирение. Наиболее частыми сопутствующими заболеваниями были ЖКБ (включая сладж) – 48%, ГЭРБ – 22%, дислипидемия – 12%. Основная терапия проводилась с использованием препаратов урсodeоксихолевой кислоты, спазмолитиков, адеметионина.

Заключение. 87,9% пациентов с заболеваниями гепатобилиарной системы имели стеатоз печени. Выявлены преобладание НАЖБП у женщин, развитие стеатоза печени у больных женского пола в более позднем возрасте по сравнению с

больными-мужчинами, высокая распространенность избытка массы тела и ожирения, наличие большого количества сопутствующих заболеваний. Основным лечением пациентов со стеатозом печени были препараты урсodeоксихолевой кислоты.

Ключевые слова: заболевания печени, стеатоз, неалкогольная жировая болезнь печени, стеатогепатит, гендерные различия.

Сведения об авторах:

Бодрягина Евгения Сергеевна, к.м.н., ассистент кафедры госпитальной терапии Федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Казанский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации; ул. Бутлерова, д. 49, г. Казань, 420012, Республика Татарстан, Россия;

Мухаметова Диляра Дамировна, к.м.н., ассистент кафедры госпитальной терапии Федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Казанский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации; ул. Бутлерова, д. 49, г. Казань, 420012, Республика Татарстан, Россия.

Для контактов:

Бодрягина Евгения Сергеевна, e-mail: snezenka@rambler.ru.

Как цитировать:

Бодрягина Е.С., Мухаметова Д.Д. Клинические и социодемографические особенности пациентов с заболеваниями печени и желчевыводящих путей. Гастроэнтерология Санкт-Петербурга. 2017; (4):8-11.

Конфликте интересов:

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Received 30.04.2017

Clinical and socio-demographic characteristics of patients with liver and bile tract disease

E.S. Bodrjagina, D.D. Muhametova

Kazan State Medical University, Kazan, Republic of Tatarstan, Russia

Abstract

The aim of our study was to identify the clinical and socio-demographic characteristics of patients with liver and bile tract disease.

Materials and methods. 140 patients with hepatobiliary diseases were examined at outpatient of gastroenterologists. All patients had full clinical examination.

Results. Among 140 patients with liver and biliary tract diseases, 123 (87.9%) patients had fatty liver disease – steatosis, 11 (7.9%) patients had cholelithiasis without steatosis, 6 (4.2%) patients – Gilbert's syndrome. The distribution by gender of patients with NAFLD: female was 74 (67.9%), male – 35 (32.1%). The mean age of all patients was (51.2 ± 1.7) years, for women (54.9 ± 3.5) years, for men (46.6 ± 3.8) years. 97 (78.9%) patients had an excess of body weight or obesity. The most frequent concomitant diseases were cholelithiasis (including steatosis) – 48%, GERD – 22%, dyslipidemia – 12%. The main therapy was performed with the use ursodeoxycholic acid, antispasmodics, ademethionine.

Conclusion. 87.9% of patients with hepatobiliary diseases had steatosis. The basic clinical characteristics were wider occurrence of NAFLD in women, the development of hepatic steatosis in female patients at a later age than men, the high prevalence of excess body weight and obesity, the presence of a large number of concomitant diseases. The main treatment of patients with steatosis were ursodeoxycholic acid.

Keywords: Liver diseases, steatosis, non-alcoholic fatty liver disease, steatohepatitis, gender differences.

REFERENCES

1. *Drapkina O.M., Gacolaeva D.S., Ivashkin V.T.* Non-alcoholic fatty liver disease in patients with metabolic syndrome. *Klinicist.* 2007; 6: 46–50. Russian.

2. *Balukova E.V., Uspenskij Ju.P.* Non-alcoholic fatty liver disease and metabolic syndrome. *Poliklinika.* 2014; 2: 45–48. Russian.
3. *Vovk E.I.* Non-alcoholic fatty liver disease: from scientific achievements to clinical algorithms. *Medicinskij sovet.* 2013; 10: 46–51. Russian.
4. *Topchij E.A., Opryshko V.V., Filippov A.V., Savin A.A.* Sonographic and gender characteristics of hepatobiliary system diseases according to ultrasound data. Scientific forum: Medicine, biology and chemistry: sb. Art. on the materials of II Intern. scientific-practical. conf. № 2 (2). M.: Izd. «MCNO», 2016; 43–49. Russian.
5. *Durazzo M., Belci P., Collo A. et al.* Gender specific medicine in liver diseases: a point of view. *World J. Gastroenterol.* 2014; 20 (9): 2127–2135. DOI: 10.3748/wjg.v20.i9.2127.
6. *Suzuki A., Bamhart H., Guet J. et al.* Associations of gender and a proxy of female menopausal status with histological features of drug-induced liver injury. *Liver Int.* 2017; 37 (11): 1723–1730. DOI: 10.1111/liv.13380.

Authors:

Bodrjagina Evgenija S., PhD., assistant of the Department of Hospital Therapy of Federal State Budget Educational Institution of Higher Education “Kazan State Medical University” of the Ministry of Health of the Russian Federation, 49 Butlerova street, Kazan, 420012, Republic of Tatarstan, Russia;

Muhametova Diljara D., PhD., assistant of the Department of Hospital Therapy of Federal State Budget Educational Institution of Higher Education “Kazan State Medical University” of the Ministry of Health of the Russian Federation, 49 Butlerova street, Kazan, 420012, Republic of Tatarstan, Russia.

Corresponding author:

Bodrjagina Evgenija S., e-mail: snezenka@rambler.ru

Suggested citation for this article:

Bodrjagina E.S., Muhametova D.D. Clinical and socio-demographic characteristics of patients with liver and bile tract disease. *Gastroenterologija Sankt-Peterburga.* 2017; (4):8–11.

Conflicts of Interest:

The authors declare no conflict of interest.

UDC Code 616.348-007.61-07-089

Diagnosis and surgical treatment Hirschsprung's disease in adults

M.M. Mirzakhmedov., S.N. Navruzov

Tashkent Medical Academy, Tashkent, Uzbekistan

Abstract

Data for 82 patients with Hirschsprung's disease collected retrospectively at the Republican Scientific Centre of Coloproctology between 1993 and 2016 years.

Of the 82 patients 58 (70.7%) were men, 24 (29.3%) were women. 21 (25.6%) were at age between 15 and 19 years, 32 (39%) were at age between 20 and 24 years, 16 (19.5%) were at age between 25 and 29 years, 5 (5.9%) were between 15 and 48 years.

Diagnosis and surgical treatment of Hirschsprung's disease in adults requires a comprehensive assessment of clinical symptoms, radiologic investigations, functional evaluation rectal sphincter apparatus and morphological study. The best option of surgery for Hirschsprung's disease in adults is abdominal-anal resection of the rectum with bringing down the proximal colon to the anal canal, in terms of removal of hypo- or aganglionar area. Our proposed method of surgical treatment reduces the number of postoperative complications, contributes to early recovery of motor-evacuation function of the colon and the normalization of self-defecation.

Keywords: aganglios, gipoganglios, megacolon, megarectum.

Introduction

Despite the progress made to date advances in the treatment of Hirschsprung's disease in adults, the problem is still far from being solved, as evidenced by very comforting percentage of the so-called secondary pathology, and most importantly - continuing treatment in specialized hospitals of patients undergoing primary corrective surgery. The reasons for such referral are persistent functional abnormalities that contribute to disability. Due to such complications, efforts aimed at improving the treatment outcome of adult Hirschsprung's disease are highly relevant. Many authors indicate that Hirschsprung's disease is more common than diagnosed now. There are certain prerequisites for a slow, sometimes latent flow of Hirschsprung's disease in adults. There are: the existence of variants of congenital morphological changes, such as the short area aganglionic, hypoganglionic form in the absence of marked degenerative processes in muscle tissue distal colon.

It is required thorough evaluation of operative complications, the improvement of a differentiated approach to the selection and determination of optimal methods for their correction, which was the aim of our work.

Various methods of surgical procedures and their modifications were proposed. There are various types of operations for children's Hirschsprung's disease: Swenson, Soave, Duhamel. Due to changes in the colon and pelvic anatomy using these classical methods of pediatric surgery in adults is difficult. Currently, most attention in these publications is given to the results of surgical treatment of anomalies, and data regarding the clinic, diagnosis and surgical treatment for Hirschsprung's disease in adult is presented only with factual data without analysis because of the paucity of clinical observations.

The aim of our work was to study and analyze the causes of unsuccessful outcomes of surgical interventions and improvement

of a differentiated approach to the selection and definition of best practices in surgery for Hirschsprung's disease in adults.

Material and methods

Data for 82 patients with Hirschsprung's disease collected retrospectively at the Republican Scientific Centre of Coloproctology between 1993 and 2014 y.

In 14 patients different types of surgical treatment of Hirschsprung's disease (Swenson, Isakov, Soave) were performed in childhood. Functional investigation of rectal sphincters (sphincterometry, electromyography), rectoscopy, colon X-ray examination, endoscopy, ultrasound of the abdomen and pelvis were performed preoperatively in all patients. Transanal biopsy of the muscle layer of the rectum by Swenson was performed as well. The differential diagnosis of Hirschsprung's disease in adults requires an individual approach, a comprehensive assessment of clinical symptoms, X-ray data, results of functional investigation of colon and rectal sphincters and morphological study. Radiographic methods allow evaluating and determining the severity of megacolon, revealing a characteristic pattern of restriction and supragenetic dilatation. Particularly diagnosis of hypo- or aganglion zone is difficult. It is not necessarily the presence of classical paintings in a narrower (hypo- or aganglion) zone. Internal anal sphincter relaxation due to feces is considered as normal physiology.

Results and discussion

Supranal type of Hirschsprung's disease is diagnosed in 72 patients, rectal type in 10 patients. Sigmoid colon dilatation was observed in 40 patients. In 17 patients dilatation of left colon was observed. In 15 patients dilatation reached the hepatic flexure, and in 6 patients dilatation of whole colon was observed. In 14 patients cone-shaped dilatation of the rectum was observed immediately after the anal canal.

The biopsies on Swenson take from 50 (61.0%) beside 31 (57.4%) sick in checking group. Aganglionic is diagnosed beside 2 (6.4%) examined, hypoganglionic – beside 29 (93.6%). As a result of biopsies, which is organized beside 19 (67.8%) sick from the main group, aganglionic is diagnosed beside – 1 (5.3%), hypoganglionic – in adults 18 (94.7%).

The basic complaints of patients at entering were persistent constipations – 70 (87.5%) patients, including absence of an independent chair was observed – at 55 (68.5%) and at 54 (67.5%) patients became perceptible the periodic abdominal pains accruing in process of absence of a chair. The abdominal distention was observed at all 82 (100%) patients. and at 20 (25%) from them the flatulence was to constants. The nausea and vomiting were observed at (30%), delicacy, depression of working capacity at 52 (65%), a fervescence at 10 (12.5%), paradoxical diarrheas at 6 (7.5%) patients.

The choice of surgery. In a radical surgical treatment of Hirschsprung's disease operations such as Swenson, Duhamel, Soave, Rebeyna are used. Any of these types of operation cannot

guarantee a smooth postoperative course and recovery. Since the hypo- or aganglion area is located more frequently in the rectum, the removal of hypo- or maybe aganglion area could be performed by various methods, such as the anterior resection of the rectum or peritoneal-anal resection of the rectum with bringing down the proximal colon. However, experience has shown that after anterior resection remains a long hypo- or aganglion area, which can later cause relapse. So, for the most commonly used in surgical treatment of Hirschsprung's disease the Duhamel operation characterized with specific complications such as excess stump of the rectum and the excess of colorectal septum, resulting in a delay of defecation. For a comparative analysis of the effectiveness of surgical treatment the patients with Hirschsprung's disease are divided into 2 groups.

Group 1 (main): patients with peritoneal-anal resection of the rectum with bringing down the proximal parts of the colon into the anal canal (28 patients).

Group 2 (control): patients with modified Duhamel operation (54 patients).

In 2 patients with modified Duhamel operation observed infection of presecral area. After peritoneal-anal resection of the rectum with bringing down the proximal colon in the anal canal in all cases were marked by good results.

Performing surgery for Hirschsprung's disease in adults is always very difficult, so diagnosis and preoperative preparation of patients, prevention of infectious complications play an important role in the rehabilitation of these patients.

Thus, the problem of Hirschsprung's disease in adults is relevant and its solution can be ensured by the elaboration of an adequate treatment strategy, including through the use of modern surgical methods. Our proposed form of surgical treatment to reduce the number of postoperative complications, contributes to the normalization of the motor-evacuative function of the colon and the resumption of self-defecation.

One-step surgical treatment was carried out in 70 (85,3%) adult patients with Hirschsprung's disease: 26 (37,2%) from them underwent PAR of the rectum with pull-through of the proximal parts of the large intestine into anal canal with application of coloanal anastomosis (group 1, studied): 44 (62,8%) – operation of Duhamel in modification (group 2, control).

Proximal border of the resection of the colon was determined by approaching intestinal diameter to the normal sizes, good definition of shadows. In the early postoperative period the complication have arisen in 18 (22%) operated patients. One patient died (1,2%). The late postoperative complication after PAR of the rectum observed in 8 (9,8%) patients: in 2 (25%) of them was partial stricture of the pull-through intestine. After operation of Duhamel in modification complications as strictures of colorectal anastomosis were developed in 6 (75%) patients.

The long-term functional results of treatment after peritoneal-anal resection of the rectum with pull-through of functional proximal parts of the large intestine in the anal canal were observed in

26 (31,7%) patients. The good and satisfactory results were obtained in 85 and 7,1%, of cases, respectively.

At the inefficiency of preoperative preparation, progressive decompensation of the large intestine with signs of intestinal obstruction, expanded dilatation of the large intestine, presence of fecal stones in the rectum and colon, unsatisfactory preparation to operation on the large intestine at worsening of the general health state induced by chronic intoxication and disturbance of metabolism, the surgical treatment were carried out in two-steps.

Multi-staged surgical treatment were performed in 12 (14,6%) patients (2 from studied and 10 from control group).

Study of the long-term functional results in the patients of the both group was performed by questionnaire, sphincterotomy and anorectal manometry in 3, 6 and 12 months after operation.

In the studied group after operation part of the rectum in 12 months the number of patients with unsatisfactory results reduced from 7,7% to 4,5%. At the same time the quantity of good (69%) and satisfactory (23,1%) results increased from 23,1% to 85%.

The study of functional result was performed by two methods: by scale of incontinence Wexner (1993) and with help of original questionnaire for study of functional results. Totally there were examined and interviewed 26 patients from studied and 35 – from control groups. The results of interview with use of scale of incontinence Wexner (1993) showed that average value in the studied group was 4,1(1–13) and in the control – 6,3 (1–12). Unsatisfactory result, that is, more than 4 points, was registered in 2 (7,7%) patients having operation PAR of the rectum. After methods of Duhamel in modification the unsatisfactory results were more – in 9 patients (25,7%).

Conclusion

1. Performance of peritoneal-anal resection of the rectum with voiding functioning proximal parts of the large intestine division in anal channel simplifies the technology to operations in contrast with method Duhamel and avoids the area hypo- or aganglionosis.

2. The Remote functional results of the treatment (through 12–24 months) turned out to be greatly better in the main group in contrast with operation Duhamel: observations incontinence on scale Wexner was in 3,3 times less (7,7% and 25,7% accordingly); the physiological volume of the imperative urge to defecation was above on 45 ml, differentiated urge to defecation had 82,5% patient in the main and 75% in checking group.

Surgical treatment and rehabilitation of these patients should be done only in specialized hospitals.

Corresponding author:

Mirzachmedov Murad M. DSc, Assistant Professor of the Department of Medical Academy of Tashkent, Uzbekistan, e-mail: myradbek@mail.ru; contact phone: (+99897)41471459(mobile).

Conflicts of Interest:

The authors declare no conflict of interest.

UDC Code 616.348-007.61

Surgical treatment of Hirschsprung's disease in adults

S.N. Navruzov, M.M. Mirzakhmedov

Tashkent Medical Academy, Tashkent, Uzbekistan

Abstract

There are certain preconditions for slow, sometimes a latent course of Hirschsprung's disease in adults consisting in existence of variants of congenital morphological alterations, such as short zones of aganglionosis, hypogangliosis types while expressed degenerate processes in the muscular tissue of distal parts of the colon are absent.

Despite of the current progress achieved in the treatment of Hirschsprung's disease in adults, this problem still remains to be far from being resolved and a not very comforting percent of so-called secondary pathology, and the main thing – incessant references to specialized medical establishments of patients who had primary corrective interventions testify to that.

Keywords: aganglios, gipoganglios, megacolon, megarectum.

Introduction

Persistent functional disturbances causing invalidism are an occasion for seeking medical advice. In this respect, the efforts targeted at improvement of results of treatment of Hirschsprung's disease in adults are quite important. The majority of researchers emphasize that Hirschsprung's disease occur more often than it is diagnosed now. Various methods of surgical operations and their modifications have been suggested. The arsenal of methods of surgical treatment of Hirschsprung's disease in children includes various types of surgery, viz according to Swenson, Soave, Duhamel, etc. It is difficult to use these classical techniques of pediatric surgery in adults due to rough alterations in the colon, anatomic peculiarities of the pelvis and interrelations of pelvic organs. At the same time, these publications pay the greatest attention to results of a surgical treatment of the pathology, while the data concerning the clinics, diagnostics and surgical tactics at Hirschsprung's disease in adults are represented only by actual material without its analysis due to a small number of clinical observations.

The goal of our work was to determine the efficacy of surgery of abdominoanal resection with bringing down of the proximal parts of the colon into the anal canal in Hirschsprung's disease in adults.

Material and methods

In 1992–2017, eighty 82 patients with Hirschsprung's disease were on an inpatient treatment in the Republican research centre for colon proctology of the Republic of Uzbekistan Ministry of Health in Tashkent.

Diagnostics was based on the scheme which included general clinical examination, radiological and endoscopic studies, USI of organs of the abdominal cavity and the small pelvis, proctosigmoidoscopy, functional studies of the colon and the sphincteric apparatus of the rectum, morphological studies (Swenson biopsy). The differential diagnosis of Hirschsprung's disease in adults requires an individual approach, an integrated assessment of clinical symptoms, data of an X-ray contrast study and results of functional studies of the colon and the sphincter apparatus of the rectum as well as undertaking a morphological study. Radiological methods make it possible to estimate and identify expression of the megacolon and reveal a characteristic

picture of narrowing and suprasthenic expansion. Diagnostics of a very short (anal or supra-anal) hypo- or aganglionosis of the colon is especially complicated. The presence of a classical picture in the form of narrowed (hypo- or aganglionic) zones, as that in children, is not obligatory; a physiological norm is relaxation of the internal anal sphincter in its stretching with fecal masses.

Results and discussion

During irrigoradiography an supra-anal type of Hirschsprung's disease was found in 72 patients, a rectal one in 10 patients.

Of 82 patients examined 3 had aganglionosis and 47 patients had hypogangliosis. Sphincterometric indicators in all patients examined, both in rest and voluntary constriction, were normal. During ultrasonography, absence of the uterus and its appendages, infantilism of grades I and II were revealed in 3 patients; dimetria and aplasia of the left kidney were found in 2 patients and 1 patient had congenital absence of the right kidney. To detect developmental anomalies and disturbances of the urine excretory system function, USI was combined with other additional techniques (excretory urography, cystoscopy). Cystoscopy was performed in 2 patients. Both patients had a congenital defect of the bladder of 2.5 cm in diameter, open into the vagina and rectum (cloaca).

Choice of surgical treatment tactics. As a hypo- or aganglionic zone is often located in the rectum, its excision can be done using various techniques, for example by means of anterior resection or abdominoanal resection with bringing down of the proximal colon. The practice however has shown that after the anterior resection quite a long hypo- or aganglionic zone is left which is a reason of relapse of disease. But sometimes we can find advanced stages of the disease in some patients when a significant part of it or entire colon is on the verge of decompensation. In such cases discussion of surgical tactics, expediency of dividing the operation into several stages with preliminary formation of colostomy is required. The character of surgical operations used in Hirschsprung's disease (n = 82) in our clinic was the following: Duhamel operation is a modification – 44 (53.7%), two abdominal-anal resection of the rectum with bringing down the proximal colon into the anal canal with the imposition of colo-anal anastomosis-26 (31.7%), three left-sided hemicolectomy, with the formation of the stump of the rectum and the imposition of transverzostomy -5(6,1%), four anterior resection of the rectum, with the imposition of sigmoidektomiya destsendostomy, anterior resection of the rectum, with the imposition of sigmoidektomiya destsendostomy – 3 (3.7%), abdomino-anal resection of the rectum, with the imposition of sigmoidektomiya destsendostomy – 2 (2.4%), subtotal colectomy with six imposing atsendostomy and anterior resection of the rectum – 2 (2.4%).

Of 82 patients single-step radical surgery was performed in 70 (85.3%) and in 12 patients (14.6%) resection of a hypo- or aganglionic zone with decompensated sites of the colon was made and colostomy was formed.

The terms of radical surgery performance following formation of colostomy were determined depending on reasons which encouraged application of multistage treatment. If a reason for it was the presence

of fecal stones or intestinal obstruction, radical treatment could be started at months 2–3. In 2 months in 3 (60%) of 5 patient who underwent left-sided hemicolectomy with formation of a rectal stump and application of transversostoma, operation of Duhamel modified was made and in 2 patients (40%) it was performed in 9 months. If multistage treatment was performed due to chronic intoxication, the performance of the basic stage was postponed for 9 to 12 months. In 3 patients (3.7%), who had anterior resection, sigmoidectomy with formation of a rectal stump and application of descendostoma, radical surgery was performed in 9 to 12 months. If colostomy was formed to compensate proximal parts of the colon, a radical operation was postponed for 12 to 14 months. Radical surgery was performed in 2 patients (2.4%) who underwent abdominoanal resection, sigmoidectomy with application of descendostoma in 12 to 14 months.

In 2 of 44 patients (53.7), pyrosis of the presacral area was observed following “Duhamel” surgery modified, 3 patients (6.8%) had marginal necrosis of the intestine brought down, 2 (4.5%) had retraction and at 1 patient (2.2%) had a stricture of the intestine brought down. The complications were cured following relevant treatment. No lethal outcomes occurred.

Good results were obtained in all cases following the surgery of abdominoanal resection with bringing down of proximal parts of the colon to the anal channel.

Remote results of the surgeries performed for Hirschsprung’s disease were followed-up 1 to 10 years in 57 patients (71.2%). In addition to clinico-laboratory studies these patients had endoscopic, X-ray investigation and sphincterometry as well as other functional methods of study.

Carrying out of a surgical intervention in Hirschsprung’s disease in adults is always related with great difficulties; therefore diagnostics and a preoperative preparation of patients, prevention of purulent complications plays a great role in rehabilitation of this category of patients. In our observations 46 patients (80.7%) had good results, 10 (17.5%) satisfactory and 1 patient (1.8%) had a poor result.

Follow-up results were considered good if there were no complaints after surgery. These patients had a satisfactory general state and functional parameters of the colon. No relapse of the disease was noted. The working capacity was restored. Results were considered unsatisfactory in cases when constipation with manifestations of a chronic intestinal obstruction, which required a repeated intervention.

Thus, the problem of Hirschsprung’s disease in adults is urgent and its solution can be provided by development of adequate tactics of treatment including a surgical one with the use of modern methods of study.

Conclusion

1. To specify a diagnosis, radiological, endoscopic and functional studies of the colon should be supplemented by transanal biopsy of the rectal wall which is the most reliable method of diagnostics in Hirschsprung’s disease in adults.

2. Surgery is the only radical treatment of Hirschsprung’s disease. An optimal means of a surgical intervention is abdominoanal resection by bringing down of proximal parts of the colon to the anal channel which meets the requirements of radicalism (excision of the hypo- or aganglionic zone). This kind of surgical treatment suggested by us makes it possible to reduce a number of postoperative complications, promotes early restoration of the motor-evacuatory function of the colon and normalization of independent defecation act. If all these conditions are observed, this surgical method allows achieving good results in about 85% of cases.

Corresponding author:

Mirzakhmedov Murad M. DSc, Assistant Professor of the Department of Medical Academy of Tashkent, Uzbekistan, e-mail: myradbek@mail.ru; contact phone: (+99897) 41471459 (mobile)

Conflicts of Interest:

The authors declare no conflict of interest.

Санкт-Петербург — Гастросессия-2017

St. Petersburg — GastroSession-2017

МАТЕРИАЛЫ

XIV Международной научной гастроэнтерологической сессии НОГР
«Санкт-Петербург – Гастросессия-2017»

А

1. Хирургическая тактика при осложнениях дивертикулеза толстой кишки

Ахмедов М.А., Наврузов Б.С., Мирзахмедов М.М., Рустамов А.Э.
Ташкентская медицинская академия, 1-я клиническая больница МЗРУз, Ташкент, Узбекистан

Цель: улучшение результатов хирургического лечения осложненной дивертикулеза толстой кишки.

В основу работы положены результаты исследования 216 больных (128 (59,3%) женщин, 88 (40,7%) мужчин), находившихся на стационарном лечении в проктологическом отделении 1-й клинической больницы МЗРУз по поводу дивертикулеза толстой кишки.

При диагностике кроме общеклинических исследований использовались ирригография, колонофиброскопия, при необходимости – виртуальная колоноскопия и компьютерная томография, лапароскопия.

В результате исследования установлено, что у 156 (72,3%) больных дивертикулы были в левой половине толстой кишки, из них в сигмовидной кишке у 122 (78%), в нисходящей кишке у 34 (22%). Поражение поперечно-ободочной кишки наблюдали у 8 (3,7%), восходящей и слепой кишки – у 18 (8,3%), тотальное поражение имело место у 34 (15,7%) больных.

Дивертикулез без осложнения выявлен у 102 (47,2%) больных, осложнение острым дивертикулитом – у 8 (3,7%), кровотечением – у 92 (42,6%), перидивертикулярным инфильтратом – у 4 (1,8%), кишечной непроходимостью – у 4 (1,8%), наружным кишечным свищом – у 2 (1%), малигнизацией дивертикула – у 4 (1,8%) больных.

У всех больных имелись различные сопутствующие заболевания (ИБС, стенокардия, гипертоническая болезнь, сахарный диабет и др.).

Предоперационная подготовка и послеоперационное лечение больных производились с учетом основного и сопутствующего заболевания.

Хирургическое лечение выполнено у 98 (45,3%) больных: левосторонняя гемиколэктомия с формированием транзверзоректального анастомоза – у 42 (42,8%), тотальная колэктомия с формированием илеоректального анастомоза при помощи циркулярно-сшивающих аппаратов (ЦСА) – у 26 (26,5%), тотальная колэктомия с формированием одноствольной илеостомы – у 5 (5,1%); резекция сигмовидной кишки с формированием десцендоректального анастомоза – у 11 (11,2%), резекция сигмовидной кишки с формированием одноствольной десцендостомы – у 8 (8,3%), правосторонняя гемиколэктомия с формированием илеотранзверзоанастомоза – у 6 (6,1%) больных.

Осложнения в виде нагноения послеоперационной раны наблюдались у 6 (6,1%), несостоятельности анастомоза – у 2 (2%) больных, летальности не было.

Таким образом, при дивертикулезе толстой кишки в 52,7% случаев развиваются осложнения, при которых показано оперативное лечение. При осложненных формах дивертикулеза объем экстренного оперативного вмешательства определяется индивидуально. При плановых операциях необходимо удаление всех отделов толстой кишки, пораженных дивертикулезом, вплоть до тотальной колэктомии с формированием первичного межкишечного анастомоза.

Б

2. Частота выявления основных факторов патогенности *Helicobacter pylori* после эрадикационной терапии

Белая Ю.А.¹, Белая О.Ф.², Петрухин В.Г.¹, Вахрамеева М.С.¹, Быстрова С.М.¹
¹ФНИЦ эпидемиологии и микробиологии Н.Ф. Гамалеи,
²Первый МГМУ им. И.М. Сеченова, Москва, Россия,
e-mail: ofbelaya@mail.ru

Цель: определение частоты встречаемости O-, VacA-, CagA- и высокомолекулярных белков (ВМБ)-антигенов *H. pylori* в кале *H. pylori*-инфицированных больных после проведения эрадикационной терапии.

Материалы и методы. Обследованы 58 больных с заболеваниями желудка и двенадцатиперстной кишки (хронический гастрит – 62%, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки – 17%, атрофический гастрит – 21%) в 2014-2016 гг., в различные сроки после проведения эрадикационной терапии, при этом диагностика инфекции, показания к терапии и схемы лечения соответствовали рекомендациям РГА по Маастрихт IV. Группу сравнения составили 758 амбулаторных больных другими желудочно-кишечными заболеваниями (ЖКЗ), включая ОКИ, в те же годы. Выявление O-, VacA-, CagA- и ВМБ-антигенов в кале проведено методом коаггутинации с использованием соответствующих антителных диагностикумов. Статистическая обработка проведена непараметрическими критериями (χ^2).

Результаты. В среднем в 2014-2016 гг. частота встречаемости O-, VacA-, CagA- и ВМБ-антигенов *H. pylori* при заболеваниях желудка и двенадцатиперстной кишки составляла после проведения эрадикационной терапии 57%, 15%, 58%, 11% соответственно, при этом частота ВМБ- и VacA-антигенов была достоверно ниже, чем O- и CagA-антигенов ($p \leq 0,05$). В целом, существенных различий в частоте выявления антигенов в этой группе больных по сравнению с таковой в группе больных ЖКЗ не отмечено, за исключением достоверно более высоких показателей VacA-антигенов в группе больных ЖКЗ ($p=0,01$). Наблюдались колебания частоты встречаемости антигенов по годам: в группе после эрадикации в 2015 г. отмечены наибольшие показатели O-антигена и CagA-антигена и низкая частота выявления ВМБ- и VacA-антигена (8% и 4% соответственно) в сравнении с 2014 г. и 2016 г., а в группе больных ЖКЗ частота ВМБ- и VacA-антигена (29% и 31% соответственно) была наиболее высокой за 3 года исследования ($p \leq 0,05$).

3. Социо-демографические особенности пациентов с заболеваниями печени и желчевыводящих путей

Бодрягина Е.С., Мухаметова Д.Д.

Казанский ГМУ, Россия

Цель исследования: определить половые и возрастные различия у пациентов с заболеваниями печени и желчевыводящих путей.

Материалы и методы. Были обследованы 140 пациентов с заболеваниями гепатобилиарной системы, обратившихся за амбулаторной помощью к врачам-гастроэнтерологам.

Результаты. Среди 140 пациентов 123 (87,9%) имели жировую дистрофию печени – стеатоз, 11 (7,9%) пациентов – желчнокаменную болезнь, 6 (4,2%) пациентов – синдром Жильбера. Из 123 пациентов со стеатозом печени неалкогольную жировую болезнь печени (НАЖБП) имели 115 (93,5%) больных, неалкоголь-

ный стеатогепатит (НАСГ) – 8 (6,5%). Средний индекс массы тела у пациентов со стеатозом составлял $(28,60 \pm 0,54)$ кг/м². Распределение по полу пациентов с НАЖБП: женщин 77 (66,9%), мужчин 38 (33,1%). Средний возраст женщин составил $(53,8 \pm 1,6)$ года, мужчин – $(47,1 \pm 2,6)$ года. Пациенты с НАСГ распределились по полу равномерно – 4 и 4 пациента соответственно. Среди 11 пациентов с желчнокаменной болезнью женщин было 8 (72,7%), мужчин – 3 (27,3%), средний возраст $(49,3 \pm 1,4)$ года. Из 6 пациентов с синдромом Жильбера женщин было 5 (83,3%), мужчин – 1 (16,7%), средний возраст – $(36,2 \pm 2,2)$ года.

Выводы. Стеатоз печени является наиболее распространенным заболеванием среди пациентов с патологией гепатобилиарной системы – 87,9%. Было выявлено преобладание НАЖБП у женщин, а также более старший возраст пациенток-женщин по сравнению с пациентами-мужчинами, что, вероятно, обусловлено наличием у женщин эстрогеновой защиты до наступления менопаузы. Более высокая распространенность желчнокаменной болезни и синдрома Жильбера также наблюдалась среди женщин, при этом был выявлен более молодой средний возраст пациентов с синдромом Жильбера.

Д

4. Влияние хронической вирусной инфекции на клиническую симптоматику и качество жизни у больных с эрозивной формой ГЭРБ

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

Цель исследования: изучить влияние хронической вирусной инфекции (ХВИ) слизистой оболочки пищевода (СОП) на клиническую симптоматику у пациентов, страдающих эрозивной формой ГЭРБ.

Материал и методы. В проспективное исследование были включены 214 пациентов с эрозивной формой ГЭРБ, установленной эндоскопически. Мужчин было 128 (средний возраст $(59,9 \pm 12,6)$ года), женщин 86 (средний возраст $(62,2 \pm 9,8)$ года). При первичной ЭГДС выполнялась биопсия для иммуногистохимического (ИГХ) исследования с целью определения вирусов герпетической группы (герпесвирус 1 и 2 типов, цитомегаловирус и вирус Эпштейна – Барр). В соответствии с полученными результатами больные были разделены на 2 группы: n1 – 99 пациентов с выявленной ХВИ СОП и n2 – 115 пациентов без ХВИ СОП. При первом визите регистрировались такие симптомы, как изжога, регургитация, отрыжка, дисфагия, одиофагия, ощущение кислоты/горечи во рту, ощущение кома в горле, а также производилась их балльная оценка. Одновременно проводилась оценка качества жизни при помощи визуальной аналоговой шкалы (ВАШ).

Результаты. При сравнении балльной оценки клинических симптомов и качества жизни при помощи ВАШ достоверных различий обнаружено не было ($p > 0,05$). Изжога выявлена у 88 (88,9%) пациентов в группе n1 и у 83 (72,2%) пациентов в группе n2 ($p < 0,05$); регургитация – у 28 (28,3%) в группе n1 и у 51 (44,3%) в группе n2; отрыжка – у 59 (59,6%) в группе n1 и у 69 (60%) в группе n2; одиофагия – у 20 (20,2%) в группе n1 и у 23 (20%) в группе n2; ощущение кислоты во рту – у 15 (15,2%) в группе n1 и у 18 (15,7%) в группе n2; ощущение горечи во рту – у 10 (10,1%) в группе n1 и у 13 (11,3%) в группе n2; ком в горле – у 8 (8,1%) в группе n1 и у 11 (9,6%) в группе n2.

Выводы. В случае наличия ХВИ СОП изжога выявляется достоверно чаще, чем без нее, но при этом интенсивность клинических проявлений не различается.

5. Влияние хронической вирусной инфекции на состояние слизистой оболочки пищевода у больных с эрозивной формой ГЭРБ

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

Цель исследования: сравнить состояние слизистой оболочки дистального отдела пищевода у пациентов с эрозивной формой ГЭРБ, имеющих сопутствующую хроническую вирусную инфекцию (ХВИ) слизистой оболочки пищевода (СОП) и не имеющих такой инфекции.

Материал и методы. В проспективное исследование были включены 214 пациентов с эрозивной формой ГЭРБ: мужчин 128 (средний возраст $(59,9 \pm 12,6)$ года), женщин 86 (средний возраст $(62,2 \pm 9,8)$ года). Всем пациентам проводилась ЭГДС с помощью видеоэндоскопов Olympus EVIS EXERA II «GIF N180» и «GIF N160» (Япония). Во время эндоскопического исследования выполнялась биопсия по стандартной методике для гистологического и иммуногистохимического (ИГХ) исследования с целью определения вирусов герпетической группы (герпесвирус 1 и 2 типов, цитомегаловирус и вирус Эпштейна – Барр). В соответствии с полученными результатами больные были разделены на 2 группы: n1 – 99 пациентов с выявленной ХВИ СОП и n2 – 115 пациентов без ХВИ СОП.

Результаты. У 48 (48,5%) пациентов группы n1 и у 33 (28,7%) пациентов группы n2 выявлены очаговые изменения слизистой оболочки дистального отдела пищевода ($p < 0,05$): гиперпластические полипы (ГП) у 18 (8,4%) пациентов в группе n1 и у 19 (8,9%) пациентов в группе n2; желудочная метаплазия (ЖМ) СОП у 21 (9,9%) в группе n1 и у 10 (4,7%) в группе n2, $p < 0,05$; кишечная метаплазия (КМ) СОП у 9 (4,2%) в группе n1 и у 2 (0,9%) в группе n2, $p < 0,05$; КМ СОП с очагами дисплазии эпителия в группе n1 не обнаружена, в группе n2 обнаружена у 2 (0,9%) пациентов.

Выводы. Очаговые изменения СОП выявляются у 28,7% пациентов, страдающих эрозивной формой ГЭРБ с сопутствующей ХВИ СОП. Среди них достоверно чаще встречаются пациенты с ЖМ СОП и КМ СОП – 9,9% и 4,2% соответственно.

6. Состояние слизистой оболочки дистального отдела пищевода у пациентов с эрозивной формой ГЭРБ

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

Цель исследования: установить структуру поверхностных очаговых изменений слизистой оболочки пищевода (СОП) у пациентов с эрозивной формой ГЭРБ.

Материал и методы. В проспективное исследование были включены 214 пациентов с эрозивной формой ГЭРБ – мужчин 128 (средний возраст $(59,9 \pm 12,6)$ года), женщин 86 (средний возраст $(62,2 \pm 9,8)$ года). Всем пациентам проводилась ЭГДС с помощью видеоэндоскопов Olympus EVIS EXERA II «GIF N180» и «GIF N160» (Япония). Во время эндоскопического исследования выполнялась биопсия для гистологического исследования.

Результаты. У 81 (37,9%) пациента выявлены и гистологически подтверждены очаговые изменения слизистой оболочки дистального отдела пищевода. Гиперпластические полипы (ГП) выявлены у 37 (17,3%) пациентов, желудочная метаплазия (ЖМ) СОП – у 31 (14,6%), кишечная метаплазия (КМ) СОП – у 11 (5,1%), КМ СОП с очагами дисплазии эпителия – у 2 (0,9%).

Выводы. Среди пациентов, страдающих эрозивной формой ГЭРБ, широко распространены очаговые изменения СОП, которые обнаруживаются у 37,9% пациентов. Чаще других диагностируются гиперпластические полипы и желудочная метаплазия СОП – у 17,3% и у 14,6% пациентов соответственно.

7. Оценка эффективности и безопасности антацидов у больных кислотозависимыми заболеваниями желудка и двенадцатиперстной кишки

Демина Е.И.

Алтайский ГМУ, Барнаул, Россия

Цель исследования: оценить частоту встречаемости кислотозависимых заболеваний желудка и двенадцатиперстной кишки (ДПК) на городском территориальном врачебном участке, эффективность и безопасность применения альмагеля и маалокса у больных неязвенной диспепсией (НД), язвенной болезнью (ЯБ) желудка и ДПК.

Материал и методы. Проанализировано 1700 амбулаторных карт ведения пациентов за год. Женщин было 989 (58,2%), мужчин – 711 (41,8%). Пациенты с НД, ЯБ желудка и ДПК составили всего 78 (4,6%) человек, средний возраст (44,0±2,8) года. Наибольшее число больных было с НД – 53 (67,9%) человека. ЯБ желудка и ДПК страдали 5 (6,4%) человек, ЯБ ДПК 16 (20,5%) человек. Пациентов с осложненным течением ЯБ и оперированных в анамнезе было 4 (5,1%). Проведен анализ переносимости и повторных обращений пациентов на фоне применения антацидов. Статистический анализ проводили в программе Microsoft Excel и Statistica 6.0.

Результаты. Частота назначения антацидов составила 68 (87,1%) случаев: суспензия альмагеля была назначена в 45% случаев и суспензия маалокса в 55%. При этом антациды в составе комплексной терапии использовались у 59 (75,6%) больных, а в качестве монотерапии – у 19 (24,4%). Нежелательных явлений на фоне лечения антацидами не выявлено. В течение года число повторных обращений пациентов, принимавших монотерапию альмагелем, составило 3 случая, маалоксом – 2 случая.

Выводы. Частота встречаемости на данном терапевтическом участке кислотозависимых заболеваний желудка и ДПК составляет 4,6%. Назначение антацидов в лечении имело место более чем в 80% случаев. Отсутствие нежелательных явлений свидетельствует о безопасности лечения суспензиями «Альмагель» и «Маалокс». Эффективность суспензий сопоставима, несмотря на разное количество гидрооксидов алюминия и магния в их составе.

Е

8. Клинический случай пациента с тромбозом воротной вены на фоне хронического заболевания печени

Ермолова Т.В., Быкова Е.Г., Петров А.Л.

СЗГМУ им. И.И. Мечникова, ГМПБ № 2, Санкт-Петербург, Россия

Цель: представить клинический случай тромбоза воротной вены у пациентки с алкогольной болезнью печени.

Методы: представлены данные истории болезни пациентки Б., 57 лет. Из анамнеза известно, что Б. злоупотребляет алкоголем. В 2009 году установлен диагноз алкогольной болезни печени, цирротической стадии. Летом на отдыхе чувствовала себя хорошо, умеренно употребляла алкогольсодержащие напитки, ухудшение самочувствия описывает на протяжении двух недель, когда стала отмечать общую слабость, сонливость, затем ухудшение состояния, проявляющееся заторможенностью, тошнотой, периодически возникающей рвотой съеденной пищей, потемнением мочи, желтением склер, кожных покровов, появлением кожного зуда.

Результаты. При поступлении в стационар состояние расценено как алкогольная болезнь печени: стеатогепатит высокой активности с синдромом холестаза. Цирротическая стадия, класс «С» по Child – Turcotte – Pugh, индекс MELD 25, Маддрей 105 с синдромами портальной гипертензии (спленомегалия, гиперспленизм, отечно-асцитический синдром) и печеночно-клеточной недостаточности (печеночная энцефалопатия 1 ст., снижение ПТИ, альбумина, холестерина). Несмотря на проводимую терапию преднизолоном, гепатопротекторами, диуретиками, рифаксимидом, лактулозой отмечалось нарастание печеночной недостаточности, холестаза. УЗДГ сосудов печени выявила признаки окклюзионного тромбоза воротной вены. Начата терапия антикоа-

гулянтами – селективным ингибитором активного X-фактора (фондапаринукс). На фоне проводимой терапии клинически положительная динамика, улучшение биохимических показателей крови. По результатам повторных УЗДГ исследований воротной вены зарегистрированы признаки частичной реканализации воротной вены с последующей реканализацией просвета до 45% по диаметру.

Заключение. Данный случай демонстрирует, что у пациентов с хроническими заболеваниями печени при ухудшении состояния необходимо исключать тромбозы воротной вены, которые встречаются в 10%–15% случаев цирроза класса В и С.

9. Некоторые патогенетические механизмы прогрессирования хронических заболеваний печени

Ермолова Т.В., Карев В.Е., Ермолов С.Ю.

СЗГМУ им. И.И. Мечникова, НИИДИ, Санкт-Петербург, Россия, e-mail: t.v.ermolova@mail.ru

Цель исследования: изучить некоторые механизмы прогрессирования хронических заболеваний печени (ХЗП) у пациентов на ранних стадиях фиброза печени.

Материалы и методы. Обследованы 127 пациентов с хроническим вирусным гепатитом В (31), С (66), алкогольным и неалкогольным стеатогепатитом (30) с фиброзом печени 0-1 ст. Оценка портальной гемодинамики проводилась методом полигепатографии с применением функциональных тестов. Активация звездчатых клеток печени (ЗКП) определялась по экспрессии SMA-alfa в биоптате печени. Функция эндотелия оценивалась по периферической артериальной тонометрии на аппарате эндоПАТ-2000, уровню метаболитов оксида азота (NO) в крови по Грису, экспрессии iNOS методом иммуногистохимии.

Результаты. У всех пациентов выявлены нарушения внутрипеченочного кровотока на пресинусоидальном уровне при вирусном гепатите и синусоидальном уровне при стеатогепатите с повышением базового сопротивления и уменьшением кровенаполнения печени, у многих пациентов проба с нитроглицерином была положительной. В среднем по группе выявлено нарушение эндотелий-зависимой вазодилатации: индекс активной гиперемии (RHI) составил 1,44 (норма более 1,67). Выявлены и другие признаки дисфункции эндотелия: содержание метаболитов NO было достоверно повышено в сыворотке крови пациентов: 6,46±0,52 (в контроле 4,21±0,45), а также в непаренхиматозных клетках печени выявлена экспрессия iNOS. В биоптатах печени выявлены признаки активации ЗКП с экспрессией SMA-alfa – количество клеток составило 54,71 в 1 мм², площадь – 0,65%.

Выводы. У пациентов с ХЗП уже на ранних стадиях выявляются предикторы фиброгенеза – нарушения портальной гемодинамики, которые сопровождаются эндотелиальной дисфункцией и активацией звездчатых клеток печени.

З

10. Оценка состояния надэпителиального слизистого слоя в диагностике заболеваний пищеварительной системы

Задорожная Н.А.

НГУ физической культуры, спорта и здоровья им. П.Ф. Лесгафта, Санкт-Петербург, Россия

Актуальность развития учения о физиологической роли надэпителиального слизистого слоя пищеварительного тракта определяется теми функциями (протекторной – механической и химической, а также транспортной, буферной и пищеварительной), которые он выполняет, и значением повреждения слизистого слоя для этиопатогенеза гастроэнтерологических заболеваний. Поскольку наиболее информативным критерием «защитной» функции желудка является содержание фукозы, целью нашего исследования явилось определение ее содержания методом N. Dishe и L. Shettles в модификации А.М. Уголева для диагностики нарушений слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки.

Под наблюдением находились 60 пациентов в возрасте от 25 до 60 лет с клиническими и эндоскопическими признаками хронического гастродуоденита в стадии затухающего обострения. Пациенты получали комплексное немедикаментозное лечение в течение 3 недель. 20 пациентов получали желчегонный фитосбор, 18 – минеральную воду, 22 – минеральную воду в сочетании с фитосбором. Используемая в работе минеральная вода озера Шира является высокоминерализованной сульфатно-хлоридной гидрокарбонатной натриево-магниевого со щелочной реакцией среды. Общая минерализация составляет 18,4 г/дм³. Фитосбор имел в своем составе следующие травы: зверобой продырявленный, кипрей узколистный, мяту перечную, пустырник пятилопастный, чагу в соотношении 4:5:5:3:3.

В ходе анализа полученных результатов выявлено, что во всех трех группах наблюдалось увеличение уровня фукозы на фоне проводимой терапии (норма от 2,60±0,60 до 3,70±0,49). Однако в группе пациентов, получавших минеральную воду, эта динамика была недостоверной. Во 2-й и 3-й группах пациентов отмечалась более выраженная положительная динамика на фоне проводимой терапии, изменения носили достоверный характер ($p < 0,05$), однако нормальные показатели отмечались только в 3-й группе. Наблюдаемый эффект возможен, по-видимому, благодаря вовлечению в биохимические реакции на разных уровнях регуляции физиологически активных веществ, входящих в состав растений. Попав в желудок, фитосбор способен изменять реакцию среды, в которой протекают процессы пищеварения. Возможно, что составные части фитосбора вовлекаются в реакции повышения уровня циклического аденозинмонофосфата (цАМФ) в слизистой желудка, запускают каскад реакций, обеспечивающих нейтрализацию продукции ионов H⁺. Однако возможно вовлечение физиологически активных веществ растительного происхождения не только в реакции регулирования на местном уровне, но и на уровне целого организма. Путем всасывания и попадания в кровь составные части фитосбора, вероятно, могут уменьшать выброс таких гастроинтестинальных гормонов, как гастрин и гистамин.

Это свидетельствует об уменьшении скорости обмена эпителиальных клеток желудка и двенадцатиперстной кишки и, следовательно, улучшений морфологического состояния и активации защитных механизмов слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки.

Определение данного показателя позволяет судить о функциональном состоянии слизистой оболочки – биосинтезе гликопротеинов слизи, выходе энтероцитарных ферментов, состоянии заключительных (пристеночных) этапов пищеварительно-транспортного конвейера. Данная биохимическая методика по оценке функционально-морфологического состояния слизистой оболочки гастродуоденальной области является информативной, малотравматичной и простой в исполнении.

И

11. Опыт применения препарата «Пикопреп» для подготовки к колоноскопии

Иваников И.О., Фомичева Н.В., Григорьева Ю.В., Козырева И.В., Кочеткова Е.А.
ЦКБ с поликлиникой УД Президента РФ, Москва, Россия

Цель исследования: оценить эффективность препарата «Пикопреп» для подготовки к колоноскопии у пожилых пациентов.

Колоноскопия проводится как с целью скрининга (выявления заболеваний до появления симптомов), так и с диагностической целью. Важнейшим аспектом успешного проведения этого исследования является качественная подготовка толстой кишки. В данной работе отражены результаты подготовки к колоноскопии препаратом «Пикопреп» у 153 пациентов стационара ЦКБ в 2016-2017 гг.

Пациенты: мужчины (73) и женщины (80) с заболеваниями желудочно-кишечного тракта и сопутствующей патологией, возраст от 61 года до 85 лет. Колоноскопия с осмотром терминальных отделов тонкой кишки удалось выполнить у 93% пациентов,

качество подготовки кишечника было оценено как «адекватное». Таким образом, пикопреп обеспечивал оптимальное очищение кишечника, в том числе проксимальных правых отделов, наиболее трудно поддающихся подготовке и эндоскопической визуализации.

Побочных реакций на фоне применения препарата «Пикопреп» не наблюдалось, пациенты отмечали хорошую переносимость препарата, многие – даже лучшую по сравнению с другими препаратами, использовавшимися для подготовки ранее.

Заключение. Препарат «Пикопреп» представляет собой комбинированное средство для подготовки кишечника к колоноскопии с низким объемом используемой лаважной жидкости. Препарат приятен на вкус, легок в использовании и хорошо переносимый пациентами. В связи с этим пикопреп может быть рекомендован для широкого применения при подготовке к колоноскопии, в том числе у пожилых пациентов.

К

12. Распространенность дегенеративно-дистрофических заболеваний позвоночника у пациентов с гастроэнтерологической патологией в общей врачебной практике

Катюхин В.Н., Сулиманова Е.Ю.
Городская поликлиника № 3, ООО «Март»,
Санкт-Петербург, Россия

Дегенеративно-дистрофическое заболевание позвоночника (ДДЗП) – патология периферических отделов нервной системы, которая принадлежит к группе наиболее распространенных хронических болезней человека, имеет рецидивирующий характер и может оказывать коморбидное влияние. Патологические состояния позвоночника, которые не связаны с заболеванием внутренних органов и сопровождаются болевым синдромом, объединяют в отдельную группу заболеваний с названием дорсопатия или дорсалгия (МКБ-10: М54). При общем обследовании пациента с гастроэнтерологической патологией в условиях общей врачебной практики допустима объективизация всех проявлений ДДЗП методом пальпации разных отделов позвоночника в вертикальном и горизонтальном положении, а также уточнение выявленной патологии методом магнитно-резонансной томографии (МРТ), которую признают «золотым стандартом» диагностической верификации.

Цель работы: определить частоту встречаемости симптомов ДДЗП у больных с гастроэнтерологической патологией в условиях городской поликлиники.

Материал и методы. Проведен анализ клинических данных 32 взрослых больных (19 мужчин и 13 женщин) разного (от 18 до 58 лет) возраста, страдающих патологией желудочно-кишечного тракта с подтверждением выявленной симптоматики ДДЗП методом МРТ. Основной диагноз язвенной болезни желудка имели 9 человек, язвенной болезни двенадцатиперстной кишки – 8, хронического калькулезного холецистита – 7, хронического панкреатита – 4, синдрома раздраженного кишечника – 4, все в фазе невыраженного обострения.

Полученные результаты. Верификация основного заболевания гастроэнтерологического профиля по клиническим данным была успешной у большинства больных уже на этапе первичного обследования. Исключение составляли лица с полиморбидной патологией, которым для обоснования основного диагноза необходимы были соответствующие дополнительные клинико-лабораторные и инструментальные исследования. Больным проводили фиброгастродуоденоскопию, ультразвуковое исследование паренхиматозных органов и компьютерную томографию, общий клинический анализ крови, а также определяли биохимические данные (уровень билирубина, диастазы, основных провоспалительных ферментов венозной крови). Также при первичном обследовании (целенаправленный сбор жалоб, уточнение анамнеза, пальпаторное обследование всех отделов позвоночника) заподозрено наличие ДДЗП (средне- или нижнегрудного отделов) у каждого второго пациента. Часть из них (18 человек)

были направлены на МРТ соответствующих отделов позвоночника, и во всех случаях наличие ДДЗП нашло объективное подтверждение врачом-специалистом. Сопутствующими диагнозами были деформирующие дорсопатии у 12 больных (деформации позвоночного столба вследствие изменений в межпозвоночных дисках с кифозом, сколиозом, лордозом), остеохондроз – у 6. Клинико-патогенетические параллели наличия и взаимосвязи течения гастроэнтерологической патологии и ДДЗП в условиях поликлиники провести трудно или даже невозможно. Однако традиционное применение нестероидных противовоспалительных средств в таких случаях противопоказано из-за тенденции к гиперацидным состояниям и риска язвобразования. Поэтому при назначении эффективного лечения основной патологии желудочно-кишечного тракта это потребовало избирательного использования органоуправленной терапии для уменьшения признаков воспаления и восстановления кровоснабжения в пораженном позвоночно-двигательном сегменте соответствующей области позвоночника.

Выводы. 1. Распространенность дегенеративно-дистрофических заболеваний позвоночника у больных гастроэнтерологического профиля в общей врачебной практике достигает половины всех принимаемых взрослых пациентов. 2. Для эффективной лечебной тактики при патологии желудочно-кишечного тракта необходимы врачебные навыки обследования отделов позвоночника у больных и знания из клинической фармакологии по органоуправленной терапии пораженного позвоночно-двигательного сегмента.

13. Липидный профиль мембран эритроцитов и сыворотки крови у пациентов с колоректальным раком

Кручинина М.В.¹, Прудникова Я.И.¹, Громов А.А.¹, Курилович С.А.¹, Кручинин В.Н.², Шашков М.В.³, Соколова А.С.⁴

¹НИИТПМ – филиал ИЦиГ СО РАН, ²ИФП СО РАН, ³ИК СО РАН, ⁴НИОХ СО РАН, Новосибирск, Россия

Цель исследования: исследовать особенности липидного профиля мембран эритроцитов (Эр) и сыворотки крови (СК) при колоректальном раке (КРР) различных стадий для использования в диагностике.

Материалы и методы. Обследованы 95 больных (средний возраст (63,3±1,0) года) с КРР 1-4 стадий и 20 условно здоровых. Липидные метаболиты Эр и СК изучены методами газовой хроматографии (GC/MS system triple quad Agilent 7000B, USA) и масс-спектрометрии с Фурье преобразованием (Bruker, Germany).

Результаты. Панель липидных биомаркеров СК, состоящая из пальмитинового и олеинового амидов, гексадекаеновой, октадекаеновой, эйкозатриеновой жирных кислот (ЖК), LPC (18:2), LPC (20:4), LPC (22:6), миристиновой ЖК и LPC (16:0) показала высокую точность с AUC 0,991 (0,98; 1,0) при дифференцировании больных с ранними стадиями КРР от здоровых. Уровни насыщенных и мононенасыщенных лизофосфатидилхолинов LPC (16:0, 18:0, 18:1), фосфатидилхолина (PC 34:1), лизофосфатидных кислот (LPA 16:0, 18:0) значительно повышались с прогрессией КРР ($p<0,001-0,02$), не различаясь у здоровых и пациентов с ранней стадией КРР. В мембранах Эр в зависимости от стадии достоверно различались уровни насыщенных и ненасыщенных ЖК, а также их соотношение ($p<0,001-0,05$). При 1 стадии КРР уровни С 22:5, С 22:6 в мембранах Эр превышали таковые у здоровых обследуемых ($p<0,05$).

Выводы. Выявленные особенности липидного профиля мембран Эр и СК перспективны в диагностике КРР, в том числе, ранних стадий, прогрессирования заболевания.

Л

14. Роль атрофии слизистой оболочки желудка в развитии раннего рака

Лобач С.М., Ванян А.В.

КБ № 122 им. Л.Г. Соколова ФМБА России, Санкт-Петербург, Россия, e-mail: vanyan@yandex.ru

Многочисленными исследованиями доказано повышение риска развития раннего рака желудка при прогрессировании атрофии. С развитием техники возможности диагностической эндоскопии расширяются, что в подавляющем большинстве случаев позволяет выявлять атрофию слизистой оболочки желудка по эндоскопическим признакам. Японскими учеными в 1969 году была создана эндоскопическая система классификации, названная по фамилиям авторов Kimura – Takemoto (Кимура – Такемото, К-Т). Данная система классификации доступна и понятна для освоения, позволяет стадировать атрофию и, тем самым, дифференцировать пациентов по группам риска. Система классификации Кимура – Такемото актуальна и по сей день, что подтверждается многочисленными современными исследованиями, в которых показана достоверная корреляция между степенью атрофии, установленной по данной классификации, и риском возникновения раннего рака желудка, а также показаны зависимости между дифференцированными и недифференцированными карциномами. Для диагностики атрофии также используются методы хромоскопии, осмотр слизистой в узком световом спектре и аппаратами с высоким разрешением и увеличением. Вышеуказанные методики позволяют более достоверно и корректно оценить границы атрофии слизистой оболочки желудка и, как следствие, с высокой точностью определить степень атрофии. Используя классификацию К-Т, нельзя полностью отказаться от патоморфологического подтверждения атрофии СОЖ, но при оценке атрофии СОЖ в динамике и контрольных исследованиях классификация К-Т является удобным и быстрым методом. Таким образом, при использовании классификации К-Т в клинической практике возможно проведение первичной диагностики атрофии, оценки атрофии в динамике и ее стадирование, а также разделение пациентов на группы риска.

М

15. Гетерогенные ассоциации липидов крови/индекса массы тела у пациентов с неалкогольной жировой болезнью печени, ишемической болезнью сердца и сахарным диабетом 2 типа

Матвеева С.А.

Объединенная сеть клиник, Рязань, Россия

Цель исследования: оценка ассоциаций показателей липидов крови (общего холестерина (ХС), триглицеридов (ТГ), ХС липопротеинов (ЛП) низкой плотности (НП), ХС ЛП высокой плотности (ВП), ХС ЛП очень низкой плотности (ОНП), коэффициента атерогенности (КА), коэффициента триглицеридного (КТ) – ТГ/ХС ЛПВП) и индекса массы тела (ИМТ) у пациентов с неалкогольной жировой болезнью печени (НАЖБП), ишемической болезнью сердца (ИБС), стабильной стенокардией напряжения (ССН) и сахарным диабетом (СД) 2 типа.

Материал и методы. Обследованы 76 женщин в возрасте (54,37±0,88) года с НАЖБП, ИБС, ССН I-III функционального класса (ФК) и СД 2 типа с длительным – (23,49±0,65) года избыточным потреблением жиров. Многофакторный корреляционный анализ с изучением критериев Стьюдента – Фишера проводили между вариантами ≤10 перцентилей/>90 перцентилей общего ХС, ТГ, ЛПНП, ЛПВП, ЛПОНП, КА, КТ и между вариантой />90 перцентилей/≤10 перцентилей ИМТ.

Результаты. Установлено, что показатели варианты не выше 10 перцентилей и выше 90 перцентилей липидов крови (общего ХС, ТГ, ХС ЛПНП, ХС ЛПВП, ХС ЛПОНП, КА, КТ) и соответствующие значения варианты не выше 10 перцентилей и выше 90 перцентилей ИМТ достоверно ($p<0,001$) связаны.

Определена ($p < 0,001$) отрицательная корреляция между не превосходящими 10 перцентилей показателями липидов крови (общим ХС, ТГ, ХС ЛПНП, ХС ЛПВП, ХС ЛПОНП, КА, КТ) и показателями выше 90 перцентилей ИМТ.

Отмечена отрицательная/реципрокная связь ($p < 0,001$) между показателями выше 90 перцентилей липидов крови (общий ХС, ТГ, ХС ЛПНП, ХС ЛПВП, ХС ЛПОНП, КА, КТ) и не выше 10 перцентилей ИМТ.

Выводы. Установлены гетерогенные достоверные ассоциации между показателями липидов крови (общим ХС, ТГ, ХС ЛПНП, ХС ЛПВП, ХС ЛПОНП, КА, КТ) и ИМТ у пациентов с НАЖБП, ИБС, ССН I-III ФК и СД 2 типа. Ассоциации липидов крови/ИМТ определяют показания к индивидуализированному лечению пациентов с НАЖБП, ИБС, ССН и СД 2 типа.

16. К вопросу выбора метода операции при болезни Гиршпрунга у взрослых

Мирзахмедов М.М.

Ташкентская медицинская академия, Узбекистан

Актуальность проблемы. Вопросы, касающиеся особенностей течения заболевания, его зависимости от морфологических изменений стенки толстой кишки, диагностики и лечебной тактики у взрослых пациентов, до настоящего времени остаются актуальными, что требует их дальнейшего изучения.

Целью нашей работы явилось изучение причин неудачных исходов хирургических вмешательств и совершенствование дифференцированного подхода к выбору оптимальных способов операций при болезни Гиршпрунга у взрослых.

Материал и методы. В Республиканской клинической больнице № 1 в отделении колопроктологии на стационарном лечении за период 1993-2017 гг. находились 84 больных болезнью Гиршпрунга в возрасте от 16 до 48 лет.

Результаты и обсуждение. Для сравнительного анализа эффективности хирургического лечения пациенты с болезнью Гиршпрунга были нами разделены 2 группы: 40 (47,6%) больным (контрольная группа) была выполнена операция Дюамеля, 36 (42,8%) (основная группа) – брюшно-анальная резекция прямой кишки с низведением проксимальных отделов толстой кишки в анальный канал с наложением коло-анального анастомоза, 8 (9,5%) больным произведена резекция гипо- или аганглионарной зоны, декомпенсированной части толстой кишки и сформирована колостома. В наших наблюдениях у 50 (59,5%) больных результаты были хорошими, у 10 (11,9%) – удовлетворительными, у 1 (1,19%) – неудовлетворительными.

Таким образом, проблема болезни Гиршпрунга у взрослых актуальна, и решение ее может быть обеспечено выработкой адекватной хирургической тактики лечения. Оптимальным способом хирургического вмешательства при болезни Гиршпрунга у взрослых является брюшно-анальная резекция прямой кишки с низведением проксимальных отделов толстой кишки в анальный канал, которая с точки зрения удаления гипо- или аганглионарной зоны отвечает требованиям радикализма. Предложенный нами вид хирургического лечения позволяет снизить количество послеоперационных осложнений, способствует раннему восстановлению моторно-эвакуаторной функции толстой кишки и нормализации самостоятельной дефекации.

17. Результаты хирургического лечения болезни Гиршпрунга у взрослых

Мирзахмедов М.М., Ахмедов М.А., Маматкулов Ш.М.

Ташкентская медицинская академия, Узбекистан.

Цель работы: определить способы хирургического вмешательства при дистальных формах болезни Гиршпрунга у взрослых.

Материалы и методы. В отделении колопроктологии на базе РКБ № 1 в Центре колопроктологии МЗ РУз на стационарном лечении в 1993-2017 гг. находились 84 больных болезнью Гиршпрунга. Всем больным выполнены общие клинические, рентгенологические и эндоскопические исследования, УЗИ органов брюшной полости и малого таза, ректоскопия, функциональные исследования толстой кишки и сфинктерного аппарата прямой кишки,

морфологические (биопсия по Свенсону) исследования. При ирригографии у 35 больных была выявлена анальная форма, у 4 – ректальная, а у 45 – наданальная форма болезни Гиршпрунга. При ректоскопии у 30 больных было обнаружено резкое расширение ампулы прямой кишки.

Из 84 обследованных больных у 25 выявлен аганглиоз, а у 59 – гипоганглиоз. Показатели сфинктерометрии у всех обследованных больных как в покое, так и при волевом сокращении были в норме.

Результаты обследования больных показали необходимость проведения хирургических операций. Нами были выполнены следующие виды операционных вмешательств: 40 (47,6%) больным – операция Дюамеля в модификации ФГУ «Научный центр колопроктологии» Минсоцразвития РФ, 36 (42,8%) – брюшно-анальная резекция прямой кишки с низведением проксимальных отделов толстой кишки в анальный канал с наложением коло-анального анастомоза, 3 (3,5%) – левосторонняя гемиколэктомия с формированием культи прямой кишки и наложением трансверзостомы, 3 (3,5%) – передняя резекция прямой кишки, сигмоидэктомия с наложением десцендостомы, 4 (4,7%) – брюшно-анальная резекция прямой кишки, сигмоидэктомия с наложением десцендостомы.

Вывод. Таким образом, проблема болезни Гиршпрунга у взрослых актуальна, и решение ее может быть обеспечено выработкой адекватной тактики лечения, в том числе хирургической с использованием современных методов исследования. Реабилитация этой категории больных должна производиться в специализированных лечебных учреждениях специалистами высокой квалификации. Единственным способом лечения при болезни Гиршпрунга является оперативный. Оптимальным способом хирургического вмешательства является операция брюшно-анальной резекции прямой кишки с низведением проксимальных отделов толстой кишки в анальный канал. Предложенный нами вид хирургического лечения позволяет снизить количество послеоперационных осложнений, способствует раннему восстановлению моторно-эвакуаторной функции толстой кишки и нормализации самостоятельной дефекации.

18. Традиции и новые тенденции в лечении болезни Гиршпрунга у взрослых

Мирзахмедов М.М., Ахмедов М.А., Маматкулов Ш.М.

Ташкентская медицинская академия, Узбекистан

Цель работы: изучить и проанализировать результаты хирургического лечения больных с болезнью Гиршпрунга с учетом оперированных с использованием брюшно-анальной резекции прямой кишки с низведением проксимального отдела толстой кишки в анальный канал с наложением коло-анального анастомоза.

Материалы и методы исследования. В отделении колопроктологии РКБ № 1 с 1993 г. по 2017 г. находились на стационарном лечении 84 больных с болезнью Гиршпрунга. Возраст этих больных составлял от 16 до 40 лет; мужчин было 68, женщин 18. Основными жалобами больных при поступлении были упорные запоры с задержкой стула от 10-15 дней до месяца. Всем больным выполнен комплекс диагностических мероприятий: ректальное исследование, ректороманоскопия, ирригография, сфинктерометрия, ЭФГДС, УЗИ органов брюшной полости и малого таза. Для уточнения диагноза проводили трансанальную биопсию из мышечной оболочки прямой кишки по Свенсону.

Результаты. Гипоганглиоз был выявлен у 59 больных, аганглиоз – у 25. При сфинктерометрии все показатели в покое и при напряжении были в норме. При ректороманоскопии у 40 больных было выявлено резкое расширение ампулы прямой кишки. Больные были разделены на 2 группы. 1-я группа – больные, которым была выполнена операция брюшно-анальной резекции прямой кишки с низведением проксимальных участков толстой кишки в анальный канал. 2-я группа – больные, которым была выполнена операция Дюамеля в модификации НИИ проктологии РФ.

Нами были выполнены следующие виды операции: 40 (47,6%) больным была выполнена операция Дюамеля в модификации ФГУ «Научный центр колопроктологии Минсоцразвития РФ, 36 (42,8%) – брюшно-анальная резекция прямой кишки с низведе-

нием проксимальных отделов толстой кишки в анальный канал с наложением коло-анального анастомоза, 8 (9,5%) – резекция гипо-или аганглионарной зоны, декомпенсированной части толстой кишки и сформирована колостома. В послеоперационном течении после брюшно-анальной резекции прямой кишки с низведением проксимальных отделов толстой кишки осложнений не отмечено, а у 2 больных после операции Дюамеля наблюдалось нагноение пресакральной области.

Выводы. 1. Для диагностики при болезни Гиршпрунга проводится комплексное обследование в условиях стационара. Трансанальная биопсия является достоверным методом исследования при болезни Гиршпрунга. 2. При болезни Гиршпрунга операцией выбора является брюшно-анальная резекция прямой кишки с низведением проксимального отдела толстой кишки в анальный канал. Этот метод оперативного вмешательства позволил избежать нефункциональных методов проведения операций и дал возможность увеличить удельный вес сфинктеросохраняющих вмешательств при удовлетворительном уровне непосредственных функциональных результатов.

19. Влияние перфторана на цитокиновый состав печеночной лимфы при лихорадке

Мухутдинова Ф.И.

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

Выявление новых позитивных фармакологических свойств лекарственных препаратов позволяет расширить показания к их применению, что способствует снижению полипрагмазии, повышению комплаенса и уменьшению затрат на медикаменты. Во всех случаях различия были достоверны ($p < 0,001$).

Цель исследования: изучение влияния перфторана на содержание интерлейкинов (ИЛ) 1 β и 6 в лимфе, оттекающей от печени, и в плазме венозной крови кроликов при экспериментальной лихорадке.

Материалы и методы исследования. Лихорадку воспроизводили инъекцией пирогенала в дозе 5 мкг/кг в краевую вену уха. Лимфу получали путем канюлирования печеночного протока, кровь – из бедренной вены. Перфторан вводили однократно внутривенно на высоте лихорадки в дозе 2,5 мл/кг массы тела животного. Содержание цитокинов определяли методом иммуноферментного анализа. Данные обработаны методом вариационной статистики.

Результаты. Использование перфторана при лихорадке сопровождалось снижением уровня провоспалительных цитокинов в обеих биологических жидкостях. Так, содержание ИЛ 1 β в печеночной лимфе составило (15,23 \pm 0,98) пкг/мл против (35,72 \pm 3,17) пкг/мл, а ИЛ6 – (72,28 \pm 2,68) пкг/мл против (179,45 \pm 20,12) пкг/мл у животных, не получавших препарат. Концентрация этих цитокинов в плазме крови уменьшилась почти в два раза и составила: ИЛ 1 β – (22,59 \pm 2,06) пкг/мл против (43,87 \pm 3,73) пкг/мл, ИЛ 6 – (69,89 \pm 3,77) пкг/мл против (132,61 \pm 23,19) мкг/мл у нелеченых кроликов. Во всех случаях различия были достоверны ($p < 0,001$).

Заключение. Антицитокиновый эффект перфторана при патологии выявлен нами впервые. Он связан с позитивным влиянием препарата на функционирование макрофагов, которое проявляется стимуляцией их фагоцитарной активности, а также с мембраностабилизирующим эффектом.

20. Содержание трансаминаз в кишечной лимфе при длительной лихорадке

Мухутдинова Ф.И.

Казанский ГМУ, Россия

Цель исследования: изучение содержания АСТ и АЛТ в лимфе, оттекающей от кишечника, и плазме венозной крови кроликов при длительной лихорадке.

Материалы и методы исследования. Лихорадку воспроизводили ежедневной инъекцией пирогенала в дозе 5 мкг/кг в краевую вену уха в течение десяти дней. Контрольные животные получали апириногенный раствор. Лимфу получали путем канюлирования кишечного лимфатического ствола, кровь – из бедренной вены на следующий день после последней инъекции. Уровень тран-

саминаз определяли биохимическим методом. Данные обработаны методом вариационной статистики.

Результаты. Пятикратная инъекция липополисахарида сопровождалась более чем пятикратным повышением уровня АСТ в лимфе – (0,616 \pm 0,066) мкмоль/л против (0,114 \pm 0,023) мкмоль/л в контроле, и лишь четырехкратным в плазме крови – (0,879 \pm 0,107) мкмоль/л против (0,257 \pm 0,035) мкмоль/л. Содержание АЛТ и в лимфе, и в крови возросло в четыре раза и составило (0,753 \pm 0,057) мкмоль/л против (0,173 \pm 0,023) мкмоль/л в контроле и (0,754 \pm 0,130) мкмоль/л против (0,182 \pm 0,022) мкмоль/л соответственно. Во всех случаях различия были достоверны ($p < 0,001$). Можно полагать, что повышение активности трансаминаз в лимфе и крови при лихорадке обусловлено изменением аминокислотного обмена, а также влиянием на их активность гормонов коры надпочечников, продукция которых при лихорадке увеличивается, что способствует активации транспортной функции лимфатической системы.

Заключение. Увеличение активности трансаминаз, участвующих в белковом обмене при лихорадке, является целесообразной реакцией гомеостаза, благодаря которой удастся избежать опасности глубоких нарушений азотистого равновесия. Повышение их активности в кишечной лимфе и гиперферментемия при лихорадке свидетельствуют о включении адаптационных механизмов, направленных на восстановление нарушенных обменных процессов.

Н

21. Выполнение реконструктивных и восстановительных операций при тонко- и толстокишечных свищах

Наврузов С.Н., Ахмедов М.А., Мирзахмедов М.М.,

Курбанов О.А., Рустамов А.Э.

Ташкентская медицинская академия, 1-я клиническая больница МЗ РУз, Ташкент, Узбекистан

Образование кишечных свищей является тяжелым осложнением различных операций и травм органов брюшной полости. Для ликвидации этих свищей с восстановлением непрерывности кишечной трубки требуются сложные реконструктивные и восстановительные операции.

Цель исследования: улучшить результаты лечения послеоперационных свищей тонкой и толстой кишки.

Материал и методы. В отделении колопроктологии 1-й клинической больницы МЗ РУз с 2007 по 2016 гг. 76 больным были выполнены реконструктивные и восстановительные операции по поводу наружных свищей тонкой и толстой кишки. Возраст больных был от 19 до 74 лет, средний возраст составлял 34 года. Мужчин было 44 (57,9%), женщин – 32 (42,1%).

С целью диагностики наряду с общеклиническими исследованиями применяли УЗИ, колоноскопию, ирригографию, фистулографию, пассаж сульфата бария по желудочно-кишечному тракту. Установлено, что из 76 больных у 27 (35,5%) свищи были тонкокишечными, у 41 (54%) – толстокишечными, у 8 (10,5%) больных имелись одновременно тонко- и толстокишечные свищи. Причинами возникновения кишечных свищей были операции на органах гениталий – у 22 (29%) больных, аппендэктомия – у 12 (15,8%), операции по поводу острой кишечной непроходимости – у 12 (15,8%), нефрэктомия – у 6 (7,9%), травма живота – у 11 (14,5%), операции по поводу НЯК и болезни Крона – у 9 (11,8%), грыжесечение – у 2 (2,6%), резекция желудка – у 1 (1,3%), холецистэктомия – у 1 (1,3%).

В предоперационном периоде проводилась коррекция гомеостаза путем переливания белковых препаратов и солевых растворов, а также обработка области свища антисептическими растворами.

У всех больных применялись внутрибрюшинные способы закрытия свища. Были использованы следующие методы оперативного лечения: иссечение свища и формирование энтероэнтероанастомоза по Мельникову – у 8, резекция тонкой кишки и энтеро-энтероанастомоз – у 23, резекция илеоцекальной области с наложением илеоасцендоанастомоза – у 8, правосторонняя ге-

миколэктомия с формированием илеотрансвезоанастомоза – у 6, левосторонняя гемиколэктомия с формированием трансверзо-ректального анастомоза – у 3, передняя резекция прямой кишки и сигморектальный анастомоз – у 5, тотальная колэктомия с формированием одностольной илеостомы – у 9, резекция сигмовидной кишки и формирование десцендоректального анастомоза – у 13. Одной больной выполнена симультанная операция по поводу трех хирургических заболеваний – тонко- и толстокишечного свища, хронического калькулезного холецистита и рецидивного эхинококкоза печени. С благоприятным исходом произведены холецистэктомия, резекция тонкой и толстой кишки и эхинококкэктомия печени. В послеоперационном периоде у 6 (7,9%) больных наблюдалось осложнение в виде нагноения послеоперационной раны. У одной больной наблюдалась несостоятельность анастомоза с разлитым каловым перитонитом. Произведена релапаротомия с разобщением анастомоза и формирование колостомы. Летальности не было.

Таким образом, правильный выбор объема и способа хирургического вмешательства при лечении кишечных свищей дает хорошие результаты. Наилучшие результаты были получены при применении внутрибрюшинных способов закрытия свища. Эти операции позволяют провести ревизию брюшной полости, осмотреть отводящий конец кишечной петли, разделить спайки, сращения, устранить перегибы кишечной петли. Реконструктивные и восстановительные операции рекомендуется выполнять в специализированных колопроктологических отделениях.

22. Гистохимическая диагностика при различных формах болезни Гиршпрунга у взрослых

Наврузов С.Н., Мирзахмедов М.М.

Ташкентская медицинская академия, Узбекистан

Актуальность проблемы. Аномалия развития нервных сплетений проявляется быстрым развитием мегаколона и хронической кишечной непроходимости. В связи с вариабельностью клинического течения часть больных с латентным течением болезни доживают до зрелого возраста, иногда не подозревая о своей болезни. У взрослых данное заболевание – редкая и трудно диагностируемая причина рефрактерного запора.

Цель: определить роль гистохимической диагностики при различных формах болезни Гиршпрунга у взрослых.

Материал и методы. В Республиканской клинической больнице МЗ РУз (г. Ташкент) в отделении колопроктологии с 1993 по 2017 гг. находились под наблюдением 84 больных с болезнью Гиршпрунга (БГ), возраст больных 16-30 лет и старше.

Одним из специфических тестов для болезни Гиршпрунга является определение активности ацетилхолинэстеразы (АХЭ) в слизистой оболочке прямой кишки. АХЭ – фермент, являющийся инактивирующим медиатором передачи ацетилхолина после каждого импульса, что обеспечивает возобновление электрохимических процессов в холинэргических синапсах.

Результаты и обсуждение. Из 84 больных при гистологическом исследовании была выявлена различная степень активности АХЭ. У 30 (35,7%) больных в мышечной пластинке слизистой оболочки содержалось большое количество диффузно расположенного АХЭ-положительного вещества. У этих больных биоптат характеризовался наличием АХЭ-положительных волокон значительной толщины, располагающихся в несколько слоев, и эту реакцию мы расценивали как высоко положительную. У 22 (26,9%) больных наблюдалось диффузное распределение АХЭ. При этом наличие АХЭ отмечалось на всех участках мышечной пластинки слизистой оболочки, однако количество его было не таким большим. Эту реакцию расценивали как положительную. У 18 (22%) пациентов в мышечной пластинке слизистой оболочки АХЭ выявлялась в виде коротких толстых волокон, причем АХЭ-положительные волокна располагались в один слой в виде тонкой сети. В данном случае реакцию оценивали как слабоположительную. У всех обследованных больных аганглионарная зона обнаружена в прямой кишке. У 6 обследованных больных в биоптате было обнаружено небольшое количество АХЭ-положительных коротких толстых волокон, которые не распространялись на собственную пластинку слизистой, так что про-

странство между железами было свободным как в поверхностных, так и в глубоких отделах. Такая картина может выявляться в прямой кишке и в норме, в связи с чем эту реакцию мы расценивали как отрицательную на АХЭ. У 8 пациентов следов АХЭ в биоптатах не было выявлено, реакция была отрицательной.

Таким образом, появление в слизистой оболочке волокон, дающих положительную реакцию на АХЭ, надо расценивать как результат первичного недоразвития механизмов медиаторной передачи при болезни Гиршпрунга. Врожденное отсутствие или недоразвитие интрамуральных нервных сплетений кишечной стенки означает истинную двигательную денервацию и ведет к полному и частичному выключению дистальных отделов толстой кишки из перистальтики. Гистохимический метод определения АХЭ позволяет установить наличие и протяженность гипо- или аганглионарной зоны толстой кишки и является достоверным способом для диагностики различных форм при болезни Гиршпрунга у взрослых.

23. Подготовка культи прямой кишки к реконструктивно-восстановительным операциям после тотальной колэктомии при язвенном колите

Наврузов С.Н., Наврузов Б.С., Пазылова Д.У.

Ташкентская медицинская академия, Узбекистан

Целью настоящей работы было изучение состояния микробиотоза толстой кишки у больных с язвенным колитом, а также влияние направленной на коррекцию микрофлоры кишечника терапии с использованием пробиотических препаратов на течение заболевания, частоту развития рецидивов и стойкость клинической ремиссии язвенного колита.

Материалы и методы исследования. В исследование были включены 115 больных ВЯЗК (тотальное поражение, тяжелое течение), госпитализированных в Научный центр колопроктологии МЗ РУз за период с 2005 по 2016 гг. Всем больным проведены тотальная колэктомия с формированием культи прямой кишки и наложением илеостомы. Больные были распределены на 2 группы. Основную группу составили 62 больных, получавших в послеоперационный период базисную (сульфасалазин, салофальк, кортикостероиды) и общеукрепляющую терапию и пробиотики («Лактобактерин», «Бифидумбактерин», «Колибактерин» и «Бификол»). Контрольная группа состояла из 53 больных, получавших только базисную и общеукрепляющую терапию.

Пробиотики назначали каждые три месяца в течение не менее 30 дней, вводя их перорально и per rectum. Перорально использовали Lactobacterin siccum и Bificoli siccum по 5 доз соответственно 3 и 2 раза в день, Bificoli siccum применяли ежедневно днем однократно per rectum. Кроме того, per rectum 1 раз в день вводили препарат «Бактимс». Проводили лазеротерапию.

Эффективность лечения оценивали по клиническим показателям, количеству отделяемого из прямой кишки, срокам эпителизации и появлению грануляций и т.д. Эффективность лечения классифицировали по трем степеням: 1 – хороший результат: исчезновение или значительное уменьшение выделений из прямой кишки (кровь, слизь и т.д.), болевого синдрома, улучшение общего состояния и эндоскопической картины, улучшение качественного и количественного состава микрофлоры; 2 – удовлетворительный результат: уменьшение выделений, частичное восстановление эпителизации, уменьшение болевого синдрома и т.д.; 3 – неудовлетворительный результат – отсутствие положительного эффекта.

Результаты и обсуждение. В основной группе из 62 больных хорошие результаты были достигнуты у 40 (64,5%), удовлетворительные – у 22 (35,4%). Неудовлетворительные результаты не отмечались. Иную картину наблюдали в контрольной группе: хорошие результаты отмечали у 21 (39,6%) больного, удовлетворительные – у 29 (54,7%), неудовлетворительные – у 3 (5,6%) больных.

Хорошие результаты у больных обеих групп во всех случаях сопровождалась нормализацией структуры слизистой (по данным эндоскопии, цитологического и гистологического исследования), улучшением общего состояния, уменьшением выделений из культи прямой кишки. После восстановительных операций послеоперационный период протекал гладко, без осложнений.

Таким образом, длительный прием пробиотиков у больных ВЯЗК в до- и послеоперационном периодах приводил к значительному улучшению клинических и лабораторных показателей, что, по-видимому, связано с их противовоспалительными и адаптивными свойствами и роли дисбактериоза в иммунопатологических процессах. Рекомендуется включение длительных курсов пробиотиков в комплексную терапию ВЯЗК, а также для подготовки культуры прямой кишки к восстановительным операциям.

24. К вопросу дифференцированной хирургической тактики при полипах и полипозах толстой кишки

Наврузов С.Н., Сапаев Д.А., Маматкулов Ш.М.,
Наврузов Б.С., Мирзахмедов М.М.
Ташкентская медицинская академия, Узбекистан

Полипы и полипозы толстой кишки (ППТК) – серьезная проблема XXI века, поскольку их частота неуклонно растет. Сущность заболевания заключается в поражении слизистой оболочки толстой кишки (ТК) множеством полипов. Течение прогрессирующее, приводящее к резко выраженному нарушению обмена веществ, анемии и почти обязательному (70%-100%) раковому перерождению полипов. Увеличивается число больных с грозными осложнениями этого заболевания: профузное кровотечение, перфорация и малигнизация полипов. В последние годы в медицинской печати периодически появляются сообщения о том, что летальность при хирургическом лечении полипов и полипоза толстой кишки (ППТК) остается достаточно высокой, составляет 4,40% и не имеет тенденции к снижению даже в специализированных центрах. Хирургическая тактика должна быть дифференцированной и индивидуальной, в зависимости от характера заболевания и уровня поражения толстой кишки. Своевременная диагностика и прогнозирование течения ППТК является необходимым условием разработки и выбора эффективной дифференцированной хирургической тактики.

Цель исследования: разработка дифференцированной хирургической тактики у больных полипами и полипозом толстой кишки на основе усовершенствованного комплекса диагностики и прогнозирования риска малигнизации полипов.

Результаты и обсуждение. Мы проанализировали результаты диагностики и лечения 283 больных, находившихся в Республиканском научном центре колопроктологии (РНЦКП) и Республиканском онкологическом научном центре (РОНЦ) МЗ РУз с 2000 по 2017 гг. по поводу ППТК. Все больные были разделены на 2 группы: 1-я (контрольная) – 81 больной, которым применяли традиционные методы обследования и хирургическую тактику лечения; 2-я (основная) – 102 пациента, прошедшие современные методы диагностики и лечения, включая виртуальную колоноскопию ВКС, молекулярно-генетический анализ APC, ПЦР. Среди пациентов мужчин было 60,7% (161), женщин – 39,3% (122). Диагноз ППТК устанавливали по результатам клинико-инструментальных и лабораторных исследований в соответствии с классификацией В.Д. Федорова.

По клиническим проявлениям у пациентов основной группы течение заболевания было несколько тяжелее, чем в контрольной. У 15 (8,2%) пациентов были выявлены патология гепатобилиарной системы (токсический гепатит, киста, эхинококкоз и гемангиома печени, цирроз печени, хронический холецистит). Патология кишечника отмечена у 15 (8,2%) больных в виде геморроя, анальных трещин, спастического колита. Патология сердечно-сосудистой системы (атеросклероз, ишемическая болезнь сердца, флеботромбоз, гипертоническая болезнь и др.) отмечена у 17 (9,3%). Эндокринные нарушения, ожирение, узловой зоб, сахарный диабет выявлен у 7 (3,8%) больных; патология системы крови (анемия, лимфостаз) – у 20 (10,9%); заболевания мочевыделительной системы – у 4 (2,2%); гинекологические заболевания – у 9 (4,9%).

Большинство больных страдали гастритами, в основном в виде атрофических и субатрофических изменений слизистой желудка. Реже всего диагностировали эзофагиты и эрозии.

У 25 больных проведены сочетанные (симультанные) операции. Брюшно-анальная резекция (БАР) прямой кишки с низведением проксимальных отделов ТК в анальный канал у 5 больных соче-

талась с удалением кисты яичника, ампутацией матки, эхинококкэктомией и резекцией желудка по Бильрот-1. Левосторонняя гемиколэктомия с трансверзоректальным анастомозом у 2 больных сочеталась с холецистэктомией и уретролитотомией. Правосторонняя гемиколэктомия с наложением илеотрансверзоанастомоза у 4 больных сочеталась с удалением кисты яичника и эхинококкэктомией. Резекция сигмовидной кишки с наложением колоректального анастомоза у 3 пациентов сочеталась с ректопексией по Кюммель – Зеренину и ампутацией матки. Субтотальная колэктомия с колоректальным анастомозом у 2 больных сочеталась с аппендэктомией и удалением кисты яичника. Тотальная колэктомия с илеоректальным анастомозом у 5 больных сочеталась с холецистэктомией, грыжесечением и резекцией желудка. Резекция сигмовидной кишки с наложением колоректального анастомоза у 4 больных сочеталась с аппендэктомией, удалением кисты яичника и фибромиомы.

Результаты лечения показали, что в основной группе с индивидуальным подходом к выбору оперативного вмешательства частота развития ранних послеоперационных осложнений и рецидивов заболевания была существенно меньше: при семейном диффузном полипозе (СДП) у 6 (17,7%) и 2 (5,6%) из 36 больных, что в 1,31 и 3,43 раза реже, чем в контрольной группе. Число выздоровевших больных в основной группе было в 1,3 раза больше, а рецидивов – в 10,2 раза меньше, чем в контрольной.

Выводы. 1. Основными клиническими предикторами развития полипов и полипоза толстой кишки являются молодой возраст, перенесенные ранее воспалительные заболевания кишечника, кровавый жидкий стул, вздутие живота, наличие гноя и слизи, анемия и кахексия неясного генеза. 2. Полипы и полипоз толстой кишки более чем в 90% случаев сочетаются патологией полипозного характера верхних отделов ЖКТ, гепатобилиарной и сердечно-сосудистой систем. 3. Разработанный комплекс диагностико-прогностических критериев для больных полипами и полипозами кишечника позволил дифференцировать выбор оперативного вмешательства, что привело к сокращению числа осложнений в 3,1 раза, повысить процент выздоровления с 65,7% до 83,5%, уменьшить число рецидивов в 10,2 раза.

25. Определение предикторов неблагоприятного течения неалкогольной жировой болезни печени у больных с метаболическим синдромом

Некрасова А.С., Стельмах В.В., Козлов В.К.
СЗГМУ им. И.И. Мечникова, Санкт-Петербург, Россия

Цель исследования: выявить предикторы неблагоприятного течения неалкогольной жировой болезни печени (НАЖБП) у больных с метаболическим синдромом (МС).

Материалы и методы. В клинике внутренних болезней и нефрологии на лечении находились 107 больных МС и НАЖБП на стадии неалкогольного стеатогепатита (НАСГ) (54% мужчин, 46% женщин, средний возраст (48±12) лет). Всем больным проводилось комплексное лабораторно-инструментальное обследование. Степень фиброза печени верифицировали с помощью ультразвуковой эластографии печени на аппарате FibroScan (Echosens, Франция) и/или пункционной гепатобиопсии.

Результаты. При анализе полученных данных выявлено, что у исследуемых больных неалкогольный стеатогепатит на стадии фиброза или цирроза печени (F I-IV по METAVIR) в 55% случаев встречался при наличии развернутой клинической картины МС (ожирения, АГ, нарушений углеводного и липидного обмена), в то время как совокупность всех компонентов МС у пациентов без фиброзных изменений печени (F 0 по METAVIR) была выявлена лишь в 26% случаев (p=0,03). По данным липидного профиля больных НАСГ и F I-IV по METAVIR наблюдалось снижение ЛПВП менее (1,09±0,07) ммоль/л, при F 0 по METAVIR данный показатель составил (1,45±0,11) ммоль/л (p<0,01). У больных НАСГ на стадии F I-IV по METAVIR значение гликированного гемоглобина составило (7,65±1,59)%, у пациентов с НАСГ без признаков фиброза печени (на стадии F 0 по METAVIR) – (6,12±0,19)% (p=0,04).

Вывод. К предикторам неблагоприятного течения НАЖБП с развитием фиброза различной степени тяжести и цирроза печени

можно отнести наличие всей совокупности компонентов МС (ожирение, АГ, нарушения углеводного и липидного обмена), снижение уровня ЛПВП не выше (1,45±0,11) ммоль/л и повышение уровня гликированного гемоглобина до значений не ниже (7,65±1,59)%.

26. Особенности биохимического профиля больных неалкогольной жировой болезнью печени в сочетании с хроническим вирусным гепатитом С
Некрасова А.С., Стельмах В.В., Козлов В.К.
СЗГМУ им. И.И. Мечникова, Санкт-Петербург, Россия

Цель исследования: выявить особенности биохимического профиля больных неалкогольной жировой болезнью печени (НАЖБП) в сочетании с хроническим вирусным гепатитом С (ХГС).

Материалы и методы. В клинике внутренних болезней и нефрологии на лечении находились 30 больных НАЖБП на фоне метаболического синдрома (МС) в сочетании с ХГС (70% мужчин, 30% женщин, средний возраст (49,5±2,3) года) и 107 пациентов с НАЖБП на стадии НАСГ и МС (54% мужчин, 46% женщин, средний возраст (48±12) лет). Всем больным проводилось комплексное лабораторно-инструментальное обследование.

Результаты. По данным биохимического анализа крови у больных НАЖБП в сочетании с ХГС зафиксировано существенное повышение уровня ферментов АЛТ до (139,5±18,2) ед./л (у больных НАСГ – до (74,5±3,6) ед./л, $p<0,05$), АСТ до (96,2±11,8) ед./л (у больных НАСГ – до (47,5±2,7) ед./л, $p<0,05$), инсулина крови до (27,32±6,54) мкЕд./мл (у больных НАСГ – до (19,63±1,32) мкЕд./мл, $p<0,05$) и расчетного индекса инсулинорезистентности НОМА-IR до 9,68±1,02 (у больных НАСГ до 6,14±0,63, $p<0,05$). По данным исследования липидного профиля исследуемых больных, в 65% случаев у пациентов с НАСГ атерогенная дислипидемия соответствовала IIb типу гиперлипопропротеидемий по Фредриксону (1965 г.), в то время как у больных НАЖБП в сочетании с ХГС наиболее частым нарушением липидного обмена явилось снижение ЛПВП и в меньшей степени – гипертриглицеридемия.

Вывод. Наличие ХГС у больных НАЖБП способствует более существенному повышению уровня биохимических ферментов АЛТ и АСТ, чем при НАЖБП на стадии НАСГ, усугубляет состояние инсулинорезистентности, а также вносит свой вклад в формирование нарушений липидного обмена.

27. Оценка эффективности применения сукцинатсодержащего лекарственного препарата «Ремаксол» в составе комплексной терапии больных неалкогольной жировой болезнью печени в сочетании с хроническим вирусным гепатитом С
Некрасова А.С., Стельмах В.В., Козлов В.К.
СЗГМУ им. И.И. Мечникова, Санкт-Петербург, Россия

Цель исследования: оценить эффективность сукцинатсодержащего лекарственного препарата «Ремаксол» в составе комплексной терапии больных неалкогольной жировой болезнью печени (НАЖБП) в сочетании с хроническим вирусным гепатитом С (ХГС).

Материалы и методы. В клинике внутренних болезней и нефрологии на лечении находились 30 больных НАЖБП на фоне метаболического синдрома в сочетании с ХГС. Мужчины составляли 70%, женщины – 30%. Средний возраст исследуемых больных составил (49,5±2,3) года. Всем больным проводилось комплексное лабораторно-инструментальное обследование. Пациенты были разделены на 2 группы, сопоставимые по полу и возрасту. Больные основной группы (n=15) в составе комплексной терапии получали инфузионную терапию метаболическим корректором с гепатопротективной активностью ремаксолом по 400 мл внутривенно капельно в течение 11 дней. Пациенты группы сравнения (n=15) получали в составе комплексной терапии S-аденозил-L-метионин по 400 мг внутривенно капельно в течение 11 дней.

Результаты. После инфузионного курса лечения у больных основной группы астеновегетативный и диспепсический синдро-

мы, а также боли в правом подреберье выявлялись существенно реже, чем в группе сравнения (14% против 47%, $p=0,04$, 6% против 24%, $p=0,02$, 8% против 21%, $p=0,03$ соответственно). По данным объективного осмотра у больных основной группы зафиксировано более значимое снижение частоты выявления болезненности в правом подреберье и уменьшение гепатомегалии, чем в группе сравнения (14% против 29%, $p=0,02$, 22% против 35%, $p=0,04$). Кроме того, у больных основной группы по данным биохимического анализа крови наблюдалось снижение уровня АЛТ на 37%, $p=0,007$ (в группе сравнения – на 24%, $p=0,02$), АСТ – на 25%, $p=0,01$ (в группе сравнения – на 17%, $p=0,04$), общего билирубина – на 40%, $p=0,001$ (в группе сравнения – на 21%, $p=0,04$), ГГТП – на 21%, $p=0,001$ (в группе сравнения – на 11%, $p=0,03$).

Вывод. Включение в комплексную терапию больных НАЖБП в сочетании с ХГС ремаксолом более эффективно, чем S-аденозил-L-метионина, и способствует улучшению клинического течения заболевания и регрессии основных биохимических синдромов.

О

28. Нарушение пищеварения у пациентов с дисфункцией желчного пузыря

Орешко Л.С., Цховребова З.М.

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

Актуальность. По данным многочисленных исследований, деформация желчного пузыря является причиной нарушения дренажной функции желчевыделения. В свою очередь дисфункция желчного пузыря вследствие наличия характерной клинической картины снижает качество жизни пациентов. Однако клинико-лабораторные данные нередко свидетельствуют о нарушении функции органа, функционально связанного с желчными путями. Недостаточное поступление желчи в ДПК в результате деформации желчного пузыря способствует избыточному бактериальному росту и нарушению микробного состава, что приводит к стеаторее.

Цель работы: оценить влияние дисфункциональных расстройств желчного пузыря на пищеварение.

Материалы и методы. Ультразвуковое исследование органов брюшной полости, копрологический анализ.

Результаты. По данным ультразвукового исследования органов брюшной полости у 52 пациентов были выявлены различные деформации желчного пузыря. При сборе жалоб у этих пациентов установлено наличие болевого синдрома в правом подреберье у 16 (30%) человек, вздутие и урчание – у 20 (38%), нарушение стула с преобладанием запоров – у 10 (19%), с преобладанием диареи – у 6 (11%).

Стеаторея выявлена у 22 (42%) человек, амилорея – у 10 (19%), креаторея – у 8 (15%), йодофильная флора – у 12 (23%).

Выводы. У пациентов с дисфункцией желчного пузыря часто встречается стеаторея, что свидетельствует о нарушении участия желчных кислот в процессе переваривания. Пациентам с аномалией желчного пузыря требуется своевременное применение корригирующей терапии.

29. Инновационные подходы к лечению синдрома нарушенного переваривания у больных целиакией

Орешко Л.С., Цховребова З.М.

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

Актуальность. Наследственные ферментопатии, обусловленные недостаточной активностью ферментов или их отсутствием, способствуют формированию патологического процесса, изменению микрофлоры. Среди таких ферментопатий наиболее изученной является целиакия. Было доказано, что при целиакии часто встречаются различные аномалии желчного пузыря, которые лежат в основе формирования синдрома нарушенного перевари-

вания. Расстройство процессов переваривания и всасывания в тонкой кишке приводит к изменению видового и численного состава микробиоценоза в толстой кишке и способствует манифестации клинических проявлений. Новым решением в лечении дисбиотических нарушений является метабитик последнего поколения «Актофлор-С».

Цель исследования: изучить эффективность биологически активной добавки «Актофлор-С» для коррекции дисбиотических нарушений.

Материалы, методы и результаты. Были обследованы 15 человек с верифицированным диагнозом целиакии с преобладанием запоров и признаками кишечной диспепсии. Всем обследуемым проводился сбор жалоб и оценка качественного и количественного состава микрофлоры кишечника. Клинические проявления до лечения были следующими: изжога отмечалась у 13 (87%) человек, отрыжка – у 12 (80%), абдоминальные боли – у 14 (93%), метеоризм – у 14 (93%), чувство неполного опорожнения кишечника – у 14 (93%). После проведенной терапии препаратом «Актофлор-С» выявлена положительная динамика: изжога у 7 человек (47%), отрыжка – у 6 (40%), абдоминальные боли – у 4 (27%), метеоризм – у 5 (33%), чувство неполного опорожнения кишечника – у 4 (27%). При оценке микрофлоры кишечника оказалось, что после проведенного лечения препаратом «Актофлор-С» у пациентов зарегистрировано достоверное увеличение общей бактериальной массы, произошедшее за счет нормальной микрофлоры.

Заключение. Использование метабитика последнего поколения «Актофлор-С» показано при синдроме нарушенного переваривания у больных целиакией.

II

30. Опыт применения энтеросорбентов в комплексном лечении больных с неинфекционной диареей в условиях многопрофильного стационара

Павлов А.И., Факина Ж.В.

3-й ЦВКГ им. А.А. Вишневого Минобороны России, Красногорск Московской обл., Россия

Цель исследования: оценить эффективность комбинированной терапии с использованием полиметилсилоксана полигидрата в лечении неинфекционных диарей различного генеза.

Материалы и методы. В многопрофильном стационаре в условиях 3-го ЦВКГ в 2015–2016 гг. изучен профиль неинфекционных заболеваний, протекавших с синдромом диареи. Оценена эффективность комплексного лечения острых и хронических диарей с использованием полиметилсилоксана полигидрата.

В 2015–2016 гг. остается стабильным количество случаев воспалительных заболеваний кишечника (15,7% в 2015 г. и 16% в 2016 г.) и синдрома раздраженного кишечника с диареей (СРК-Д) (10,4% и 99% соответственно). При этом количество больных с болезнью Крона, лечившихся в стационаре в 2015 г., снизилось в 2 раза (5,1% в 2015 г. и 2,5% в 2016 г.), а количество случаев язвенного колита незначительно возросло (с 10,6% до 13,5%).

Отмечен рост антибиотикоассоциированных диарей. Если в 2015 г. в госпитале было зарегистрировано 19 случаев внутригоспитальной диареи, связанной с лечением антибиотиками широкого спектра, то в 2016 г. уже 26, и их количество продолжает увеличиваться.

Результаты исследования. При лечении СРК-Д койко-день сократился в среднем на 4,1 сут (с 13,5 до 9,4, $p < 0,05$), что доказывает высокую эффективность включения энтеросгеля в комплексную терапию этого заболевания. Количество дефекаций сократилось в среднем с 3,4 в сутки при поступлении до 1,6 при выписке ($p < 0,05$).

Длительность терапии антибиотикоассоциированной диареи без применения препарата «Энтеросгель» по нашим данным составила в среднем 14,9 сут, при использовании этого препарата – 13,6 сут. Количество дефекаций сократилось в среднем с 8,5 в сутки при поступлении до 2,4 при выписке ($p < 0,05$).

Выводы. Процент заболеваний, протекающих с синдромом диареи, у получающих лечение в неинфекционном многопрофиль-

ном стационаре больных остается стабильно высоким. Включение энтеросорбента «Энтеросгель» сокращает сроки лечения неинфекционных диарей различного генеза и способствует снижению кратности стула.

31. Использование комбинированных эндоскопических методик (узкоспектральной и увеличительной эндоскопии, конфокальной лазерной эндомикроскопии) в диагностике поверхностных очаговых изменений слизистой оболочки толстой кишки

Потехина Е.В., Шулепова А.Г.

ЦГМА, «ОБП» УДП РФ, Москва, Россия

Цель исследования: определить диагностическую значимость конфокальной лазерной эндомикроскопии (КЛЭМ), узкоспектральной (NBI) и увеличительной (ZOOM) эндоскопии в диагностике поверхностных изменений слизистой оболочки толстой кишки (СОТК).

Материалы и методы. С июня 2011 г. по март 2016 г. обследованы 102 пациента с очаговыми изменениями СОТК. Исследование проводилось под седацией. КС, дополненная NBI и ZOOM, позволила детально визуализировать архитектуру, капиллярный рисунок и границы образований СОТК. Для оценки архитектоники ямочного и сосудистого рисунка использовались классификации Kudo, Sano, NICE. Сканирование с помощью КЛЭМ позволило получить микроскопическое изображение и произвести прицельную биопсию для гистологического исследования. Для оценки картины КЛЭМ использовались критерии, принятые в 2009 г. в Майями.

Результаты. После осмотра в белом свете и в режимах NBI, ZOOM заподозрены аденомы в 147 (56,7%) случаях, гиперпластические полипы (ГП) – в 93 (35,9%). При этом чувствительность, специфичность и общая точность методик (NBI, ZOOM) для аденом составила 91%, 94,9% и 93,4%, для ГП – 93%, 100%, 97,7%. После проведения КЛЭМ аденомы определены в 151 (58,3%) случае, ранний рак – в 2 (0,7%), ГП – в 97 (37,5%), из которых произведена биопсия. Аденома подтверждена в 158 случаях, ранний рак – в 2, ГП – в 99. Чувствительность, специфичность и общая точность методик (NBI, ZOOM, КЛЭМ) для аденом и ранних форм рака составила 100%, 91,7% и 96,2%, для гиперпластических полипов – 100%, 98,8% и 99,2%.

Выводы. КС, дополненная NBI, ZOOM и КЛЭМ, повышает диагностическую эффективность выявления очаговых образований СОТК и позволяет определить клеточную структуру образования.

R

32. Особенности качества жизни наблюдавшихся в амбулаторных условиях пациентов с онкологическими заболеваниями органов системы пищеварения

Романова М.М., Зуйкова А.А., Чуян А.О., Шарапова Ю.А. ВГМУ им. Н.Н. Бурденко, Воронеж, Россия

Цель: изучение качества жизни пациентов с онкологическими заболеваниями 2-й и 3-й клинических групп, в том числе органов системы пищеварения, наблюдавшихся в условиях первичного звена здравоохранения.

Материалы и методы. Под нашим наблюдением находились 60 пациентов с онкологическими заболеваниями 2-й и 3-й клинических групп, в том числе органов системы пищеварения. Критерии включения в исследование – учет системой первичной медико-санитарной помощи в рамках терапевтического отделения городской клинической поликлиники. Для оценки качества жизни применяли опросники MOS SF-36 и EORTC QLQ-C30 со специфическим модулем вопросов EORTC QLQ-FA12. Статистическую обработку данных проводили с помощью средних значений показателей и программного пакета «Statistica 10.0». Достоверность различий высчитывалась по U-критерию Манна – Уитни. Различия считались достоверными при $p < 0,05$.

Результаты и их обсуждение. Полученные результаты свидетельствуют о том, что пациенты, входящие в 3-ю клиническую группу, обладают более высоким уровнем КЖ в сравнении со 2-й по всем шкалам опросника MOS SF-36. Общие показатели составили в среднем для «Физического компонента здоровья – PCS» (38,42±3,61) балла и (50,46±3,93) балла во 2-й и 3-й группах соответственно; для «Психологического компонента здоровья – MCS» – (30,21±3,79) балла и (42,19±5,55) балла. При оценке глобального статуса здоровья (шкалы GHS/QL) опросника Европейской организации по изучению и лечению рака отмечалось достоверно более высокое удовлетворение пациентов от своего здоровья в группе окончивших лечение ($p < 0,05$) в отличие от пациентов, только подлежащих радикальному лечению.

Заключение. Таким образом, выявлен достоверно более высокий уровень качества жизни и снижение выраженности отрицательной симптоматики, связанной с онкологическим заболеванием, после проведения радикального лечения рака.

33. Анализ состояния аффективной сферы и качества жизни пациентов с неалкогольной жировой болезнью печени и коморбидной патологией

Романова М.М., Зуйкова А.А., Шлыкова Е.А., Остроушко Н.И.
ВГМУ им. Н.Н. Бурденко, Воронеж, Россия

Цель исследования: изучение аффективных расстройств и качества жизни у пациентов с неалкогольной жировой болезнью печени (НАЖБП) и сахарным диабетом (СД) 2 типа в условиях первичного звена здравоохранения.

Материалы и методы. Под нашим наблюдением находились 32 пациента с НАЖБП и СД 2 типа (24 женщины, 8 мужчин). Средний возраст составил (54,0±8,5) года. Всем им при верификации диагноза было проведено стандартное обследование, а также для оценки состояния аффективной сферы анкетирование по шкалам Гамильтона для определения уровня депрессии и тревоги. Для оценки качества жизни пациентов был использован опросник SF-36. Полученные данные обработаны статистически при помощи Microsoft Excel.

Результаты и их обсуждение. Статистический анализ результатов анкетирования по шкале Гамильтона для оценки тревоги показал, что клинически выраженное тревожное расстройство отмечалось у 68% пациентов, субклиническая форма без явных клинических проявлений – у 26%; по шкале Гамильтона для оценки уровня депрессии у 50% больных уровень депрессии оставался на легком или среднем уровне. При изучении результатов анкетирования по SF-36 следует отметить, что показатели качества жизни у лиц с НАЖБП и коморбидной патологией достоверно снижены практически по всем шкалам ($p = 0,05$). При проведении корреляционного анализа были выявлены прямые корреляционные связи между степенью выраженности тревожно-депрессивных расстройств и клинических проявлений НАЖБП ($r = 0,62$), длительностью сахарного диабета и степенью выраженности аффективных нарушений ($r = 0,67$), а также некоторые другие.

Заключение. Таким образом, согласно полученным данным, изменения аффективной сферы усугубляют течение НАЖБП, а качество жизни больных с НАЖБП значимо снижено при наличии аффективных расстройств и сахарного диабета 2 типа.

С

34. Состояние миоэлектрической активности ЖКТ больных с неврогенной анорексией

Сергеева А.М., Луфт В.М., Тявокина Е.Ю., Лапицкий А.В.
Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт скорой помощи им. И.И. Джанелидзе, Россия,
e-mail: spb_as@bk.ru

Цель исследования: изучить изменения ЖКТ у больных с неврогенной анорексией на различных стадиях ее течения.

Материалы и методы. Обследованы 57 женщин в возрасте от 18 до 55 лет с нарушениями пищевого поведения в виде анорексии.

Индекс массы тела (ИМТ) обследованных был менее 18,5 кг/м². Пациенток с 1 ст. заболевания (ИМТ 16,5–18,5 кг/м²) было 14, 2 ст. (ИМТ 14,5–16,4 кг/м²) – 20, 3 ст. (ИМТ 12,5–14,4 кг/м²) – 9, 4 ст. (ИМТ менее 12,5 кг/м²) – 14.

Изучена клиническая симптоматика нарушений со стороны ЖКТ. Проведена оценка состояния гастродуоденальной слизистой и миоэлектрической активности различных отделов пищеварительного тракта по данным электрогастроэнтерографии (ЭГЭГ), выполненной с помощью аппарата «Гастроскан-ГЭМ». Клиническая симптоматика нарушений со стороны ЖКТ проявлялась наличием чувства быстрого насыщения и тяжести в эпигастрии после приема пищи (64,9%), тошноты (26,3%), психогенной рвоты (15,8%), периодическими болями в эпигастрии (7,0%), а также стойкими запорами (71,9%). При фиброгастроэнтерографии у большинства больных выявлялись эндоскопические признаки поверхностной гастропатии, в одном случае выявлена язва ДПК. При анализе результатов исследования выявлено значительное повышение относительной электрической активности желудка и тонкой кишки (желудок (32,9±14,1)% при норме 22,4%, двенадцатиперстная кишка (4,2±4,0)% при норме 2,1%, тощая (6,2±4,9)% при норме 3,3%, подвздошная (13,4±6,6)% при норме 8,8%). В то же время наблюдалось значимое снижение показателей ЭГЭГ в области толстой кишки – (39,7±16,9)% при норме 64,04%). При анализе изменений данных ЭГЭГ в зависимости от стадии заболевания какой-либо закономерности не отмечалось.

Ф

35. Результаты диагностической 24-часовой импеданс-рН-метрии желудка и пищевода у больных с бронхиальной астмой и гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью

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

Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова, Россия,
e-mail: filippovdi@mail.ru

Цель: исследовать гастроэзофагеальный рефлюкс (ГЭР) у больных бронхиальной астмой (БА) легкой степени тяжести и гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью (ГЭРБ).

Материал и методы: 100 больных БА легкой степени тяжести, находившихся на лечении в стационаре дневного пребывания клиники НИИ интерстициальных и орфанных заболеваний легких ПСПбГМУ им. И.П. Павлова в 2017 году. Больные были разделены на две группы: 50 (50%) вошли в группу А с контролируемой БА и 50 (50%) – в группу Б с неконтролируемой БА. Показатели функции внешнего дыхания оценивали с помощью спирографии, уровень кислотности в пищеводе и желудке – с помощью 24-часовой импеданс-рН-метрии. Все пациенты получали базисную терапию ИГКС, соответственно легкой степени тяжести БА.

Результаты. В группе А при суточной рН-метрии патологический кислотный рефлюкс диагностирован у 35 (70%) больных, смешанный рефлюкс – у 13 (26%), патологический щелочной рефлюкс – у 2 (4%).

В группе Б при 24-часовой импеданс-рН-метрии патологический кислотный рефлюкс диагностирован у 5 (10%) больных, смешанный рефлюкс – у 28 (56%), патологический щелочной рефлюкс – у 17 (34%).

Заключение. У больных с неконтролируемой БА преобладает щелочной ГЭР. Щелочной заброс оказывает патологическое влияние на клинику дыхательных расстройств. Щелочной ГЭР является независимым фактором безуспешного контроля БА.

36. Комбинированный метод в диагностике доброкачественных стриктур общего желчного протока

Фомичева Н.В., Шулепова А.Г., Ульянов Д.Н., Данилов Д.В.
ЦГМА, Москва, Россия

Цель исследования: установить диагностическую ценность комбинации холангиоскопии (ХС) и конфокальной лазерной эндомикроскопии (КЛЭМ) в диагностике доброкачественных стриктур общего желчного протока (ОЖП).

Материал и методы. В проспективное исследование включены 43 пациента с выявленной стриктурой ОЖП. Первым этапом всем пациентам выполнена ЭРХПГ для оценки протяженности стриктуры, затем ЭПСТ и ХС, дополненная КЛЭМ и прицельной биопсией, для морфологического исследования.

Результаты. Истинно положительный результат получен у 15 (34,9%) пациентов, ложноположительный – у 1 (2,3%); ложноотрицательный результат – у 1 – (2,3%); истинно отрицательный – у 11 (25,6%).

Выводы. Диагностическая чувствительность, специфичность и общая точность комбинированного метода в диагностике доброкачественных стриктур ОЖП составляют 93,8%, 91,7% и 92,9% соответственно.

37. Комбинированный метод в диагностике злокачественных стриктур общего желчного протока

Фомичева Н.В., Шулепова А.Г., Ульянов Д.Н., Данилов Д.В.
ЦГМА, Москва, Россия

Цель исследования: установить диагностическую ценность комбинации холангиоскопии (ХС) и конфокальной лазерной эндомикроскопии (КЛЭМ) в диагностике злокачественных стриктур общего желчного протока (ОЖП).

Материал и методы. В проспективное исследование включены 43 пациента с выявленной стриктурой ОЖП. Первым этапом всем пациентам выполнена ЭРХПГ для оценки протяженности стриктуры, затем ЭПСТ и ХС, дополненная КЛЭМ и прицельной биопсией, для морфологического исследования.

Результаты. Истинно положительный результат получен у 11 (25,6%) пациентов, ложноположительный – у 1 (2,3%), ложноотрицательный результат – у 1 (2,3%), истинно отрицательный – у 2 (4,7%).

Выводы. Диагностическая чувствительность, специфичность и общая точность комбинированного метода в диагностике злокачественных стриктур ОЖП составляют 91,7%, 66,7% и 86,7% соответственно.

Х

38. Роль просульпина в коррекции невращения у пациентов с синдромом раздраженного кишечника (СРК)

Хамрабаева Ф.И., Аликулова Н.А.
Ташкентский институт усовершенствования врачей,
Узбекистан, e-mail: kh.feruza@yandex.ru, nibah@dk.ru

Цель: оценить клиническую эффективность препарата «Просульпин» в коррекции астенического синдрома у пациентов с синдромом раздраженного кишечника (СРК).

Материалы и методы. В исследование были включены 52 пациента (38 женщин и 14 мужчин, возраст от 28 до 40 лет) с синдромом раздраженного кишечника (СРК) и наличием различных психопатологических расстройств невротического регистра. Пациенты получали препарат «Просульпин» в дозе 0,5 г 2 раза в день независимо от приема пищи. Курс лечения 1 месяц.

Назначение сопутствующих психотропных препаратов не допускалось. Диагноз верифицирован современными клинико-инструментальными методами исследования. Пациентам проводилось психометрическое исследование.

Результаты. Анализ анкетных данных показал, что у пациентов с СРК имелись выраженные тревожные расстройства. В группе больных с запорным вариантом СРК наблюдался высокий уровень личностной и средний уровень ситуационной тревожности, обнаружены клинически достоверные нарушения вегетативной нервной системы. К концу трехнедельного курса применения просульпина практически полностью исчезли соматизированные проявления тревоги, купировались болевые ощущения и клинические симптомы соматовегетативной дисфункции, диссомнические расстройства, антивитаальные переживания. В процессе проведения клинического исследования были обнаружены незначительные побочные эффекты терапии.

Выводы. Просульпин является эффективным атипичным нейролептиком и препаратом выбора при терапии невротических и соматоформных нарушений. Эффект препарата проявляется быстро, уже к началу второй недели лечения. Просульпин практически лишен побочных эффектов, безопасен в применении, не снижает качества жизни пациентов.

Ш

39. Утренняя дефекация понижает риск запора

Шемеровский К.А., Овсянников В.И., Митрейкин В.Ф., Юров А.Ю.
Институт экспериментальной медицины, ПСПбГМУ
им. И.П. Павлова, Санкт-Петербург, Россия

Введение. Запор является фактором риска для рака толстой кишки, увеличивая этот риск в 2–4 раза. Низкая частота дефекации по сравнению с обычной частотой (не менее 1 раза в день) увеличивает риск сердечно-сосудистой смертности на 21%–39% [Honkura K. et al. Defecation frequency and cardiovascular disease mortality in Japan. *Atherosclerosis*. 2016 Mar; 246: 251–256]. Однако механизмы снижения частоты дефекации в случае запора остаются малоизученными.

Цель настоящей работы заключалась в определении взаимосвязи между частотой и фазой дефекации.

Методы. С помощью метода хроноэнтерографии были обследованы 115 гастроэнтерологов и колопроктологов (мужчин 53, женщин 62). Использовался опросник с 12 вопросами [Shemerovskii K.A. *ВВМ*. 2002; 133 (5): 503–505]. Регулярная дефекация (РД) определялась по частоте дефекации не менее 7 раз в неделю. Диагноз «нерегулярные дефекации» (НД) был поставлен при частоте дефекации 1–6 раз в неделю. Исследована связь регулярности дефекации с утренней или вечерней фазой.

Результаты. У большинства (40 из 53) мужчин (75%) были выявлены РД, и утренняя фаза дефекации была также выявлена у большинства (34 из 40) мужчин (85%). РД ассоциируется в основном с утренней фазой. У большинства (34 из 62) женщин (55%) были выявлены НД, и вечерняя фаза дефекации была также выявлена у большинства (21 из 34) женщин (62%). НД ассоциируется в основном с его вечерней фазой.

Выводы. 1. Регулярная дефекация – это преимущественно (на 85%) утренняя дефекация. 2. Нерегулярная дефекация – это в основном (на 62%) вечерняя дефекация. 3. Утренняя дефекация снижает риск запоров почти в 2 раза. 4. Утренняя дефекация за счет снижения риска запоров может способствовать профилактике колоректального рака и снизить риск сердечно-сосудистой смертности.

40. Инсулинорезистентность при неалкогольной жировой болезни печени

Шиповская А.А.¹, Дуданова О.П.¹, Курбатова И.В.²
¹ПетрГУ, e-mail: odudanova@gmail.com, ²ИБ КарНЦ РАН,
Петрозаводск, Россия

Цель исследования: определить патогенетическую и диагностическую роль инсулинорезистентности (ИР) при разных формах неалкогольной жировой болезни печени (НАЖБП).

Материал и методы. Обследованы 133 больных НАЖБП: мужчин 87 (65,4%), женщин 46 (34,6%), средний возраст

(49,0±11,4) года. Стеатоз печени (СП) выявлялся у 38 (28,6%), стеатогепатит (СГ) – у 95 (71,4%). Диагноз устанавливался на основании клинико-лабораторных данных, результатов УЗИ и гистологического исследования биоптатов печени. У всех больных исключен алкогольный, вирусный, аутоиммунный, лекарственный генез поражения печени. Уровень инсулина определялся методом ИФА, тест-системы («Insulin TEST System», США), TNF α (тест-системы «Human TNF α Platinum ELISA», «eBioscience», Австрия). НОМА-IR рассчитывался по формуле: инсулин натощак (мкЕд/мл)×глюкоза плазмы натощак (ммоль/л)/22,5. Статистическая обработка данных выполнялась с помощью «StatGraphics 2.1».

Результаты. У больных СП НОМА-IR составил 6,7±3,0, при СГ он возрастал в 2 раза – 13,5±4,4 ($p<0,05$). При СП с ИР отмечался достоверно более высокий уровень щелочной фосфатазы (ЩФ) – (265,4±67,3) ед./л и триглицеридов – (2,8±1,8) ммоль/л по сравнению с таковыми показателями при СП без ИР – (180,6±67,2) ед./л ($p<0,05$) и (1,5±0,6) ммоль/л ($p<0,05$) соответственно. При СГ с ИР достоверно был выше уровень TNF α – (7,5±1,9) пг/мл против (7,1±1,1) пг/мл ($p<0,05$).

Выводы. Инсулинорезистентность возрастает в 2 раза при стеатогепатите по сравнению со стеатозом печени и влияет на развитие внутрипеченочного холестаза при стеатозе печени и воспалении при стеатогепатите.

41. Гастроэзофагеальный рефлюкс как причина возникновения респираторных нарушений у часто болеющих детей

Шумейко Н.К., Сорокина Н.В., Громадина О.В.,
Кузнецов Г.Б.
МГМСУ им. А.И. Евдокимова, Москва, Россия

Цель исследования: изучить влияние гастроэзофагеального рефлюкса (ГЭР) на течение респираторных нарушений у часто болеющих детей (ЧБД) раннего возраста.

Материал и методы. Под наблюдением находились 217 детей в возрасте от 6 месяцев до 5 лет, относящихся к группе часто болеющих острыми респираторными заболеваниями (ОРЗ). Поскольку понятие ЧБД не является диагнозом и самостоятельной нозологической формой, для выявления патологии респираторной системы всем больным проводилось комплексное клинико-лабораторно-инструментальное обследование, включающее риноскопию, фарингоскопию, отоскопию, УЗИ пазух носа для оценки состояния аденоидов, миндалин, синусов, барабанных перепонок.

Результаты. У 94 детей (43%) были выявлены хронические заболевания ЛОР-органов (ринит, назофарингит, синусит, тонзиллит, ларинготрахеит). 15 больных (7%) предъявляли жалобы на отрыжку, халитоз, кашель в ночное время, дисфонию. Им была проведена фиброларингоскопия и эзофагогастроудоденоскопия. У 11 детей был выявлен фаринголарингеальный рефлюкс (в сочетании с ГЭР у 6, изолированно у 3). В то же время изолированный ГЭР выявлен только у 2 детей.

Заключение. В большинстве случаев частые ОРЗ объясняются нарушениями адаптации к потребностям роста и развития детей (напряжением процессов иммунного реагирования, недостаточностью резервных возможностей). В то же время заброс в пищевод и в гортаноглотку агрессивного рефлюктата предполагает появление внепищеводных симптомов рефлюксной болезни и способствует развитию заболеваний, в том числе гортани, клинически проявляющихся респираторной инфекцией, что требует коррекции лечебных мероприятий у данной группы пациентов.

42. Ультразвуковое исследование кровотока поджелудочной железы при заболеваниях верхних отделов пищеварительного тракта у детей

Шумейко Н.К., Шавлохова Л.А., Серебровская Н.Б.,
Кириллов В.И.
МГМСУ им. А.И. Евдокимова, Москва, Россия

Цель исследования: провести анализ показателей ультразвукового исследования (УЗИ) кровотока поджелудочной железы (ПЖ) при гастродуоденальной патологии у детей в режиме цветовой и энергетической доплерографии.

Материал и методы. Обследованы 36 детей в возрасте от 4 до 16 лет (12 девочек и 24 мальчика). У 27 детей диагностирован хронический гастродуоденит (ХГД) и у 9 – язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки (ЯБ). Всем больным проводилось УЗИ ПЖ в режимах цветовой и энергетической доплерографии.

Результаты. В период обострения у 18 детей с ХГД и у 7 с ЯБ был обнаружен феномен артериовенозного шунтирования. По мере наступления ремиссии резко снижалась выявляемость этого феномена, особенно с числом более двух сигналов. У 23 детей с ХГД и у 8 с ЯБ отмечалось резкое усиление венозного кровотока. Его визуализация значительно падала при ремиссии основного заболевания, оставаясь повышенной по сравнению со здоровыми детьми. У всех больных визуализировались мелкие артерии в ПЖ. Период развернутых клинических проявлений сопровождался снижением скорости кровотока в чревном стволе и верхней брыжеечной артерии. Этот показатель достигал нормативов в период ремиссии.

Заключение. Гемодинамика ПЖ при ХГД и ЯБ характеризовалась доплерографическими признаками усиления кровообращения: нарастанием скоростных и снижением резистентных показателей в паренхиматозных артериях, появлением венозного типа кровотока и феномена артериовенозного шунтирования, которые купировались при разрешении основного заболевания. Изменения гемодинамики в магистральных сосудах свидетельствуют о перераспределении кровотока в артериях, питающих верхние отделы органов пищеварения.

Abstracts in English

43. Assessment of the liver state in patients with chronic pancreatitis associated with metabolic syndrome

Khamrabaeva F.I.

Tashkent Medical Institute of Postgraduate Education,
Uzbekistan, e-mail: kh.feruza@yandex.ru

Purpose of investigation was to study some features of metabolic disturbances of the liver in the patients with chronic pancreatitis associated with MS.

Material and methods. The study was carried out on 52 patients, of them 9 males and 43 females. The mean age was (52.2±2.6) years. Control group included 14 individuals without signs of chronic pancreatitis (CP) and MS. Metabolic syndrome was diagnosed according to the criteria offered by medical experts of the USA national educational program on cholesterol.

In the blood there were measured glucose concentration and insulin level, as well as level of leptin and contents of the free fatty acids.

As the enzymatic markers of cytoplasmic localization there was determined: activity of fructose-1-phosphotaldolase, fructose-1,6 diphosphatase, general activity of lactate dehydrogenase and gamma-glutamyltranspeptidase, as enzymatic markers for mitochondria there was studied malate dehydrogenase.

Results. There were found reliable changes in the studied blood parameters in the patients with CP associated with MS. The state of dyslipidemia expressed in the majority of patients with associated form of pathology showed formation of the resistance to insulin. The changes revealed in the blood lipid spectrum was accompanied by increase in levels of non-etherificated fatty acids, on the average, three times and indicated about damage of their transfer by blood and absorption by cells. Increase in blood of the levels of free fatty acids was accompanied by the hyperinsulinemia and provided disorder of the function of the receptors to insulin and absorption glucose by cells.

The damage of receptor-mediated transport of the fatty acid on the basis of hyperinsulinemia results in structure changes of the cell membranes that induce metabolic changes in the body cells. First of all the complex of systemic metabolic changes involves carbohydrate metabolism in the liver hepatocytes and the in the other organs. Under these conditions mitochondria and cellular membranes become insensitive to hormone effect and the pathological syndrome of resistance has been developed to the effect of insulin. The results of blood investigations showed also 2,5-fold higher levels of mitochondrial enzyme malate dehydrogenase ($p < 0,05$).

Conclusion. Thus, in the patients with CP associated with MS there was observed disorders in the glucose-insulin homeostasis related to hormonal disorders and also to change of metabolism in the cells induced by free fatty acids.

44. Characteristics of lipid and carbohydrate spectrum in the patients with chronic pancreatitis associated with metabolic syndrome

Khamrabaeva F.I.

Tashkent Medical Institute of Postgraduate Education,
Uzbekistan, e-mail: kh.feruza @yandex.ru

Purpose of this investigation was to study the role of insulin and adipokines (adiponectin, resistin, leptin) in the formation of CP in the patients with MS.

Material and methods. The main clinical group included 52 patients with CP associated with MC at the age from 18 to 68 years. Males were 9 and females – 43. Control group was composed of 14 subjects, mainly of women of fertile age without manifestations of CP and MS. Glucose blood concentration (mmol/l) was measured by glucose oxidase method; insulin resistance index was calculated by formulae HOMA-IR. The value more than 2.27 was considered as presence of insulin resistance. The insulin level in the blood was measured by immune-enzymatic method. At level of insulin on empty stomach higher than 12.5 mcUN/ml the hyperinsulinemia was diagnosed.

Results. The data obtained indicated about reliable change in the lipid spectrum in the patients with CP associated with MS. Thus, total cho-

lesterol level was increased in 53% of patients, triglyceride – in 72.4%, LDLP CS – in 58% of patients with associated form of disease in a part of patients, concentration of total cholesterol increased 1,5-2 times the high limit of references; triglyceride increased 2-4.5 times the norm < and level of LDLP CS – 1.7-2.2 times. Concentration of LDLP CS which is known by its antiatherogenic effect and participating in the processes of cholesterol elimination, was decreased in more than a half of patients with CP associated with MS.

The observed increase level of leptin in the blood serum in studied patients, which concentration increase 1.5 times in studied pathology < may be considered as one of factors of pathogenesis of arterial hypertension in patients with CP associated with MS.

Resistin plays the key role in the appearance of excessive weight. This hormone is synthesized by fatty cells (adipocytes) and induced resistance to insulin in the body tissue. The decrease in this hormone level results in increase in adipocyte cell sensitivity to insulin and capture of glucose by these cells that promotes increase in body mass and obesity.

Conclusion. Thus in the patients with CP associated with MS there are noted reliable high values of lipid and carbohydrate blood spectrum, the state of hyperleptinemia and lower content of resistin and adiponectin that should be considered during treatment of these patients.

45. Features of treatment of chronic pancreatitis with steatosis of the pancreatic gland

Khamrabaeva F.I.

Tashkent Medical Institute of Postgraduate Education,
Uzbekistan, e-mail: kh.feruza@yandex.ru

The purpose of our research was to study characteristic features of the progress of chronic pancreatitis in association with steatosis of the pancreatic gland as well as questions of improvement of diagnosis of steatosis of the pancreatic gland.

Material and Methods. We studied 52 patients with chronic pancreatitis from them in 25 patients the steatosis of pancreatic gland was diagnosed. Group 1 included 11 patients with chronic pancreatitis associated with steatosis of pancreatic gland who received proton pump inhibitors (PPI) + enzymatic preparation (EP), group 2 comprised 14 patients with chronic pancreatitis and steatosis of pancreatic gland who received Heptral a daily dose a 800 mg.

All patient underwent the complex examination including: physical examination, interview, data collection about the state of internal organs, measurement of arterial pressure, body mass index, laboratory methods of investigation (amylase content in the blood and urine, cholesterol, triglycerides, lipoproteins, ALT, AST, bilirubin, total protein, glucose level in the blood), coprogram included the general analysis of feces and determination of fecal elastase). For verification of the diagnosis all patient were performed transabdominal investigation. The computed tomography was used for determination of the steatosis of pancreatic gland.

Results. The results of the investigations performed showed that the patients with chronic pancreatitis and steatosis of the pancreatic gland are characterized by the higher level of glykemia, triglyceridemia as well as by higher parameters in the blood serum of gamma-glutamyltranspeptidase in comparison with persons suffering from CP without steatosis ($p < 0,05$). The performance of computed tomography of the abdominal cavity allows improvement and reliability diagnosis of steatosis of pancreatic gland. On the basis of changes revealed at computer tomography in 14 patients steatosis of pancreatic gland was noted. After the interview performed among the participants it was clear, that in Uzbekistan, in view of regional and mental peculiarities, the chronic pancreatitis is accompanied more often by steatosis of pancreatic gland. At presence of steatosis of pancreatic gland the disorders of carbohydrate metabolism, liver steatosis were diagnosed more often. The comparative studies performed showed that the efficiency of therapy appeared much higher in group 2 of the patients who received Heptral additionally to the standard therapy in order to regulate lipid and carbohydrate metabolism with parallel considering of the effect on the liver function due to hepatoprotective, antioxidant and antiapoptosis effect as, at the majority of the patients with steatosis of the pancreatic gland there was found liver steatosis. After therapy with Heptral there were observed significant changes in biochemical pa-

rameters of blood analysis to the end of the fourth week. It is important that the detailed estimation of the criteria of quality of life of the patients allows to conclude, that the inclusion of preparation Heptral into the complex of treatment promotes significant improvement of quality of life of the patients.

Conclusion. Heptral seems to be an effective preparation not only for treatment of the pathology of liver, but also during treatment of chronic pancreatitis with steatosis of the pancreatic gland.

46. Morning defecation lowers risk of constipation

Shemerovskii K.A.¹, Ovsiannikov V.I.¹, Mitreikin V.F.², Jurov A.J.¹

¹Institute of Experimental Medicine, ²Pathophysiology, St-Petersburg Medical University I.P. Pavlov, Russia

Introduction. Constipation is a risk factor for colorectal cancer, increasing this risk 2-4 times. A low frequency of defecation (1 time/2-3 days) compared to regular defecation (≥ 1 per day) increased the risk of cardiovascular mortality by 21%, and constipation (≤ 1 time/4 days) increased the mortality risk by 39%. However, the mechanism of lowering the defecation frequency in the event of constipation remains poorly understood.

The purpose and Methods. The aim of this work was to determine the relationship between the frequency and phase of defecation. We used the method of Chronoenterographia. We used questionnaires surveyed 115 of gastroenterologists and coloproctologists, (53 men and 62 women) 8-9.09.2017 in St. Petersburg on the 12th Congress of the International Specialists on Colorectal Cancer.

Regular defecation (RD) was determined according to the defecation frequency at least 7 times per week (≥ 1 times per day).

Irregular defecation (ID) was diagnosed by the defecation frequency of 1-6 times a week.

The relationship of defecation regularity with its Morning or Evening phase was studied.

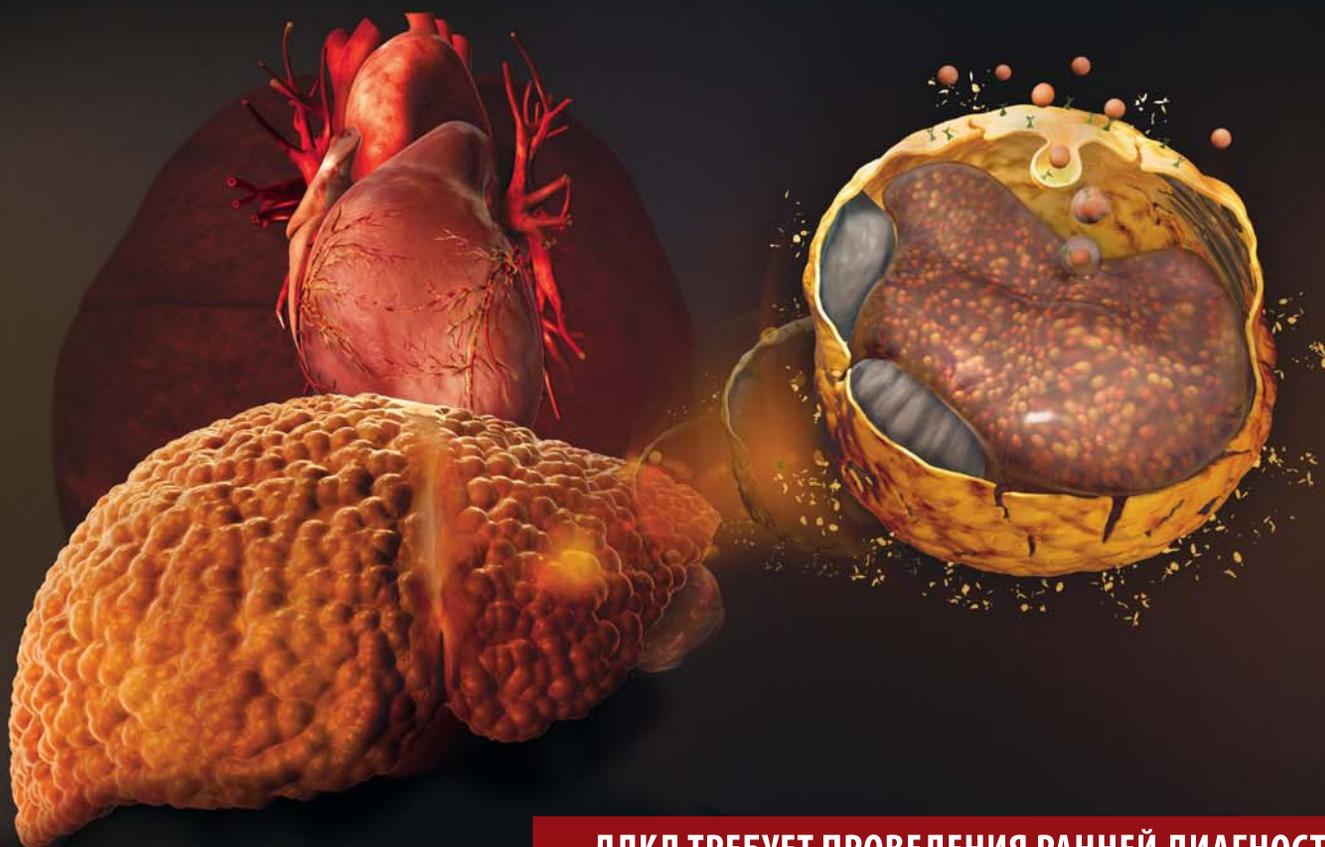
Results. The majority (40 out of 53) men (75%) were identified RD, and the Morning phase of defecation was also identified in the majority (34 of 40) men (85%). RD is associated mainly with its Morning phase. The majority (34 of 62) of women (55%) was identified as ID, and the Evening phase of defecation was also detected in most (21 of 34) women (62%). ID is associated mainly with its Evening phase. The correlation between the defecation frequency and phase of all persons are presented in the table.

Defecation frequency, Regularity	Phase of defecation		Total
	Morning	Evening	
7 times a week, Regular rhythm	58	10	68
1-6 times a week, Irregular rhythm	19	28	47
Total	77	38	115

Insights. 1. Regular defecation is predominantly the Morning defecation. 2. Irregular defecation is mostly the Evening defecation. 3. Morning defecation lowers the risk of constipation. 4. Morning defecation through lowering the risk of constipation can contribute to the prevention of colorectal cancer and can decrease the risk of cardiovascular mortality.

ДЛКЛ: УГРОЖАЮЩЕЕ ЖИЗНИ ГЕНЕТИЧЕСКОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ С ПРОГРЕССИРУЮЩИМ ПОРАЖЕНИЕМ ВНУТРЕННИХ ОРГАНОВ, ВКЛЮЧАЯ ПЕЧЕНЬ, СЕЛЕЗЕНКУ, КИШЕЧНИК, СОСУДЫ И ДР., ПРИВОДЯЩЕЕ К ПРЕЖДЕВРЕМЕННОЙ СМЕРТИ¹

ПРОГРЕССИРУЮЩЕЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ ПЕЧЕНИ? ПОДУМАЙТЕ О ДЕФИЦИТЕ ЛИЗОСОМНОЙ КИСЛОЙ ЛИПАЗЫ (ДЛКЛ).



ДЛКЛ ТРЕБУЕТ ПРОВЕДЕНИЯ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ И АКТИВНОГО МОНИТОРИНГА В СВЯЗИ С РАЗВИТИЕМ ГУБИТЕЛЬНЫХ И НЕПРЕДСКАЗУЕМЫХ ПОСЛЕДСТВИЙ²

Литература:

1. Bernstein DL, et al. *J Hepatol.* 2013;58:1230-43. doi:10.1016/j.jhep.2013.02.014.
2. Reiner Ž, et al. *Atherosclerosis.* 2014;235:21-30. doi:10.1016/j.atherosclerosis.2014.04.003.

ООО «Алексион Фарма»
143421, Московская область, Красногорский район,
26-й км автодороги «Балтия», Бизнес-центр «Рига Лэнд»,
Блок Б, этаж 2. Тел.: +7 (495) 280 17 01

RU/UNB-LAL/16/0002 03.2016

ALEXION®

Салофальк®

Гранулы 500 мг и 1000 мг



Инновационная технология двойного высвобождения

- 3 г один раз в день для лечения активного язвенного колита
- 1,5 г один раз в день для поддержания ремиссии при язвенном колите
- Непрерывное выделение месалазина **на всем протяжении толстой кишки**

Салофальк®. Состав и форма выпуска. Салофальк таблетки, покрытые кишечнорастворимой пленочной оболочкой, 250 мг и 500 мг: 1 таблетка содержит соответственно 250 или 500 мг месалазина; в коробке – 50 или 100 таблеток. Салофальк гранулы, покрытые кишечнорастворимой оболочкой, пролонгированного действия, 500 мг и 1000 мг: 1 пакетик содержит соответственно 500 или 1000 мг месалазина; в коробке – 50 пакетиков. Салофальк суппозитории ректальные 250 мг и 500 мг: 1 суппозиторий ректальный (свеча) содержит соответственно 250 или 500 мг месалазина; в коробке – 10 или 30 суппозитория. Салофальк суспензия ректальная 2 г/30 мл, 4 г/60 мл: 1 микроклизма одноразового применения содержит соответственно 2 или 4 г месалазина в 30 или 60 мл суспензии соответственно; в коробке – 7 шт. Салофальк пена ректальная дозированная 1 г/апликация: 1 апликация (впрыскивание) содержит 1 г месалазина в 30 мл пены. Каждый баллончик рассчитан на 14 апликаций, что соответствует 7 дозам по 2 г. **Фармакологическое действие.** Противовоспалительное. Ингибирует синтез метаболитов арахидоновой кислоты (ПГ), тормозит миграцию, дегрануляцию и фагоцитоз нейтрофилов, секрецию иммуноглобулинов лимфоцитами; связывает и разрушает свободные радикалы кислорода; ингибирует образование провоспалительных цитокинов; подавляет экспрессию генов, ответственных за инвазивность, метаболизм и стрессоустойчивость бактерий. **Фармакокинетика.** В зависимости от лекарственной формы высвобождение месалазина происходит в прямой и ободочной кишке (суппозитории, клизмы, пена) или в терминальном отделе тонкой кишки и в толстой кишке (таблетки, гранулы). Таблетки и гранулы начинают растворяться в тонкой кишке (при pH \geq 6). На скорость растворения оболочки и высвобождение месалазина не влияют изменения pH, вызванные приемом пищи или препаратов, а также состояние микробиоценоза кишечника. **Показания.** Язвенный колит, болезнь Крона. **Противопоказания.** Гиперчувствительность, болезни крови, печеночная недостаточность, детский возраст (до 2 лет). **Побочные эффекты.** Редко – боли в области живота, диарея, метеоризм, головные боли и головокружение, аллергические реакции, в единичных случаях – интерстициальный нефрит, синдром системной красной волчанки, метгемоглобинемия, тромбоцитопения. **Способ применения и дозы.** При распространенных формах язвенного колита (тотальных и субтотальных), применяют таблетки и гранулы, как правило, в комбинации с клизмами или пеной. При болезни Крона с поражением тонкой кишки применяют таблетки. При левосторонних и дистальных поражениях толстой кишки эффективна комбинация ректальных форм (суппозитория, клизма или пены) с гранулами. Таблетки принимают до еды, запивая большим количеством воды. Гранулы можно принимать вне зависимости от приема пищи. Для лечения легких и среднетяжелых форм активного язвенного колита препарат назначают в дозе 1,5–3 г/сут в 3 приема (таблетки) или однократно (гранулы), при болезни Крона – в дозе до 4,5 г/сут (таблетки); в случае тяжелого течения ВЗК общая суточная доза препарата может быть увеличена до 6–8 г (на срок не более 8–12 нед). Для профилактики рецидивов препарат назначают внутрь в дозе 1,5 г/сут или же комбинируют таблетки или гранулы (1 г/сут) со свечами (500 мг на ночь). Ректально при проктите, проктосигмоидите и левостороннем язвенном колите для лечения обострений применяют свечи в дозе 1–1,5 г/сут, клизмы (4 г/60 мл или 2 г/30 мл в зависимости от распространенности поражения) и пену. Для профилактики рецидивов язвенного колита, ограниченного поражением прямой кишки, эффективно уже применение свечей по 0,75–1 г в сутки. **Меры предосторожности.** Препарат рекомендуется применять только под контролем врача.

DR. FALK PHARMA GmbH



Leinenweberstr. 5
79108 Freiburg
Germany