

## Материалы 9-й Северо-Западной научной гастроэнтерологической сессии

### А

#### 1. Иммунологические особенности хронического вирусного гепатита (HCV) у наркоманов и с ВИЧ-инфекцией

Абдуллоева З.М., Дустов А., Алимова Н., Азимова С.  
Институт гастроэнтерологии МЗ Республики Таджикистан, Душанбе, Таджикистан

**Цель:** изучить иммунологические особенности у больных хроническим гепатитом С, включая влияние сопутствующих ВИЧ-инфекции и наркозависимости.

**Материал.** Нами было проведено наблюдение 64 больных хроническим гепатитом С (ХГС) – 52 мужчин и 12 женщин в возрасте от 24 до 43 лет (в среднем  $32,0 \pm 2,6$  года), находившихся на лечении и диспансерном наблюдении в Институте гастроэнтерологии, Центре по профилактике и борьбе со СПИД г. Душанбе, Республиканском Наркологическом Центре МЗ Республики Таджикистан в период 2008–2010 гг.

**Результаты.** У больных ХГС выявлено снижение уровня CD4+ клеток и повышение содержание CD19+ и CD8+ лимфоцитов, CD25, а также иммуноглобулинов класса А и G. В группе наркоманов регистрировались достоверное по отношению к группе сравнения снижение коэффициента CD3+/CD19+, в основном, за счет повышения числа CD19+ клеток, и гиперпродукция IgE. Микст-инфицирование ВИЧ и HCV приводило к дополнительному, значимому по отношению к группе сравнения, снижению таких параметров, как уровень CD3+, CD16+ лимфоцитов. Относительное содержание CD8+ клеток у пациентов с ко-инфекцией значимо превышало аналогичный показатель в группах лиц, моноинфицированных вирусом гепатита С. При микст-инфицировании ВИЧ и HCV достоверно чаще выявлялось повышение иммуноглобулинов класса М. У ко-инфицированных пациентов отмечалось постепенное повышение всех изученных классов иммуноглобулинов в начальной стадии ВИЧ-инфекции.

**Выводы.** Иммунные нарушения при хронической HCV-инфекции связаны с дисфункцией иммунокомпетентных клеток и гуморальных факторов иммунитета. Рассмотренные ко-факторы, такие как потребление наркотиков и микст-инфицирование ВИЧ, у больных ХГС усугубляют иммунный дисбаланс.

#### 2. Эффективность патогенетической терапии вирусного гепатита С

Агафонов В.М., Бурмагина И.А., Бурмагин Д.В.  
Северный ГМУ, Архангельск, Россия,  
e-mail: vagaf1@rambler.ru

**Цель исследования:** оценка динамики цитолитического синдрома на фоне патогенетической терапии хронического вирусного гепатита С с использованием препарата глицирризиновой кислоты. Проведены наблюдения 52 больных хроническим вирусным гепатитом С, 3 генотипом, с умеренно выраженным цитолитическим синдромом, получавших противовирусную и патогенетическую терапию в амбулаторных и стационарных условиях. Оценка эффективности проводилась на основе биохимических тестов в динамике на момент начала терапии и после окончания курса лечения. Первая группа пациентов из 22 человек получала в составе патогенетической терапии инфузии фосфогилива по 2,5 г в течение 10 дней и базисную терапию, вторая – только базисную терапию. Противовирусная терапия проводилась стандартными интерферонами альфа-2b и рибавирином.

В первой группе пациентов после курса инфузий фосфогилива наблюдалось субъективное уменьшение слабости, уменьшение тяжести в правом подреберье. Во второй группе на фоне базисной терапии подобная динамика была выражена в меньшей степени. Проявления побочных эффектов противовирусной терапии в первой группе также уменьшились. Подъем температуры после инъекций интерферона в первой группе встречался у 72% боль-

ных против 92% во второй, артралгии – у 55% против 72% у второй. Анемия встречалась лишь у четырех пациентов во второй группе, лейкопения – у трех пациентов в первой группе и у пяти во второй. Во второй группе на фоне противовирусной терапии у двух больных повысился уровень билирубина с появлением желтухи. Уровень цитолиза снизился в обеих группах, обследованных к моменту выписки, достоверной разницы в их показателях выявлено не было, однако тенденция к более низкому уровню цитолиза в первой группе наблюдалась.

#### 3. Частота выявления *C. difficile*, гемолитической *E. coli* и *K. pneumonia* в фекалиях недоношенных новорожденных детей

Алехина Л.А., Гончар Н.В., Суворова М.А.  
ДГБ № 1, ВМедА им. С.М. Кирова, НИИЭМ СЗО РАМН, Санкт-Петербург, Россия

**Цель исследования:** оценить частоту выявления в фекалиях недоношенных новорожденных детей *C. difficile* (*Cd*), гемолитической *E. coli* (*ГЕс*) и *K. pneumonia* (*Кр*) в высоких титрах в зависимости от использования пробиотика *E. faecium* L3 и манифестации инфекционных осложнений (ИО).

**Материалы и методы.** Наблюдали 55 глубоконедоношенных новорожденных детей. Группа 1 (n=26) получала стандартную терапию, включающую антибиотики; группа 2 (n=29) дополнительно получала внутрь пробиотик *E. faecium* L3 три раза в день 14 дней. Изучали состав микрофлоры кишечника у 50 детей трехкратно по данным исследования фекалий методом ПЦР-РТ и бакпосева (исследование 1 – при поступлении, исследование 2 – после 14-дневного курса антибиотиков, исследование 3 – контроль через 14 дней). Эффективность выхаживания детей оценивали по частоте ИО.

**Результаты.** ИО диагностированы у 53,8% детей группы 1 и 20,7% группы 2 (p<0,05). *Cd* выделена в исследовании 1 у 3,9% детей группы 1 и 4,2% группы 2; в исследовании 2 – у 12% и 14,8% детей соответственно; в исследовании 3 – у 24% и 30,8% детей. *ГЕс* выделена в исследовании 1 у 16% детей группы 1 и 6,9% группы 2; в исследовании 2 – у 12,5% и 24,1%; в исследовании 3 – у 29,9% и 18,5%. В группе 1 при сравнении исследований 2 и 3 отмечено нарастание в 2,2 раза частоты выделения *ГЕс*, в группе 2 – снижение в 1,3 раза. *Кр* выделена в исследовании 1 у 40% детей группы 1 и 44,8% группы 2; в исследовании 2 – у 66,7% и 79,3%; в исследовании 3 – у 76,9% и 85,2%. Сочетание *Cd*, *ГЕс* и *Кр* в исследовании 3 при наличии ИО отмечено у 2 детей (7,7%) группы 1 и у 1 (3,4%) группы 2.

**Заключение.** Использование пробиотика *E. faecium* L3 у недоношенных детей способствует снижению частоты инфекционных осложнений на фоне снижения частоты выделения из фекалий гемолитической *E. coli* и сочетания ее с *C. difficile* и *K. pneumonia*.

#### 4. Безопасность и эффективность применения фагового коктейля в профилактике пищевых инфекций

Алешкин А.В.<sup>1</sup>, Воложанцев Н.В.<sup>2</sup>, Светоч Э.А.<sup>2</sup>,  
Афанасьев С.С.<sup>1</sup>, Васильев Д.А.<sup>3</sup>  
<sup>1</sup>НИИЭМ им. Г.Н. Габричевского, Москва,  
e-mail: ava@gabri.ru; <sup>2</sup>ГНЦ ПМБ, Оболонск,  
<sup>3</sup>Ульяновская ГСХА, Россия

**Цель исследования:** оценка безопасности и эффективности БАД, содержащей оптимальные концентрации фагов, активных против бактерий, вызывающих пищевые инфекции.

**Материалы и методы.** С использованием банка референс-штаммов и УПМ, выделенных от пациентов, обследованных в КДЦ, отобраны производственно перспективные бактериофаги. С помощью микробиологических, биохимических и молекулярно-генетических методов исследованы их биологические свойства. Отработана технология получения фагового коктейля, подтверждена безопасность и эффективность полученной БАД на лабораторных животных и в программе медицинской реабилитации лиц с хроническими заболеваниями органов пищеварения.

**Результаты исследования.** Все штаммы фагового коктейля вирулентные, обладающие широким спектром литической активно-

сти и высокой урожайностью при культивировании на твердой среде. Геномы бактериофагов протестированы на присутствие известных локусов патогенности и не содержат их. Смесь стерильных фильтратов фаголизатов не содержит шига-подобных токсинов и дополнительно очищается от эндотоксина под контролем ЛАЛ-теста. БАД на основе фагов в опытах *in vitro* не лизирует нормальную кишечную палочку и не угнетает рост бифидобактерий и лактобацилл. Подтверждена безопасность и эффективность применения фагового коктейля на лабораторных животных. Получены положительные результаты по комплексу клинико-лабораторных показателей при включении БАД в программу реабилитации у лиц с СРК и запорами.

**Выводы.** Разработана безопасная и эффективная БАД на основе фагов, позволяющая при ее профилактическом применении снизить риск развития спорадических случаев и эпидемических вспышек пищевых инфекций.

##### 5. Клинические проявления печеночной энцефалопатии у больных циррозом печени в динамике лечения

Альтман К.С., Хромцова О.М., Андреев П.В.  
Уральская ГМА (каф. внутренних болезней № 4),  
Екатеринбург, e-mail: altman.ksenia@gmail.com

**Цель исследования:** изучить клинические проявления печеночной энцефалопатии (ПЭ) у больных циррозом печени (ЦП) в динамике лечения, включающего гипоаммониемические средства.

**Материалы и методы.** На базе МБУ ЦГБ № 7 Екатеринбургa нами были обследованы 15 пациентов с ЦП различной этиологии. Исследование включало изучение степени выраженности ПЭ до начала лечения и в динамике через месяц на фоне терапии L-карнитином или L-орнитин-L-аспаратом случайным образом выбранных больных. Всем пациентам проводилось общеклиническое обследование, определение стандартных биохимических показателей в сыворотке крови, определение уровня аммиака в венозной крови (метод VITROS AMON Slide), УЗИ органов брюшной полости, ФГДС, тесты: краткая шкала оценки психического статуса – опросник MMSE (M.F. Folstein, 1975), тест связи чисел (тест Рейтона, ТМТ).

**Результаты и обсуждение.** На фоне проводимой терапии отмечалась положительная динамика клинических данных в сравнении с началом исследования: нормализацию сна и повышение активности отметили 80% больных, снижение выраженности желтухи – 67%, уменьшение выраженности асцита – 87%. Наблюдалась тенденция к улучшению показателей теста связи чисел, время выполнения которого уменьшилось с (98,6±22,4) с до (75,1±9,1) с. При проведении теста MMSE наблюдалось достоверное повышение количества баллов – (21,5±0,8) балла против (19,2±0,9) балла. В динамике наблюдалось достоверное снижение прямой и непрямой фракций билирубина, щелочной фосфатазы, тенденция к снижению уровня аммиака с (73,6±9,1) мкмоль/л до (61,5±6,4) мкмоль/л.

**Выводы.** Терапия, включающая гипоаммониемические средства, эффективна в лечении ПЭ у пациентов с ЦП.

##### 6. Особенности изменений функционального состояния тонкой кишки и иммунологического статуса при хроническом панкреатите

Архий Э.И., Москаль О.Н., Мишанич Т.В., Дербак М.А.  
Ужгородский национальный университет (мед. ф-т),  
Украина

**Цель исследования:** изучить изменения гидролиза и транспорта углеводов, а также иммунологического статуса при хроническом панкреатите (ХП).

**Материалы и методы.** Наряду с общеклиническим исследованием у 86 больных ХП проводились функциональные углеводные нагрузки глюкозой и сахарозой и определение уровней IL-1, IL-6, IL-8.

**Результаты и их обсуждение.** У больных ХП с помощью функциональных углеводных нагрузок обнаружены различные формы отклонений от нормы. Наиболее существенные из них состояли в повышении гидролиза сахарозы (42,5%), понижении (44,5%) и сохранении в пределах нормы (13%), а также в ускорении процессов всасывания и замедлении депонирования углево-

дов (48%) или в отсутствии изменений этих процессов (52%). Таким образом, при ХП важно учитывать функции тонкой кишки, а при нарушении процессов депонирования углеводов – возможную эндокринную недостаточность ПЖ, как и нарушение интерлейкинового статуса, характеризующееся повышением уровня всех провоспалительных интерлейкинов.

**Выводы.** При ХП целесообразно в план обследования включать функциональные углеводные нагрузки глюкозой и сахарозой, а также исследование интерлейкинового статуса.

Оптимизация стандартных схем лечения ХП может быть достигнута с помощью коррекции нарушенного функционального состояния тонкой кишки и эндокринной недостаточности ПЖ.

## Б

##### 7. Исследование периферических и центральных механизмов противоязвенного эффекта Хар-Булуцкой минеральной воды при экспериментальном ацетатном язвообразовании у белых крыс

Бадмаева С.Е., Абушинова Н.Н., Бадмаева К.Е., Зараева А.Б.  
Калмыцкий государственный университет, Элиста, Россия,  
e-mail: badmaevase80@gmail.com

**Цель исследования:** в экспериментах на животных исследовать влияние Хар-Булуцкой минеральной воды на формирование ацетатной язвы желудка и выявить ее лечебные противоязвенные свойства.

**Материалы и методы.** Наиболее удобной моделью для исследования лечебных эффектов, то есть эффектов, влияющих на формирование и заживление язвы, является ацетатная модель язвообразования по методу Окабе (Okabe et al., 1971). В экспериментах были использованы самцы белых беспородных крыс массой 200–250 г. Животные были разделены на 2 группы: опытную (получали *per os* Хар-Булуцкую минеральную воду в течение 3 дней после вызывающего образование язв воздействия – аппликации ледяной уксусной кислоты) и контрольную (получали соответствующие объемы физиологического раствора). Оценку состояния СОЖ проводили на 4-й день после возникновения язв, площадь которых подчитывали с помощью бинокулярной лупы с окуляр-микрометром. Обработку экспериментальных данных осуществляли при помощи пакета прикладных программ STATISTICA 6.0.

**Результаты исследования.** У животных контрольной группы на 4-й день после аппликации ледяной уксусной кислоты средняя площадь повреждений СОЖ составила (60,0±2,1) мм<sup>2</sup>. У животных экспериментальной группы, получавших в течение 3 дней после иницирования язв минеральную воду месторождения Хар-Булуц, средняя площадь повреждений СОЖ была достоверно меньше (p<0,05) и составила (41,6±3,2) мм<sup>2</sup>. Таким образом, полученные данные позволяют сделать заключение о высоком протекторном противоязвенном действии исследуемой минеральной воды в отношении центральных и периферических механизмов ulcerogenesis, имеющих место при ацетатном язвообразовании.

##### 8. Сальниковый компонент в морфогенезе заживления экспериментальных ран кишечника

Баженов С.М., Ивлиев Н.В., Родин А.В., Дубенская Л.И.  
Смоленская ГМА, Россия, e-mail: smbazhenov@mail.ru

**Цель исследования:** изучить гистологические особенности заживления операционных ран толстой кишки у крыс.

**Материалы и методы.** Исследование проведено на 144 половозрелых крысах линии Вистар. В операционную рану выводили участок толстой кишки и моделировали острую странгуляционную кишечную непроходимость. Через 60 мин после наложения лигатуры производили релапаротомию, резецировали сегмент толстой кишки и формировали толстокишечный анастомоз «конец в конец». Материал для морфологического исследования забирали на 1-е, 2-е, 3-и, 5-е, 7-е, 9-е, 11-е и 14-е сутки после операции. Гистологические срезы окрашивали гематоксилином и эозином, по Ван Гизону и альциановым синим.

**Результаты.** Выявлено, что в 7,2% случаев фибриновый сверток в ране постепенно замещался жировой тканью сальника. Это происходило при значительном расхождении краев кишки. На вторые-третьи сутки в сальнике развивалось гнойное воспаление, которое на последующих сроках наблюдения переходило в продуктивную фазу. Жировая ткань сальника замещалась вначале юной грануляционной, а затем молодой фиброзной тканью. Наблюдался активный рост капилляров. Одновременно со стороны жизнеспособных тканей стенки кишки выявлялся рост многочисленных гемокапилляров. Раны в этих наблюдениях заживали не позднее среднегрупповых сроков, несмотря на выраженный диастаз краев анастомоза. Вероятно, это было обусловлено лучшей герметизацией просвета кишки, относительным сужением зоны поврежденных тканей и лучшим кровоснабжением за счет врастания сосудов не только со стороны стенки кишки, но и со стороны сальника.

**Заключение.** Выявлен новый биологический феномен – «сальниковый» тип заживления ран, когда грануляционная ткань формируется не на месте фибринового свертка, а путем трансформации жировой ткани сальника, внедряющейся между краями анастомоза кишки.

### 9. Химиопрофилактика рака желудка у больных атрофическим гастритом

Беспалов В.Г.

НИИ онкологии им. Н.Н. Петрова, Санкт-Петербург, Россия, e-mail: bespalov\_niio@mail.ru

**Цель исследования:** оценить влияние хвойного комплекса (ХК) (БАД «Биоэффектив А») на морфологическое и функциональное состояние слизистой оболочки желудка у больных атрофическим гастритом.

**Материал и методы.** 50 больных атрофическим гастритом методом рандомизации были разделены на 2 группы: 26 больных получали таблетированную форму ХК по 2 таблетки 3 раза в день в течение 6 месяцев; 24 больных попали в контрольную группу и не получали какого-либо лечения. ХК содержит хлорофилл, каротиноиды, соли и эфиры смоляных кислот, терпеновые соединения, фитостерины и полипренолы. До начала лечения или наблюдения у больных обеих групп по специально разработанной количественной шкале проводили следующие исследования: оценка симптомов диспепсии, фиброгастроскопия с оценкой эндоскопических признаков гастрита, определение рН и содержания пепсиногена-пепсина в желудочном соке, диагностика инфекции *Helicobacter pylori* с помощью быстрого уреазного теста и морфологического анализа биоптатов слизистой оболочки антрального отдела желудка, цитологический и гистологический анализ биоптатов.

**Результаты.** По сравнению с контрольной группой у больных, получавших ХК, выявлены следующие статистически достоверные эффекты: полная или частичная регрессия симптомов диспепсии (у 92,3%), регрессия эндоскопических признаков гастрита (у 92,3%), подавление инфекции *H. pylori* (у 57,1%), увеличение уровня пепсиногена-пепсина в желудочном соке (у 57,7%), полная или частичная регрессия кишечной метаплазии (у 46,2%) и лимфо-плазмочитарной инфильтрации (у 53,8%).

**Заключение.** ХК, применяемый в течение длительного времени у больных атрофическим гастритом, улучшает функцию желудка, подавляет инфекции *H. pylori* и хроническое воспаление, вызывает регрессию кишечной метаплазии. ХК перспективен для вторичной химиопрофилактики рака желудка.

### 10. Состояние системы гемостаза у больных хроническим гепатитом и циррозом печени различной этиологии

Билалова А.Р., Макашова В.В., Астрина О.С., Флоряну А.И.  
ЦНИИ эпидемиологии, Инфекционная клиническая больница № 2, Москва, Россия

**Цель работы:** выявить нарушения в системе гемостаза у больных хроническим гепатитом С (ХГС), алкогольным (АГ) и микст-гепатитом (МГ).

**Материалы и методы.** Обследованы 111 больных, преобладали мужчины – 69,8%, средний возраст обследованных составил (39,4±5,7) года. По этиологии: 34 пациента с ХГС, 11 пациентов – с АГ и 26 – с ХГС на фоне АГ – микст-гепатит (МГ). Цирроз печени (ЦП) в стадии декомпенсации регистрировался у 40 больных, из них у 6 человек (15%) в исходе ХГС, у 8 (20%) – на фоне АГ, у 26 (65%) – МГ. Летальных исхода было два: один мужчина в возрасте 52 года – ЦП в исходе АГ и одна женщина в возрасте 42 года – ЦП в исходе МГ.

У всех больных определяли протромбиновый индекс (ПТИ), фактор Виллебранда (ФВ), агрегацию тромбоцитов (АТ) методом Борна, агрегацию эритроцитов (АЭ) по оригинальной методике Шереметьева Ю.А. (патент № 2027188 от 20.01.1995), оксид азота (NO) методом Грисса с применением кадмиевого редуктора. Для контроля обследованы 20 здоровых лиц.

**Результаты.** Выявлено, что у всех пациентов АТ была достоверно ниже этого показателя у здоровых лиц почти в 2 раза. У больных МГ амплитуда АТ регистрировалась еще меньше – в 3 раза по сравнению с нормальными значениями. Уровни АЭ и NO определялись также достоверно ниже нормы у всех больных независимо от этиологии. Самые низкие показатели гемостаза были у больных ЦП в исходе МГ в стадии декомпенсации.

Уровень ПТИ у больных хроническим гепатитом любой этиологии был в пределах нормы – 80-100%. При циррозе печени независимо от этиологии ПТИ регистрировался ниже нормальных величин – (63,0±2,4)%. Его минимальные значения отмечались у больных циррозом печени в исходе алкогольного гепатита – (52,0±4,7)%. Показатели ФВ наблюдались в 2-3 раза выше нормы у всех больных ХГС независимо от проведения ПВТ, но значимо не отличались между группами.

**Заключение.** Показатели гемостаза при гепатите и циррозе печени любой этиологии были достоверно ниже нормы. Наиболее выраженные нарушения в системе гемостаза отмечались у больных АГ и ЦП в исходе микст-гепатита.

### 11. Особенности показателей феррокинетики у больных хроническими воспалительными заболеваниями кишечника (ХВЗК) с анемией

Бойко Т.И., Паранько А.С., Стойкевич М.В., Сорочан Е.В., Егорова С.Ю.

Институт гастроэнтерологии НАМНУ, Днепрпетровск, Украина

**Цель исследования:** изучить особенности нарушений феррокинетики у больных ХВЗК с анемическим синдромом в зависимости от пола.

**Материалы и методы.** Изучены показатели феррокинетики у 35 больных ХВЗК (15 мужчин и 20 женщин) с анемией. В сыворотке крови больных определяли содержание железа (Fe), общую и латентную железосвязывающую способность сыворотки (ОЖССС и ЛЖССС), насыщение трансферрина железом (НТ Fe) и уровень ферритина. Контрольную группу составили 20 здоровых лиц.

**Результаты.** Установлено, что уровень Fe в крови был снижен у 51,4% пациентов, в том числе у 68,8% мужчин и 36,8% женщин (p<0,001). ОЖССС была в пределах нормы у 67,6% больных, снижена – у 17,7%, повышена – у 14,7% пациентов. Нормальные показатели ЛЖССС наблюдались у 29,4% больных, повышенные – у 64,7%, сниженные – у 5,9%. Уменьшение НТ Fe наблюдалось у 93,8% мужчин (p<0,001) и 33,3% женщин (p<0,01). Уровень ферритина был снижен у 51,4% больных (p<0,01), у 42,9% сохранялся в пределах нормы, в 5,7% случаев был повышен. При этом достоверное снижение уровня ферритина наблюдалось у 91,8% мужчин и у 40,0% женщин, а средние значения были снижены по сравнению с контролем в 6 раз у мужчин и в 1,3 раза у женщин.

**Выводы.** Полученные данные подтверждают наличие у больных ХВЗК сочетания железодефицитной анемии и анемии хронического заболевания. Более глубокие нарушения в метаболизме железа выявлены у мужчин, что, по-видимому, связано с физиологическим отсутствием адаптационных механизмов к рецидивирующим кровопотерям.

## 12. Роль иммуномодулинов дисбиозной микрофлоры кишечника в развитии хронического воспаления

Бондаренко В.М., Лиходед В.Г., Рябиченко Е.В.  
НИИ эпидемиологии и микробиологии им. Н.Ф. Гамалеи,  
Москва, Россия

Постулируется, что в основе хронического воспаления лежит процесс, запускаемый взаимодействием TLR с бактериальными иммуномодулинами (БИМ) дисбиозной микрофлоры кишечника, проявляющими патогенетическое действие опосредовано через медиаторы врожденного и приобретенного иммунитета. Распознавание БИМ TLR сопровождается активацией транскрипционного фактора NF- $\kappa$ B иммунокомпетентных клеток и экспрессией цитокиновых генов. В индукции хронического воспаления могут принимать участие ЛПС, липотейхоевые кислоты, белки теплового шока и другие макромолекулы, синтезируемые микробными клетками дисбиозной микрофлоры, участвующими в развитии цитокинового дисбаланса. На примере грамотрицательных бактерий, доминирующих при дисбиозе кишечника, анализируются данные, согласно которым при взаимодействии ЛПС с TLR4 наблюдается альтернативная активация макрофагов, клеток эндотелия и гладких мышц интимы артерий и микроглии, в совокупности индуцирующих возникновение атеросклероза и поражение клеток ЦНС. Существует взаимосвязь между барьерной функцией кишечника и регуляцией гематоэнцефалического барьера (ГЭБ). Хроническая эндотоксинемия как результат дисфункции кишечного барьера формирует устойчивое воспалительное состояние в околожелудочковых зонах мозга с последующей дестабилизацией ГЭБ и распространением воспаления на другие участки мозга, следствием чего является развитие нейродегенерации. Взаимонаправленные связи между кишечником и мозгом осуществляются посредством эндокринной, нервной и иммунной систем. Дисбиозная кишечная микрофлора как активный участник кишечно-мозговой оси не только оказывает влияние на кишечные функции, но и взаимодействует с высшими нервными центрами, вызывая депрессию и когнитивные расстройства при патологии. Особая роль принадлежит микроглии кишечника. Помимо механической и трофической функции для кишечных нейронов глия осуществляет нейротрансмиттерную, иммунологическую, барьерную и моторную функции в кишечнике. Нормальные взаимоотношения между микрофлорой кишечника и мозгом осуществляются на клеточном и молекулярном уровнях. При патологии, вызванной инфекцией или аутоиммунным дефектом, отмечается нейродегенерация, глиопатия, увеличение проницаемости кишечного барьера и, соответственно, транслокация дисбиозных микроорганизмов. Показано подавление транслокации грамотрицательных бактерий и их ЛПС из просвета кишечника в системный кровоток при пероральном применении пробиотических препаратов, содержащих лактобациллы и бифидобактерии.

## 13. Воспалительные изменения слизистой ЖКТ при врожденном гипертрофическом пилоростенозе у детей

Ботвиньев О.К., Кондрикова Е.В., Еремеева А.В.,  
Разумовская И.Н.  
Первый МГМУ им. И.М. Сеченова, Москва, Россия,  
e-mail: alinaeremeeva@yandex.ru

**Цель исследования:** выявить особенности изменений ЖКТ у детей с врожденным гипертрофическим пилоростенозом (ВПП) по данным эзофагогастродуоденоскопии.

**Материалы и методы исследования.** Проанализированы данные 225 детей с ВПП в возрасте от 11-го до 43-го дня жизни (183 мальчика и 42 девочки). При ЭГДС выявлены недостаточность кардии, эзофагиты и гастриты (катаральные, геморрагические и фибринозные). Анализ данных был проведен с учетом половой принадлежности и возраста ребенка.

**Результаты.** Достоверно чаще встречались эзофагиты как у мальчиков, так и у девочек. Количество случаев недостаточности кардии и эзофагитов у девочек значительно уменьшалось с возрастом. Гастриты в основном имели место у мальчиков. При

эзофагитах и гастритах преобладали катаральные изменения. Фибринозные изменения чаще выявлены при поражении пищевода, тогда как в желудке преобладали эрозивные (чаще у девочек) и геморрагические (чаще у мальчиков) изменения. Тяжелее поражение слизистой желудка возрасла от возраста ребенка.

**Заключение.** Выявленные изменения требуют проведения комплекса терапевтических мероприятий и дальнейшего наблюдения за ребенком.

## В

## 14. Моторно-эвакуаторная функция желудка при синдроме хронической функциональной дуоденальной непроходимости

Вахобзода П., Дустов А.

Институт гастроэнтерологии МЗ Республики Таджикистан,  
Душанбе, Таджикистан

**Цель:** оценка моторно-эвакуаторной функции желудка методом гастросцинтиграфии у больных с синдромом хронической дуоденальной непроходимости (ХФДН).

**Материалы и методы:** гастросцинтиграфия с пробным завтраком (омлет) выполнена у 25 больных ХФДН в возрасте от 25 до 49 лет (мужчин 16, женщин 9). В качестве радиометки использовался коллоидный раствор  $^{99m}\text{Tc}$  с размером частицы 200-400 А. Готовый омлет инфильтрировался коллоидным раствором. Оценку исследования проводили по следующим параметрам: время задержки эвакуации – от начала записи до начала эвакуации завтрака из желудка; время полувыведения – время от начала записи до снижения уровня счёта над областью желудка вдвое. Объем пищевых масс, находящихся в желудке, оценивался в определенные временные промежутки (30, 60, 90 и 120 мин) в процентах от исходного количества.

**Результаты.** У 24 пациентов установлено: эвакуация замедленная, время задержки эвакуации составило в среднем  $(26,5 \pm 2,5)$  мин, время полувыведения –  $(67,4 \pm 6,6)$  мин. Опорожнение желудка во временные промежутки в 30, 60, 90, 120 мин составило в среднем 5%, 10%, 18% и 25% соответственно. Полученные нами параметры позволяют говорить о снижении моторно-эвакуаторной функции желудка. В одном наблюдении отмечалось ускоренное опорожнение желудка: задержка эвакуации 12 мин, время полувыведения 36 мин, объем эвакуации из желудка пробного завтрака в 30, 60, 90, 120 мин составил 42%, 59%, 68% и 75%, что характеризует ускорение эвакуации в начальном периоде (до 60 минут).

**Заключение.** Метод динамической гастросцинтиграфии является объективным способом оценки моторно-эвакуаторной функции желудка, его использование позволяет количественно оценить скорость и ритм эвакуации пищи из желудка у больных ХФДН.

## 15. Морфологическая оценка возможности применения биосенсоров в диагностике колоректального рака

Верник С., Белкин А.Н., Фрейнд Г.Г., Кацнельсон М.Д.,  
Шахам-Диамант Й., Лицын С.Н., Четвертных В.А.  
Тель-Авивский университет, Израиль, Пермская ГМА  
им. акад. Е.А. Вагнера, Россия

**Цель исследования:** определить содержание щелочной фосфатазы (ЩФ) в ткани опухоли и в слизистой оболочке кишки вне опухоли с применением электрохимических биосенсоров.

**Материалы и методы.** Клеточные линии аденокарциномы толстой кишки НСТ116 вводили внутривисцерально в 131 образце тканей содержание ЩФ с применением субстрата – парааминофенилфосфата (ПАФФ), который подвергался дефосфорилированию до парааминофенола, затем окислялся на рабочем электроде до иминохинона с последующим гидролизом до хинона. Вследствие высокого содержания ЩФ в здоровой слизистой оболочке кишки регистрировался сигнал тока, который значительно отличался от тока, наблюдаемого при исследовании биоптатов опухолей ( $p < 0,05$ ). Во всех случаях проведено сравни-

тельное морфологическое исследование биоптатов, изучавшихся с помощью биосенсора. Установлено, что слизистая оболочка кишки вне опухоли характеризуется высоким уровнем ЩФ-маркера дифференцировки клеток, в то время как уровень активности фермента в ткани аденокарциномы значительно снижен, что свидетельствует о подавлении его активности. Проведена сравнительная оценка чувствительности электродов, полученных методом трафаретной печати, с кремниевыми биомикросхемами, доказана более высокая чувствительность последней. Использование мультимплекса позволило создать высокопроизводительную схему детекции содержания ЩФ с одновременным использованием нескольких образцов тканей.

**Вывод.** Таким образом, применение электрохимического биосенсора, основанного на определении содержания ЩФ в биоптатах опухолей, является перспективным методом диагностики колоректального рака.

#### 16. Воспалительные заболевания кишечника в условиях гастроэнтерологического отделения

Визе-Хрипунова М.А., Барилко М.С., Каширина А.Н., Муканеева Д.К., Гноевых Е.В.  
Ульяновский государственный университет, Россия

**Цель исследования:** оценить частоту, гендерные и возрастные особенности воспалительных заболеваний кишечника в условиях профильного гастроэнтерологического отделения.

**Материал и методы.** Проведен ретроспективный анализ 185 историй болезни пациентов с воспалительными заболеваниями кишечника, проходивших обследование и лечение в гастроэнтерологическом отделении Областной клинической больницы в 2009-2011 гг. Диагноз был верифицирован при колоноскопии с последующим гистологическим исследованием слизистой толстой кишки.

**Результаты.** Воспалительные заболевания кишечника (ВЗК) составили 5,8% от всех госпитализаций (185 из 3208 пациентов). В 60,1% случаев ВЗК отмечались у женщин. При этом наибольшее количество составили пациенты с язвенным колитом (ЯК) – 157 (84,0%). Реже выявлялась болезнь Крона (БК) – 23 случая. В 5 случаях больные страдали недифференцированным колитом. Дебютировали эти заболевания в разные возрастные периоды и зависели от пола больных. Так, при ЯК дебют в среднем возникал в возрасте 38,5 года, при БК – в 26,8 года, при недифференцированном колите – в возрасте 47,3 года. Женщины при ЯК заболели на 2 года раньше мужчин (в 36,9 года), а при БК на 4 года позднее (в 28,4 года). Проанализировав распространенность поражения при ЯК, мы обнаружили, что наиболее часто встречалось дистальное поражение – в 45,6% случаев, реже других локализаций выявляли тотальное поражение толстой кишки – в 19%.

**Выводы.** 1. Больные с ВЗК составляют в среднем 6% от всех пациентов гастроэнтерологического отделения. 2. Преобладают женщины (60,1%), с дистальной формой поражения. 3. Наиболее рано дебютирует БК (26,8 года), несколько позднее – ЯК (38,5 года), еще позднее – недифференцированный колит (47,3 года). 4. Отмечены гендерные отличия в возрасте дебюта: при БК мужчины заболели значительно раньше женщин, при ЯК отмечено обратное соотношение.

#### 17. Сравнительная оценка клинико-диагностических показателей при алкогольном и ишемическом панкреатите

Винокурова Л.В., Яшина Н.И., Дубцова Е.А., Варванина Г.Г.  
ЦНИИ гастроэнтерологии, Институт хирургии им. А.В. Вишневского, Москва, Россия

**Цель исследования:** оценка клинико-диагностических показателей при инволюционном панкреатите и панкреатите алкогольной этиологии.

**Материалы и методы.** Обследованы 50 больных хроническим панкреатитом (20 женщин, 30 мужчин в возрасте от 30 до 55 лет), из них у 20 выявлен алкогольный панкреатит (АП), у 30 (в возрасте от 60 до 74 лет) – инволюционный панкреатит (ИП).

15 человек составили группу контроля. В крови определялось содержание холецистокинина (ХЦК), глюкозозависимого инсулинотропного полипептида (ГИП), С-пептида. В кале проводилось определение панкреатической эластазы (Е-1) иммуноферментным методом. 10 больным АП и 10 ИП проводилась КТ брюшной полости.

**Результаты.** В клинической картине больных АП преобладал болевой синдром, больных ИП – диспепсический. У всех больных АП и у 10 больных ИП (33%) отмечено значительное снижение Е-1, соответственно до (78,4±6,3) мкг/г и (80,1±8,5) мкг/г. Выявлено снижение уровня ХЦК при АП и ИП соответственно до (0,33±0,03) нг/мл и (0,37±0,02) нг/мл (в контроле этот показатель составил (1,60±0,02) нг/мл,  $p < 0,05$ ) и ГИП до (0,18±0,03) нг/мл и (0,23±0,05) нг/мл по сравнению с контролем – (0,32±0,02) нг/мл. У больных АП с осложненным течением заболевания в 70% случаев развился сахарный диабет (СД). Содержание С-пептида в крови пациентов данной группы составляло (558,1±82,9) пМ, в контроле (846,0±62,2) пМ ( $p < 0,05$ ). У больных ИП сахарный диабет как осложнение ХП не наблюдался. В этой группе больных выявлялся СД II типа в 33% случаев, и уровень С-пептида был в пределах нормальных значений. При КТ у больных АП определяли множественные кальцинаты в паренхиме железы и в панкреатическом протоке, увеличение головки ПЖ, билиарную и панкреатическую гипертензию, постнекротические кисты различного диаметра. При ИП в стенке главных магистральных и панкреатических артерий выявлялись кальцинаты. Отмечалось снижение накопления контрастного вещества тканью железы в участках фиброза и жирового перерождения ПЖ, уменьшение размеров органа.

**Выводы.** В исследуемых группах больных в клинических проявлениях заболевания выявлены различия, признаки морфологических изменений по данным КТ брюшной полости были также различны, панкреатическая недостаточность более выражена при АП. Состояние эндокринной функции ПЖ у больных ХП зависела от тяжести морфологических изменений в ткани ПЖ. Снижение гастроинтестинальных гормонов было выражено в большей степени у больных АП.

#### 18. Влияние хронических активных герпес-вирусных инфекций на течение хронического гепатита С у детей и коррекция нарушений урсодоксихолевой кислотой (урсосаном)

Вольнец Г.В., Скворцова Т.А., Пахомовская Н.Л., Потапов А.С.  
Научный центр здоровья детей РАМН, Москва, Россия

**Цель исследования:** оценить влияние хронических активных герпес-вирусных инфекций (ХАГВИ) на течение хронического гепатита С у детей.

**Материал и методы.** 31 ребенок с хроническим гепатитом С (ХГС). Всем детям кроме стандартного обследования проводилось исследование на предмет выявления ХАГВИ: методом ИФА определяли IgM и IgG к вирусам простого герпеса 1 и 2 типа (HSV1-2), вирусу Эпштейна-Барр (EBV), цитомегаловирусу (CMV). вирус-специфические ДНК определяли методом ПЦР в клетках крови и биоптатах печени.

**Результаты.** ХАГВИ обнаруживались у 24 детей (77,4%) с ХГС. У детей с ХАГВИ HSV1-2 показатели АЛТ и АСТ были соответственно (110,8±14,3) и (145,5±13,5) ед./мл против (66,1±5,7) ед./мл ( $p < 0,01$ ) и (52,9±4,1) ед./мл ( $p < 0,001$ ) у детей, не имеющих этой инфекции. У детей с ХАГВИ HNV6 показатели АЛТ и АСТ были соответственно (141,8±26,1) ед./мл и (196,8±12,8) ед./мл против (63,4±5,6) ед./мл ( $p < 0,001$ ) и (52,2±3,9) ед./мл ( $p < 0,001$ ) у детей, не имеющих этой инфекции. Показатели ГТТП и ЩФ у детей с ХАГВИ HSV1-2 были соответственно (56,7±5,4) ед./л и (267,0±18,0) ед./л против (20,1±1,6) ед./л ( $p < 0,001$ ) и (208,0±18,4) ед./л ( $p < 0,05$ ) у детей, не имеющих этой инфекции. У детей с ХАГВИ HNV6 показатели ГТТП и ЩФ были соответственно (34,1±3,6) ед./л и (268,0±30,4) ед./л против (26,4±2,4) ед./л и (207,7±13,5) ед./л ( $p < 0,05$ ) у детей, не имеющих этой инфекции. На фоне применения урсодоксихолевой кислоты (препарата «Урсосан») в дозе 10 мг/кг/сут в течение 3 месяцев у детей с

ХАГВИ показатели АЛТ и АСТ снизились соответственно до (54,2±4,1) ед./мл и (52,4±2,8) ед./мл, а показатели ГГТП и ЦФ – до (36,4±2,4) ед./л и (177,0±1,4) ед./л.

**Выводы.** Выявлено негативное влияние ХАГВИ на течение ХГС у детей: усиление цитолитической активности и выраженности синдрома холестаза. Применение урсосана способствовало снижению показателей цитолиза и холестаза.

### 19. Побочные эффекты комбинированной терапии хронического гепатита С у детей пегилированным интерфероном альфа-2b и рибавирином

Вольнец Г.В., Скворцова Т.А., Пахомовская Н.Л., Потапов А.С.

Научный центр здоровья детей РАМН, Москва, Россия

**Цель исследования:** оценить частоту встречаемости побочных эффектов комбинированной терапии пегилированным интерфероном альфа-2b (препарат «Пегинтрон») и рибавирином (препарат «Ребетол») хронического гепатита С у детей.

**Материал и методы:** 12 детей с хроническим гепатитом С (6 мальчиков и 6 девочек), средний возраст (6,7±1,2) года. Все дети получали пегинтрон 60 мг/м<sup>2</sup> 1 раз в неделю и ребетол 15 мг/кг/сут ежедневно. Продолжительность периода наблюдения составила 24 недели.

**Результаты.** В течение двух дней после инъекции пегинтрона у 12 детей (100%) была фебрильная лихорадка. Все дети жаловались на слабость, головную боль, снижение аппетита. Один ребенок потерял 2,5 кг начального веса в течение периода наблюдения.

Сухость кожи наблюдалась у 10 детей (80%), у 6 детей (50%) было покраснение в месте инъекции, 6 детей (50%) жаловались на шелушение и зуд в месте инъекции. Крапивница была замечена у одного ребенка (8%). Боли в животе умеренной интенсивности, которые не зависели от приема пищи и купировались самостоятельно, наблюдались у 4 детей (33%). У 3 детей (25%) было отвращение к пище в течение одного дня после введения пегинтрона. Апатия наблюдалась у одного ребенка (8%), бред при высокой температуре – у одного ребенка (8%), боли в костях и мышцах – у одного ребенка (8%), у одного ребенка имело место повреждение зубной эмали (8%). Незначительное снижение уровня гемоглобина было обнаружено у 6 детей (50%), умеренное – у 2 (17%), значительное – у 3 (25%). Значительная нейтропения была обнаружена у одного ребенка (8%).

**Вывод.** Комбинированная терапия пегинтроном и ребетолом сопровождается высокой частотой побочных эффектов, что обуславливает необходимость наблюдения с коррекцией дозы препаратов, но в большинстве случаев не требует прекращения лечения.

### 20. Предикторы устойчивого вирусологического ответа при лечении хронического гепатита С интерфероном альфа-2a (рофероном) в комбинации с рекомбинантным интерлейкином-2 (ронколейкином) у детей

Вольнец Г.В., Скворцова Т.А., Семикина Е.Л., Пахомовская Н.Л., Потапов А.С.

Научный центр здоровья детей РАМН, Москва, Россия

**Цель исследования:** выявить предикторы устойчивого вирусологического ответа (УВО) при лечении хронического гепатита С (ХГС) интерфероном альфа-2a (препарат «Роферон») в комбинации с рекомбинантным интерлейкином-2 (препарат «Ронколейкин») у детей.

**Материал и методы:** 40 детей с хроническим гепатитом С, средний возраст (6,7±1,2) года, которые получали терапию рофероном в комбинации с ронколейкином. Проводилось исследование иммунофенотипа лимфоцитов в динамике на фоне проводимой терапии: перед началом лечения, через 4, 12 и 24 недели интерферотерапии.

**Результаты.** У детей, имеющих исходный уровень абсолютного количества лимфоцитов не менее 2500/мкл и лимфоцитов CD16+56+ не менее 440/мкл, в 85% случаев был получен УВО. У

детей, имеющих исходный уровень абсолютного количества лимфоцитов не выше 2000/мкл и лимфоцитов CD16+56+ менее 440/мкл, УВО получен лишь в 5% случаев. При исходном уровне абсолютного количества лимфоцитов в диапазоне 2000–2500/мкл необходимо повторное исследование иммунофенотипа лимфоцитов через 12 недель интерферотерапии. При снижении в сравнении с исходным уровнем абсолютного количества лимфоцитов, а также абсолютного количества лимфоцитов CD3+ менее 1900/мкл, CD3+4+ менее 1000/мкл, CD3+16+56+ менее 440/мкл УВО получен в 5% случаев, при повышении их уровня относительно исходного количества УВО получен в 75% случаев.

**Выводы.** Абсолютное количество лимфоцитов не менее 2500/мкл и лимфоцитов CD16+56+ не менее 440/мкл перед началом терапии рофероном в комбинации с ронколейкином может служить предиктором получения УВО. Стартовый уровень абсолютного количества лимфоцитов не выше 2000/мкл и лимфоцитов CD16+56+ ниже 440/мкл является неблагоприятным прогностическим фактором получения УВО.

## Г

### 21. Значение экспрессии Е-кадгерина для прогноза рака желудка

Гаганов Л.Е., Казанцева И.А., Гуревич Л.Е., Великанов Е.В. МОНИКИ, Москва, Россия

**Цель исследования:** изучить прогностическую значимость экспрессии Е-кадгерина в опухолевых клетках рака желудка (РЖ).

**Материалы и методы.** Исследован операционный материал 55 гастрэктомий, проведенных по поводу РЖ. ИГХ исследование проводили ПАП-методом по стандартному протоколу. Экспрессию Е-кадгерина оценивали по числу иммунореактивных опухолевых клеток на 1000 учтенных в репрезентативных полях зрения при увеличении 400, выраженному в процентах. Усредненные показатели указанного индекса сопоставляли с ранее полученными данными о четырехлетней скорректированной безрецидивной выживаемости больных, включенных в исследование. Результат считали значимым при  $p < 0,05$ .

**Результаты.** В карциномах желудка экспрессия Е-кадгерина обнаружена в 9–77% опухолевых клеток (в среднем в (50±3)%). Экспрессия была мембранной, мембранно-цитоплазматической, цитоплазматической. Усредненный показатель экспрессии Е-кадгерина в карциномах живых на момент мониторингования пациентов составил 556±4, умерших – 440±22 ( $\chi^2=26,450$ ,  $p < 0,001$ ). Таким образом, выявлена статистически достоверная взаимосвязь между показателями экспрессии Е-кадгерина в клетках карцином желудка и показателями выживаемости. В частности, в карциномах группы живых на момент мониторингования пациентов показатели экспрессии Е-кадгерина превосходили аналогичные показатели в группе умерших.

**Заключение.** Уровень иммунореактивности карциномы к Е-кадгерину можно использовать в качестве прогностического фактора при разработке критериев индивидуального прогноза у больных РЖ. Низкий уровень экспрессии Е-кадгерина в карциноме желудка следует расценивать как неблагоприятный прогностический признак.

### 22. Морфофункциональные свойства опухолевых клеток различных иммунофенотипических вариантов рака желудка

Гаганов Л.Е., Казанцева И.А., Гуревич Л.Е., Великанов Е.В. МОНИКИ, Москва, Россия

**Цель исследования:** изучить морфофункциональные свойства опухолевых клеток различных иммунофенотипических (ИФТ) вариантов рака желудка (РЖ), различающихся по иммуногистохимической (ИГХ) экспрессии муцинов (MUC) 1, 2, 5AC, 6 типов и CD10.

**Материалы и методы.** Исследованы карциномы 55 пациентов, оперированных по поводу РЖ. На основе ИГХ экспрессии MUC и CD10 выделены 3 ИФТ варианта РЖ: желудочный, кишечный,

смешанный. Опухолевые клетки желудочного ИФТ варианта РЖ экспрессируют MUC1, MUC5AC, MUC6, кишечного – MUC2 и CD10, смешанного – все указанные маркеры в различных сочетаниях. Изучали ИГХ экспрессию Ki67, цитокератинов (СК) 7, 19, 20 типа, Е-кадгерина, галектина-3 в опухолевых клетках указанных ИФТ вариантов РЖ, тенасцина-С, коллагена-4 и CD10 в строме. Карциномы кишечного ИФТ варианта не включены в исследование (всего 2 наблюдения).

**Результаты.** В опухолевых клетках желудочного ИФТ варианта РЖ (по сравнению со смешанным) чаще наблюдали высокую (более 20%) пролиферативную активность по Ki67 ( $p=0,04$ ), более частую экспрессию СК7 ( $p=0,04$ ) и галектина-3 ( $p<0,001$ ), более редкую – СК19 ( $p=0,01$ ), а также преобладание аномальной экспрессии Е-кадгерина ( $p=0,01$ ). В строме указанной группы опухолей чаще выявляли гликопротеин CD10 ( $p=0,04$ ). Число опухолевых клеток, экспрессирующих СК20 и Е-кадгерин, а также интенсивность стромальной экспрессии тенасцина-С в исследуемых ИФТ вариантах РЖ существенно не различались. Стромальную экспрессию коллагена-4 чаще выявляли в опухолевых клетках смешанного ИФТ варианта РЖ ( $p=0,03$ ).

**Заключение.** Установлены неоднородные морфофункциональные свойства опухолевых клеток различных ИФТ вариантов РЖ, что может свидетельствовать об их различном злокачественном потенциале и может быть использовано для прогноза течения РЖ.

### 23. Отсутствие корреляции между показателями экспрессии галектина-3 и Е-кадгерина опухолевыми клетками рака желудка

Гаганов Л.Е., Казанцева И.А., Гуревич Л.Е., Великанов Е.В. МОНИКИ, Москва, Россия

**Цель исследования:** выявить возможную корреляцию между показателями экспрессии галектина-3 и Е-кадгерина в опухолевых клетках рака желудка (РЖ).

**Материалы и методы.** Исследовали карциномы 55 пациентов, оперированных в МОНИКИ по поводу РЖ. ИГХ исследование проводили ПАП-методом по стандартному протоколу. Применяли моноклональные антитела к галектину-3 (NeoMarkers Fremont, CA Ab-1 (9C4) mouse MS-1756-S1, 1:100) и Е-кадгерину (CellMarkers, EP700Y, 1:50). Экспрессию оценивали по числу иммунопозитивных опухолевых клеток на 1000 учтенных в репрезентативных полях зрения при увеличении 400, выраженному в процентах. Реакцию считали положительной при окрашивании более 5% опухолевых клеток. Сопоставляли показатели экспрессии двух исследуемых маркеров. Уровень статистической значимости приняли равным 0,05.

**Результаты.** В исследуемых карциномах желудка экспрессия галектина-3 обнаружена в 8-67% опухолевых клеток (в среднем в  $34\pm 7\%$ ), она была цитоплазматической, ядерно-цитоплазматической и ядерной; экспрессия Е-кадгерина выявлена в 9-77% опухолевых клеток (в среднем в  $50\pm 3\%$ ), она была мембранной, мембранно-цитоплазматической, цитоплазматической. Усредненный показатель экспрессии галектина-3 и Е-кадгерина составил  $345\pm 73$  и  $498\pm 33$  иммунопозитивных клеток соответственно на 1000 учтенных. После сопоставления показателей экспрессии коэффициент корреляции составил 0,045 ( $p=0,8$ ). Статистически достоверной корреляции между экспрессией исследуемых маркеров опухолевыми клетками карцином желудка не обнаружено.

**Заключение.** Исследование не выявило корреляции между показателями экспрессии галектина-3 и Е-кадгерина в опухолевых клетках карцином желудка.

### 24. Экспрессия галектина-3 и послеоперационная выживаемость в различных иммунофенотипических вариантах рака желудка

Гаганов Л.Е., Казанцева И.А., Гуревич Л.Е., Великанов Е.В. МОНИКИ, Москва, Россия

**Цель исследования:** сопоставить показатели экспрессии галектина-3 с данными послеоперационной четырехлетней скорректи-

рованной безрецидивной выживаемости в различных иммунофенотипических (ИФТ) вариантах рака желудка (РЖ). ИФТ варианты РЖ различаются по иммуногистохимической (ИГХ) экспрессии муцинов (MUC) 1, 2, 5AC, 6 типов и CD10.

**Материалы и методы.** Исследован операционный материал 55 гастрэктоми, проведенных по поводу РЖ. ИГХ исследование проводили ПАП-методом по стандартному протоколу. В соответствии с ИГХ экспрессией MUC и CD10 ранее выделили карциномы желудочного, кишечного и смешанного ИФТ вариантов. Оценивали экспрессию галектина-3 по числу иммунореактивных опухолевых клеток на 1000 учтенных в репрезентативных полях зрения при увеличении 400, выраженному в процентах. Ранее нами установлена четырехлетняя скорректированная безрецидивная выживаемость больных РЖ, составившая 26% и 12% для желудочного и смешанного ИФТ вариантов соответственно. Карциномы кишечного ИФТ варианта не включены в исследование (всего 2 наблюдения).

**Результаты.** Усредненный показатель экспрессии галектина-3 в карциномах с желудочным ИФТ составил  $397\pm 79$  позитивных клеток на 1000 учтенных, со смешанным –  $293\pm 67$  ( $\chi^2=23,474$ ,  $p<0,001$ ). Выявлена статистически достоверная зависимость между показателями экспрессии галектина-3 опухолевыми клетками и ИФТ вариантом РЖ. В частности, в карциномах желудочного ИФТ варианта, имеющих лучший прогноз, количество опухолевых клеток, экспрессирующих галектин-3, было больше, чем в опухолях смешанного ИФТ варианта, прогностически менее благоприятных.

**Выводы.** Меньшая иммунореактивность смешанного ИФТ варианта РЖ к галектину-3 (по сравнению с желудочным) подтверждает полученные ранее данные о его большем злокачественном потенциале.

### 25. Экспрессия Е-кадгерина и послеоперационная выживаемость в различных иммунофенотипических вариантах рака желудка

Гаганов Л.Е., Казанцева И.А., Гуревич Л.Е., Великанов Е.В. МОНИКИ, Москва, Россия

**Цель исследования:** сопоставить показатели экспрессии Е-кадгерина с данными послеоперационной четырехлетней скорректированной безрецидивной выживаемости в различных иммунофенотипических (ИФТ) вариантах рака желудка (РЖ). ИФТ варианты РЖ различаются по иммуногистохимической (ИГХ) экспрессии муцинов (MUC) 1, 2, 5AC, 6 типов и CD10.

**Материалы и методы.** Исследован операционный материал 55 гастрэктоми, проведенных по поводу РЖ. ИГХ исследование проводили ПАП-методом на парафиновых срезах по стандартному протоколу. В соответствии с ИГХ экспрессией MUC и CD10 ранее выделили карциномы желудочного, кишечного и смешанного ИФТ вариантов. В этих группах оценивали экспрессию Е-кадгерина по числу иммунореактивных опухолевых клеток на 1000 учтенных в репрезентативных полях зрения при увеличении 400, выраженному в процентах. Ранее нами установлена четырехлетняя скорректированная безрецидивная выживаемость больных РЖ, составившая 26% и 12% для желудочного и смешанного ИФТ вариантов соответственно. Карциномы кишечного ИФТ варианта не включены в исследование (всего 2 наблюдения). Результат считали значимым при  $p<0,05$ .

**Результаты.** Экспрессия Е-кадгерина в опухолевых клетках была мембранной, мембранно-цитоплазматической, цитоплазматической. Усредненный показатель экспрессии этого маркера в карциномах желудочного ИФТ варианта составил  $489\pm 16$  позитивных клеток на 1000 учтенных, смешанного –  $507\pm 10$  (различия недостоверны). Количество опухолевых клеток, экспрессирующих Е-кадгерин, в карциномах желудочного ИФТ варианта РЖ, имеющего лучший прогноз, и в опухолях смешанного ИФТ варианта, прогностически менее благоприятных, существенно не различалось.

**Выводы.** Иммунореактивность к Е-кадгерину желудочного и смешанного ИФТ вариантов РЖ, имеющих различный прогноз, существенно не различалась.

- 26. Ферментированные напитки на соево-злаковой основе для питания больных целиакией и непереносимостью компонентов коровьего молока**  
Гапонова Л.В., Полежаева Т.А., Матвеева Г.А.  
Всероссийский НИИ жиров, Санкт-Петербург, Россия

**Цель исследования:** разработать рецептуры и технологии производства ферментированных напитков на соево-злаковой основе и изучить возможность использования их в питании людей с непереносимостью глютена и компонентов коровьего молока.

**Материалы и методы, результаты.** Отделом детского и лечебно-профилактического питания ВНИИЖ разработана технология получения ферментированных напитков на соево-злаковой основе с добавлением плодовоовощных порошков и ягодных сиропов, минеральных и витаминных компонентов (красное пальмовое масло «Сагопфо», порошок яичной скорлупы, инкапсулированная форма витамина D и ω-3 жирных кислот, витаминные премиксы и т.д.), причем напитки на соево-рисовой, соево-гречневой и соево-кукурузной основе не содержат глютена. Ферментация осуществляется пробиотическими штаммами лактобактерий. Среди разработанных рецептов «Напиток ферментированный на соеворисовой основе с яблочнок-тыквенным наполнителем», «Напиток ферментированный на соево-овсяной основе с порошком черники и свеклы», «Напиток на соево-гречневой основе с яблочным наполнителем» и др. Напитки прошли апробацию в стационарах Санкт-Петербурга (СЗГМУ им. И.И. Мечникова), которая свидетельствует о хорошей переносимости и клинической эффективности использования их как в питании людей с непереносимостью глютена и лактозы различной этиологии и снижением нутритивного статуса, так и в рационе больных диабетом и пациентов с заболеваниями билиарного тракта и сердечно-сосудистой системы. Одна порция напитка (200 г) удовлетворяет потребность организма в основных нутриентах на 20–30%, пребиотические свойства ему придадут олигосахариды сои и пищевые волокна плодовоовощных добавок.

- 27. Морфология слизистой оболочки желудка у специалистов объектов хранения и уничтожения особо опасных химических веществ**  
Голофеевский В.Ю., Фомичев А.В., Кузьмич В.Г., Мальшева Е.В.  
Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова,  
Санкт-Петербург, e-mail: vgoldf@yandex.ru

**Обоснование.** Ранее установлено, что у специалистов этого профиля наблюдается частое формирование хронического эзофагита, эрозивного гастрита, активного бульбита, язвенной болезни. Эта патология протекает малосимптомно, но замечена высокая частота инфицированности *H.pylori*.

**Цель исследования:** оценить состояние слизистой оболочки желудка и луковицы двенадцатиперстной кишки у специалистов объектов хранения и уничтожения особо опасных химических веществ в сравнении с контрольной группой.

**Методы.** В стационаре обследованы 163 специалиста основной группы и 40 – контрольной. Возраст – от 25 до 40 лет. Помимо общего клинического обследования выполнены ЭГДФС, прицельная биопсия слизистой оболочки, быстрый уреазный тест, микроскопия гистологических препаратов (окраска гематоксилином и эозином), визуально-полуколичественный морфометрический анализ.

**Результаты.** В слизистой оболочке тела желудка наблюдали сохранную структуру фундальных желез, но более частую дистрофию поверхностного эпителия (60% vs. 40%), явные нарушения микроциркуляции и отек (70% vs. 40%), более высокую насыщенность поверхностной стромы лимфоцитами (83% vs. 50%) и нейтрофилами (33% vs. 20%). В антральной слизистой оболочке почти у всех пациентов основной группы обнаружены дистрофия эпителия (94% vs. 70%), субатрофия желез (81% vs. 20%), признаки активного воспаления (89% vs. 50%), нарушения микроциркуляции (92% vs. 60%) и отек (86% vs. 40%). Однако насыщенность стромы нейтрофилами, эозинофилами и инфицированность *H.pylori* были примерно одинаковыми. В основной

группе чаще был выявлен фиброз слизистой оболочки (78% vs. 50%). В бульбарной слизистой оболочке преобладала дистрофия ворсин (89% vs. 20%), активный бульбит (86% vs. 0), нарушения микроциркуляции (83% vs. 50%), отек (86% vs. 40%), более высокое число лимфоцитов (81% vs. 40%), нейтрофилов (56% vs. 30%) и явления фиброза (50% vs. 20%).

**Заключение.** Расширены клинично-эндоскопические и морфологические представления об особенностях формирования эзофагогастроуденальной патологии у данной категории специалистов. Во-первых, морфологические изменения слизистой оболочки тела желудка соответствуют более активному секреторному процессу в фундальных железах. Во-вторых, изменения антральной и бульбарной слизистой оболочки свидетельствуют о более раннем формировании активного антрального атрофического гастрита и бульбита, чем можно объяснить более высокую частоту эрозивного процесса в этой зоне и язвенной болезни. Весьма интересно и то, что очевидные признаки дисрегенерации (метаплазия, дисплазия) не обнаружены. Одной из патофизиологических причин латентного формирования данной патологии может быть нарушение закономерностей протекания пищеварительной реакции (физиологического воспаления) гастроуденальной слизистой оболочки, обусловленного своеобразием регламента питания этих специалистов. Однако пока остаются неясными причины малосимптомности этой патологии. Тем не менее, очевидна необходимость регулярного «гастроэнтерологического» наблюдения за данными лицами в процессе их профессиональной деятельности, а также после ее завершения.

- 28. Метаболические аспекты использования низкоэнергетических рационов питания**  
Голощапов О.Д., Аксенова В.П., Сметанин А.Л.  
Военно-медицинская академия, Санкт-Петербург, Россия

**Цель исследования:** оценить динамику обменных процессов организма, а также возможность сохранения показателей гомеостаза, физической и умственной работоспособности при значительном ограничении энергосодержания рационов.

**Материалы и методы.** В исследовании участвовали девять мужчин в возрасте 24–32 лет (3 группы), получавших рационы калорийностью 1100–1360 ккал с различным содержанием пищевых веществ: преимущественно белковые, преимущественно углеводные и с нормальным соотношением пищевых ингредиентов. Продолжительность исследования составила 16 суток, из них 3 – фоновый период, 10 – экспериментальный и 3 – восстановительный. В течение всего экспериментального периода испытуемые выполнялась дозированная физическая нагрузка (7,5–9,5 МДж). Исследовались в динамике следующие показатели: глюкоза, неэстерифицированные жирные кислоты, калий и натрий в плазме крови, в моче; общий азот, аминокислоты, креатинин и креатин. По изменениям антропометрических показателей рассчитывались величины потерь жировой и «активной», безжировой массы тела. На основании результатов лабораторных исследований рационов, общего азота мочи и кала, с учетом потерь с поверхности тела и с потом проводилось определение азотистого баланса.

**Результаты исследования** показали, что самочувствие испытуемых оставалось удовлетворительным при выборе энергосодержания рациона 5,7 МДж (1360 ккал). В процессе снижения энергоемкости рациона до 1,4 МДж/сутки (340 ккал) отмечалось головокружение, жалобы на слабость, чувство острого голода, дискомфорт со стороны желудочно-кишечного тракта.

**Вывод.** Таким образом, можно констатировать, что при использовании редуцированных рационов питания более адекватным является сбалансированный рацион с энергосодержанием 5,7 МДж (1360 ккал).

- 29. К вопросу обоснования лечебного питания пациентов с травмами челюстно-лицевой области**  
Голощапов О.Д., Терза Н.В., Аксенова В.П.  
Военно-медицинская академия, Санкт-Петербург, Россия

**Цель исследования** заключалась в медико-экономическом обосновании применения сухих питательных смесей в лечебном пи-

тании пациентов с травмами и заболеваниями ЧЛО в лечебных учреждениях МО РФ.

**Пациенты и методы.** Всего были обследованы 138 человек мужского и женского пола в возрасте от 18 до 67 лет, проходивших лечение в клинике ЧЛХ ВМедА. В течение всего периода лечения включенные в контрольные группы наблюдения больные с травмами и воспалительными заболеваниями получали питание в рамках соответствующих челюстных диет по норме лечебного пайка. У пациентов с травмами и воспалительными заболеваниями ЧЛО, включенных в опытные группы наблюдения, использовали сухие питательные смеси (СПС), при этом больные с травмами ЧЛО получали СПС «Нутриэн Остео», а с воспалительными заболеваниями – «Нутриэн Стандарт». Методика применения СПС соответствовала таковой по стандартным челюстным диетам. СПС применяли в количестве 660 г в сутки. Во всех опытных и контрольных группах оценку статуса питания пациентов осуществляли на 1-е, 3-и, 5-е, 10-е сутки заболевания и в день выписки общепринятыми соматометрическими методами. Помимо этого, для оценки статуса питания обследованных пациентов использовали ряд лабораторных и биохимических показателей крови и мочи, которые являются наиболее значимыми маркерами белкового, липидного, витаминного и минерального метаболизма.

**Результаты исследования.** Было доказано, что использование СПС «Нутриэн Остео» и «Нутриэн Стандарт» в комплексном лечении пациентов с травмами и воспалительными заболеваниями ЧЛО улучшает динамику нормализации у них всех видов обмена веществ.

### 30. Автоматизированная система диспансеризации «Язвенная болезнь»

Гончаров Н.Н., Василевич В.С., Фурс К.А.  
Речицкая центральная больница, Беларусь

Одним из путей реализации мероприятий государственной демографической политики является разработка новых организационно-методических подходов и технологий диспансеризации населения страны.

Важным звеном системы лечебно-профилактических мероприятий при диспансеризации больных язвенной болезнью (ЯБ) должно стать прогнозирование возможных осложнений заболевания и, исходя из этого, формирование групп риска больных, подлежащих в перспективе оперативной санации. Несмотря на очевидную необходимость объединения подобных больных в систему однопрофильного скрининга, сведения по этому вопросу немногочисленны.

**Цель работы:** наметить путь создания и применения автоматизированной (электронной) системы диспансеризации больных язвенной болезнью.

**Материал и методы.** На основании анализа лечения 3550 больных ЯБ (1998–2003 гг.) разработан алгоритм прогнозирования осложнений и планирования рациональной лечебной тактики с целью определения прогностических критериев в развитии осложнений заболевания. С использованием дискриминантного анализа и методологии статистических взаимоотношений определено 27 клинически значимых признаков и эндоскопических критериев, диагностическая информативность которых позволяет использовать их в качестве прогностических тестов развития осложнений ЯБ ( $p < 0,01$ ). Практическим воплощением созданного алгоритма явилось «Информационно-программное сопровождение лечебного процесса при язвенной болезни» или автоматизированное рабочее место (АРМ) «Язвенная болезнь», разработанное на СУБД Fox Pro, версии 2.6 компании «Микрософт» (Рег. № 112-0801 от 09.04.2002, МЗ РБ).

**Результаты.** Создание автоматизированных рабочих мест специалистов, занимающихся лечением больных ЯБ (гастроэнтеролога, участкового терапевта и хирурга), позволяет наладить рациональную диспансеризацию больных ЯБ и проводить ее в автоматизированном режиме. Опыт разработки и внедрения электронной системы диспансеризации больных ЯБ в 1998–2003 гг. позволил увеличить выявляемость больных с осложненными вариантами течения ЯБ и, используя принципы превентивной хирургии, максимально санировать этих больных, уменьшив,

таким образом, в последующем число осложнений заболевания, несущих смертельную угрозу жизни больных. С 1998 по 2002 гг. число активно выявленных осложненных форм ЯБ возросло на 9,4%, соответственно, увеличилась оперативная активность на 14,2%. Как результат, в последующие годы (2003–2007) снижается количество осложненных форм заболевания на 22,4%, в том числе острых на 13,5%. С 2008 года стабилизировалось, с тенденцией к уменьшению, число хронических осложнений ЯБ. На 49,2% снизилось количество прободных язв, стабилизировано количество гастродуоденальных кровотечений.

**Заключение.** Функциональные возможности «Автоматизированной системы диспансеризации «Язвенная болезнь» обеспечивают высокоэффективное проведение диспансерного наблюдения и лечения пациентов с ЯБ. Автоматизированное внедрение в лечебный процесс единых стандартов диагностики и лечения ориентировано на конечный результат и позволяет существенно улучшить результаты лечения больных ЯБ. Использование информационных технологий в клиническом прогнозировании и автоматизированном планировании лечебной тактики не нашло еще должного развития в системе практического здравоохранения. Поэтому разработка и применение прогностических алгоритмов с программным обеспечением лечебно-диагностического процесса для больных с язвенной болезнью является насущной потребностью практического здравоохранения.

### 31. Разработка рецептур и технологии производства желе на основе подсырной сыворотки

Горшкова С.Б., Маренина К.С.  
Санкт-Петербургский НИУ ИТМО, Институт холода и биотехнологий, Россия, e-mail: karat80@list.ru

**Цель исследования:** разработка состава и рецептур желе на основе подсырной сыворотки, обогащенных пищевым волокном.

**Материал и методы.** В соответствии с целью и задачами объектами исследования служили: сухая подсырная сыворотка (производство Германии, России, Латвии, Италии); натуральная подсырная сыворотка; желатин; сахар-песок; пищевое волокно Фибрегам (Франция); ванилин (ГОСТ 16599-71); какао-порошок (ГОСТ 108-76); сок ананасовый; вода питьевая.

При выполнении работы применялись стандартные общепринятые в исследовательской практике физико-химические методы. Определялись титруемая кислотность по ГОСТ 3624-92; активная кислотность по ГОСТ 19881-74; плотность сыворотки по ГОСТ 3625-71; сухие вещества в сыворотке; эффективная вязкость. Для сопоставимости результатов в опытные и контрольные образцы закладывалась одна партия сырья.

В ходе проведения лабораторных исследований было установлено, что подсырная сыворотка производства Латвии обладает лучшими органолептическими показателями для производства желе при схожести физико-химических показателей сыворотки других производителей. Из литературных источников обоснован выбор компонентов для производства желе и установлено их оптимальное соотношение и сочетаемость: желатин – 3%; сахар 8–9%; фибрегам – 5%; какао-порошок – 3%; сок ананасовый – 30%; ванилин – 0,01% от массы смеси. Составлены рецептуры для производства желе на основе вторичного молочного сырья и определена их энергетическая ценность: желе с какао – 54,3 кДж; желе с ванилином – 48,4 кДж; желе с ананасовым соком – 43,6 кДж на 100 г продукта. На основании результатов проведенных исследований была разработана технология производства желе с наполнителями. Установлен допустимый срок годности желе на основе вторичного молочного сырья, который составляет 10 суток при температуре  $(4 \pm 2)^\circ\text{C}$ .

### 32. Психологический статус и феномен ночного кислотного прорыва

Григорьева Ю.В., Любская Л.А.  
Тверская ГМА, Россия

**Цель исследования:** изучить изменения психологического статуса больных язвенной болезнью (ЯБ) при ночном кислотном прорыве (НКП).

**Материалы и методы.** Обследованы 218 больных ЯБ (средний возраст  $36,0 \pm 2,4$  года). Всем больным на 4-5-й день приема 40 мг дженерика омепразола выполнена суточная рН-метрия. За НКП принималось снижение рН в теле желудка ниже 4,0 продолжительностью не менее 1 часа в интервале 22.00-06.00. Психологический статус пациентов изучали с помощью сокращенного варианта методики многостороннего исследования личности (СМОЛ).

**Результаты.** По данным суточной рН-метрии удовлетворительный кислотосупрессивный эффект был отмечен у 135 (61%) пациентов, у 83 (39%) кислотосупрессия была недостаточной. Все больные с эффективной секретолитической терапией были разделены на 2 группы. В 1-ю группу вошел 31 (23%) пациент с эффективной, в целом, антисекреторной терапией и НКП, а во 2-ю – 104 (77%) больных с эффективной терапией и без НКП. В 1-й группе женщин было 8 (26%), мужчин 23 (74%), а во 2-й – женщин 25 (24%), мужчин 79 (76%). Средний возраст в 1-й группе составил  $31,0 \pm 3,4$  года, а во 2-й –  $38,0 \pm 2,4$  года ( $p > 0,05$ ). В 1-й группе впервые выявленная ЯБ диагностирована у 8 (26%) больных, а во 2-й группе – у 32 (31%;  $p > 0,05$ ). В 1-й группе ЯБ протекала в осложненной форме у 21 (67,7%) больного, а во 2-й – у 73 (70,1%;  $p > 0,05$ ). При анализе личностных характеристик в двух исследуемых группах средний балл находился в диапазоне от 37 до 46. В группе с НКП высокие показатели по шкалам 6-й и 7-й, во второй группе – по шкалам 4-й и 6-й.

**Выводы.** При лечении ЯБ феномен НКП выявляется почти у каждого четвертого больного (23%) независимо от пола и возраста, сопровождается психастеническими изменениями.

### 33. Диагностика постхолецистэктомического синдрома

Гусева Л.В., Мишушкин О.Н., Бурдина Е.Г.  
Поликлиника № 3 УД Президента РФ, УНМЦ УД  
Президента РФ, Москва, Россия

**Цель исследования:** диагностика постхолецистэктомического синдрома (ПХЭС) в амбулаторной практике.

**Материалы и методы.** В исследование были включены 380 пациентов (средний возраст  $57,2 \pm 8,3$  года, мужчин 96, женщин 284, соотношение м:ж=1:2,9) в различные сроки после плановой лапароскопической холецистэктомии по поводу желчнокаменной болезни с признаками постхолецистэктомического синдрома. Помимо анализа жалоб, анамнеза, физикальных данных всем проводились общеклиническое и биохимическое исследование крови, УЗИ органов брюшной полости, эндоскопическое и/или рентгенологическое исследование желудочно-кишечного тракта, по показаниям – МРТ, МР-холангиопанкреатография.

**Результаты.** ПХЭС был диагностирован у 48,4% пациентов после плановой лапароскопической холецистэктомии. Удельный вес функциональных нарушений составил 79,5%,  $n=302$  (1-я группа), органической патологии билиарного тракта – 20,5%,  $n=78$  (2-я группа). Явления диспепсии (горечь во рту, тошнота, эпизоды рвоты, неустойчивый стул) зарегистрированы у 74,2% ( $n=282$ ), по группам соответственно у 75,5% ( $n=213$ ) и 24,4% ( $n=69$ ). Боль, локализованная в правом подреберье, беспокоила 31,1% ( $n=118$ ) больных, по группам соответственно 60,2% ( $n=71$ ) и 39,8% ( $n=47$ ). Периодическая субиктеричность и/или иктеричность кожных покровов и склер отмечали 6,0% ( $n=23$ ) больных, соответственно по группам 43,5% ( $n=10$ ) и 56,5% ( $n=13$ ). Наличие билиарно-зависимого панкреатита было установлено у 6,3% ( $n=24$ ), в 1-й группе у 54,2% ( $n=13$ ), во 2-й группе у 45,8% ( $n=11$ ), в том числе с внешнесекреторной недостаточностью у 3 больных из 2-й группы (3,8%). Дисфункция сфинктера Одди выявлена у 30,8% ( $n=117$ ): в 1-й группе у 82,1% ( $n=96$ ), во 2-й – у 17,9% ( $n=21$ ); дуоденогастральный рефлюкс с развитием рефлюкс-гастрита диагностирован у 24,5% ( $n=193$ ): в 1-й группе у 78,7% ( $n=152$ ), во 2-й группе у 21,3% ( $n=41$ ). Холангит диагностирован у 2,6% ( $n=2$ ) больных из 2-й группы, вторичный билиарный цирроз – у 1 больного. Среди органической патологии билиарного тракта (2-я группа) наиболее частой причиной нарушения оттока желчи был стеноз дистального отдела холедоха – 17,9% случаев ( $n=14$ ). Остальные причины ПХЭС у больных 2-й группы распределялись следующим образом: стенозирующий папиллит –

8,9% ( $n=7$ ), холедохолитиаз – 6,4% ( $n=5$ ), замазкообразная желчь в просвете общего желчного протока – 5,1% ( $n=4$ ), избыточная культя пузырного протока – у 2,6% ( $n=2$ ). Проведенные оперативные вмешательства (2-я группа): эндоскопическая папиллосфинктеротомия – 16,7% ( $n=13$ ), холедохолитотомия – 3,8% ( $n=3$ ), стентирование желчных протоков – 3,8% ( $n=3$ ), наложение холедоходуоденоанастомоза – 1,3% ( $n=1$ ), холедохоеентероанастомоза – 1,3% ( $n=1$ ), холедохоеюностомия – 1,3% ( $n=1$ ).

**Выводы.** 1. Частота ПХЭС составила 48,4% после плановой лапароскопической холецистэктомии. 2. Удельный вес функциональных нарушений билиарного тракта составил 22,3%, органической патологии – 26,1%. 3. Высокая частота ПХЭС диктует необходимость согласованной тактики хирурга и гастроэнтеролога.

## Д

### 34. Активность синтазы оксида азота в гепатоцитах крыс при длительной гипоацидности и введении мультипробиотика

Дворченко Е.А., Драницина А.С., Бернык О.О., Остапченко Л.И.  
Киевский национальный университет им. Тараса Шевченко, Украина, e-mail: k21037@gmail.com

**Цель исследования:** изучить активность синтазы оксида азота в гепатоцитах крыс при длительной желудочной гипохлоридрии и введении мультипробиотика «Симбитер® ацидофильный» концентрированный («Симбитер»).

**Материалы и методы.** Эксперименты проведены на белых нелинейных половозрелых крысах-самцах. Гипоацидное состояние моделировали внутрибрюшинным введением 14 мг/кг омепразола 1 раз в сутки 28 дней. Вторая группа крыс одновременно с введением омепразола получала мультипробиотик «Симбитер» перорально в дозе 0,14 мл/кг, растворенный в 0,5 мл воды для инъекций. В качестве контроля использовали крыс, которым 28 дней вводили внутрибрюшинно 0,2 мл и перорально 0,5 мл воды для инъекций. В гепатоцитах определяли общую NO-синтазную активность по методу Salter M. (1991), содержание оксида азота – с реактивом Грисса. Экспрессию гена индуцибельной NO-синтазы в печени определяли методом полуколичественной ОТ-ПЦР.

**Результаты.** При длительном гипоацидном состоянии в гепатоцитах общая NO-синтазная активность увеличивалась в 7 раз, содержание NO возрастало в 5,3 раза относительно контроля, при этом в печени была обнаружена экспрессия гена индуцибельной NO-синтазы. При совместном введении симбитера и омепразола в гепатоцитах крыс снижались: общая NO-синтазная активность – в 6,3 раза, содержание NO – в 3,1 раза относительно группы крыс с гипоацидным состоянием. При этих же условиях эксперимента экспрессия гена индуцибельной NO-синтазы не выявлялась.

**Выводы.** При длительном гипоацидном состоянии в гепатоцитах активируется индуцибельная NO-синтаза и увеличивается уровень NO, что указывает на развитие воспалительных процессов в печени. Мультипробиотик «Симбитер» оказывает протекторное действие на состояние печени при длительной желудочной гипохлоридрии.

### 35. Клинические особенности дисбиоза кишечника у больных ишемической болезнью сердца

Дербак Я.С.<sup>1</sup>, Архий Е.И.<sup>1</sup>, Игнатко Я.И.<sup>2</sup>, Петрик И.М.<sup>2</sup>, Балаба В.В.  
<sup>1</sup>Ужгородский национальный университет (мед. ф-т),  
<sup>2</sup>Ужгородская ГЦКБ, Украина, e-mail: derbak@mail.ru

**Цель:** изучить особенности и частоту дисбиоза кишечника у больных ишемической болезнью сердца (ИБС).

**Материалы и методы:** обследованы 74 больных ИБС, которые находились на лечении в кардиологическом отделении Ужгородской ГЦКБ. Всем больным проводили биохимический анализ крови, липидограмму и микробиологическое исследование испражнений.

**Результаты.** Проведенный опрос больных с ИБС показал, что жалобы со стороны ЖКТ имели 34 больных, тогда как результа-

ты микробиологического исследования испражнений показали нарушения состава кишечной микрофлоры у 58. Чаще всего встречались такие жалобы: запор (22,9%), диарея (9,5%), урчание (13,5%), метеоризм (18,9%), боли в животе (10,8%). Подавляющее большинство больных (40 человек) жалоб не предъявляли. По результатам бакпосева дисбиоз обнаружен у 59 больных. По степени тяжести выявленный дисбиоз распределялся следующим образом. I степень дисбиоза кишечника имели 23 (31%) человека. У них наблюдалось снижение содержания бифидо- и лактобактерий до  $10^6$  при норме  $10^7$ . II степень дисбиоза имели 32 (43,2%) пациента, что сопровождалось снижением содержания бифидобактерий до  $10^4$  и лактобактерий до  $10^5$ , а также ростом количества условно патогенной микрофлоры (протей –  $10^6$ ). III степень дисбиоза имели 5 (6,8%) больных. Количество бифидо- и лактобактерий у них было в несколько раз ниже нормы ( $10^3$  и  $10^3$ ), а также присутствовал протей и гемолитические энтерококки, бактерии родов *Klebsiella*, *Enterobacter*, *Citrobacter*. IV степень дисбиоза у обследуемых пациентов не наблюдалась.

**Выводы.** Учитывая, что у 78,4% больных с ИБС регистрируются нарушения состава кишечной микрофлоры, считаем необходимым проводить углубленное гастроэнтерологическое обследование с микробиологическим исследованием испражнений всем больным с ИБС даже при отсутствии жалоб со стороны ЖКТ с целью назначения комплексной патогенетической терапии.

### 36. Заболевания гепатобилиарной системы у больных сахарным диабетом в сочетании с хроническим гепатитом С

Дербак Я.С., Дербак М.А., Архий Э.И., Пичкарь Й.И., Бугар П.Р.

Ужгородский национальный университет (мед. ф-т), Украина, e-mail: derbak@mail.ru

**Цель работы:** изучить состояние гепатобилиарной системы у больных СД 2 типа в сочетании с HCV-инфекцией.

**Материалы и методы.** Нами обследованы 174 больных СД 2 типа, которые находились на стационарном лечении в эндокринологическом отделении Закарпатской областной клинической больницы. Всем больным проводили УЗИ органов брюшной полости, ФГДС, биохимический анализ крови, липидограмму и выявление маркеров гепатитов В и С.

**Результаты исследований.** В результате проведенного исследования было установлено, что у всех больных СД 2 типа как с HCV-инфекцией, так и без нее, заболевания гепатобилиарной системы регистрировались с высокой частотой, но более выраженные нарушения выявлены у больных СД 2 типа с HCV-инфекцией. У инфицированных пациентов чаще наблюдалась диабетическая гепатопатия, чем у лиц без вируса – 98,61% и 75,49% случаев соответственно, при этом только 37,5% больных из группы инфицированных имели нормальный уровень трансаминаз, в отличие от группы сравнения, где таких больных было 63,72%. Дискинезия желчевыводящих путей наблюдалась у 56,9% инфицированных больных и у 28,4% не инфицированных. У 48,61% пациентов первой группы и 27,4% больных второй группы регистрировалась ЖКБ, а хронический холецистит имели 40,3% и 24,5% обследованных соответственно. Патологические изменения печени по данным УЗИ были зарегистрированы у 94,4% больных с HCV-инфекцией и у 73,5% больных без инфицирования.

**Выводы.** Выявленная нами патология требует проведения всем больным СД 2 типа тщательного клинико-лабораторного и инструментального обследования гепатобилиарной системы даже на самых ранних стадиях процесса.

### 37. Особенности клинического течения хронического вирусного гепатита В в зависимости от его генотипов

Дустов А., Азимова С., Алимова Н., Умаров С., Шарапова Н. Институт гастроэнтерологии МЗ Республики Таджикистан, Душанбе, Таджикистан

**Целью исследования** явилось изучения клинических особенностей хронического гепатита В (ХГВ) в зависимости от генотипических свойств HBV.

**Материал и методы.** Обследованы 30 больных ХГВ. Всем больным выполнялся полный спектр исследования серологических маркеров HBV-инфекции методом иммуноферментного анализа: HbsAg, AbHBs, HbeAg, AbHbe. Выявление ДНК проводили методом полимеразной цепной реакции (ПЦР). Для генотипирования HBV использовался метод, основанный на полиморфизме длин фрагментов рестрикции амплифицированных участков генома HBV (PCR-RFLP).

**Результаты.** У 19 (63%) больных диагностирован А-генотип HBV, у 8 (26%) – D-генотип, у 3 (10%) генотип оставался не уточненным из низкой вирусной нагрузки. Все больные были HbeAg-негативными и AbHbe-позитивными. У всех больных с генотипом А в крови не обнаруживался HbeAg, а среди больных с D-генотипом HbeAg негативный серологический профиль выявлялся в 62% случаев, а HbeAg позитивный – у 37% больных.

Длительность заболевания при генотипе А составляла (4,0±2,2) года, а при генотипе D – (11,3±7,0) года. Несмотря на меньшую длительность болезни, среди больных с А-генотипом чаще выявлялся хронический гепатит высокой активности – в 45% случаев и цирроз печени – в 18%, а при D-генотипе высокая активность хронического гепатита диагностирована лишь у 3 больных (37%,  $p<0,01$ ), а у больных циррозом печени – у 1 ( $p<0,01$ ). Формирование цирроза печени у больных с генотипом А происходило к концу первого десятилетия течения гепатита, а среди больных с D-генотипом цирроз печени диагностирован к концу второго десятилетия течения заболевания. Больные были разделены на 3 группы с учетом генотипа и фенотипа HBV, связанных с возможной мутацией в *pre/s*-зоне генома: 1-я – большие хроническим вирусным гепатитом генотипа А без HbsAg ( $n=5$ ), 2-я – больные хроническим гепатитом без HbsAg ( $n=11$ ), 3-я – больные хроническим вирусным гепатитом генотипа D, не имеющие HbsAg ( $n=6$ ), был проведен сравнительный анализ их клинико-лабораторных и вирусологических данных. Среди больных HbsAg-негативным хроническим вирусным гепатитом (генотип А) чаще встречался гепатит умеренной (31%) и высокой активности (21%) против 15% ( $p<0,01$ ) и 25% ( $p<0,01$ ) при HbsAg-позитивном хроническом вирусном гепатите (генотип D). При HbsAg-негативном варианте А-генотипа у 21% больных диагностирован цирроз печени, а при HbsAg-позитивном варианте цирроз печени не диагностирован ни у одного больного ( $p<0,05$ ). У 12 (63%) больных с генотипом А и у 4 (50%) больных с генотипом D отмечался HbsAg-негативный фенотип HBV. У больных ХГВ, инфицированных А-генотипом, отмечалось более тяжелое течение с более частым формированием цирроза печени в 33% случаев на втором десятилетии течения заболевания. Клиническая картина ХГВ во многом определялась генотипом HBV. При этом отмечено, что у больных, инфицированных генотипом D, имело место более мягкое течение хронического гепатита, в то время как у больных с А-генотипом наблюдалось более агрессивное течение хронического гепатита с более ранними сроками формирования цирроза печени.

### 38. Гепатоцеллюлярная карцинома в Таджикистане

Дустов А., Каримов А., Алимова Н.  
Институт гастроэнтерологии МЗ Республики Таджикистан,  
Научный онкологический центр МЗ Республики  
Таджикистан, Душанбе, Таджикистан

**Введение.** В мире ежегодно регистрируют более 600 000 новых случаев гепатоцеллюлярной карциномы (ГЦК) [Everson G.T., et al., 2002; Saturelli E., Solmi L. et al., 2004]. Смертность от данной формы опухоли занимает третье место среди всех злокачественных новообразований человека [Lai E.C., Lau W.Y., 2005].

**Цель.** На основании изучения клинико-лабораторных данных выявить у больных ГЦК при хроническом вирусном гепатите особенности течения заболевания с учетом наличия маркеров вирусов гепатита для усовершенствования диагностики данной патологии.

**Материалы и методы.** Проанализирована заболеваемость ГЦК (658 случаев), вирусным гепатитом В и С в Республике Таджикистан за период с 2007 по 2011 гг. Для установления связи между ГЦК и вирусными гепатитом В и С изучили распространенность их по

регионам Таджикистана. Сравнительному анализу были подвергнуты истории болезни 58 больных ГЦК в возрасте от 26 до 75 лет. Для изучения течения ГЦК больные были распределены по группам в зависимости от наличия или отсутствия маркеров вирусного гепатита. В первую группу были включены 23 больных ГЦК без маркеров вирусов гепатита. Вторую группу составили 35 больных ГЦК в исходе хронического вирусного гепатита.

**Результаты.** Высокий уровень регистрации заболеваемости вирусным гепатитом В, С и D в популяции свидетельствует о широкой циркуляции этих возбудителей на территории Таджикистана и коррелирует с частотой выявляемости ГЦК у больных вирусным гепатитом. ГЦК в 82,2% случаев развивается вследствие хронического вирусного гепатита с выявлением маркеров вирусов гепатита В (48,4%), С (38,9%) и D (33,8%). У 66,3% больных без маркеров вирусов гепатита значимой причиной развития заболевания является фактор злоупотребления алкоголем. Клиника ГЦК при HBV- и HCV-инфекции по сравнению с раком печени без маркеров вирусов гепатита характеризуется более яркой клинической картиной раковой интоксикации, внепеченочных проявлений, выраженных синдромов поражения печени с присоединением осложнений в виде метастатического тромбоза воротной и нижней полой вен и разрывов опухолевых узлов. Высокая частота развития печеночноклеточного рака наблюдается при генотипе D HBV-инфекции, генотипе I HDV-инфекции, генотипе Ib HCV-инфекции. Репликативная активность вирусов гепатитов сохраняется у больных при ГЦК.

**Заключение.** Высокий уровень распространенности HBV-, HDV- и HCV-инфекции коррелирует с частотой выявляемости гепатоцеллюлярной карциномы в Таджикистане.

## Е

### 39. Этапное хроматическое дуоденальное зондирование в диагностике билиарной недостаточности у больных хроническим вирусным гепатитом

Евстигнеева Г.Г., Неронов В.А., Максимов В.А., Чернышев А.Л.

1586-й ОВКГ МВО МО РФ, Подольск Московской обл., МНТО «Гранит», Москва, Россия

**Цель исследования:** диагностировать синдром билиарной недостаточности (БН) у больных хроническим гепатитом В и С.

**Материалы и методы.** Были обследованы 34 больных хроническим вирусным гепатитом В (ХГВ), ПЦР ДНК+, и 23 больных хроническим вирусным гепатитом С (ХГС), ПЦР РНК+. БН определялась по суммарному дебиту холевой кислоты (ХК) при проведении этапного хроматического дуоденального зондирования с графическим отображением этапов желчеотделения, микроскопическим исследованием дуоденального содержимого и биохимическим исследованием желчи с определением как концентрации ее компонентов в пузырной и печеночной желчи (холевая кислота, холестерин, билирубин, кальций, фосфолипиды), так и их дебита.

**Результаты.** В ходе проведенного исследования было выявлено снижение суммарного дебита ХК ниже 1,2 ммоль/ч у больных ХГВ в 88% случаев, а у больных ХГС – в 86,4% случаев. При условном разделении БН на легкую (суммарный дебит ХК 0,6–1,2 ммоль), средней степени тяжести (суммарный дебит ХК 0,1–0,5 ммоль) и тяжелую (суммарный дебит ХК ниже 0,1 ммоль) получены следующие результаты: у больных ХГВ развивается билиарная недостаточность легкой и средней степени тяжести, преобладает легкая степень БН – 54,6%, средняя степень составляет 33,4%, тяжелой БН у больных ХГВ выявлено не было. У больных ХГС выявлены аналогичные изменения: легкая БН в 51,6% случаев, средняя степень – в 34,8%, тяжелая БН так же отсутствовала.

**Выводы.** Для диагностики БН наиболее информативен и прост в использовании метод этапного хроматического дуоденального зондирования. Наличие БН у больных хроническим вирусным гепатитом В и С позволяет рассматривать их как лиц, угрожаемых по развитию желчнокаменной болезни. Это, безусловно,

должно находить отражение в комплексной терапии больных хроническим вирусным гепатитом.

### 40. Возрастные особенности у больных гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью

Еремина Е.Ю., Рязанцева Д.Е.

Мордовский ГУ им. Н.П. Огарева, Саранск, Россия, e-mail: diana-ryazanceva@yandex.ru

**Цель работы:** изучить возрастные особенности пациентов с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью.

**Материалы и методы:** 70 респондентов 18-70 лет с жалобами на изжогу и регургитацию не реже 1 раза в неделю.

**Результаты.** Распределение по возрасту: молодой возраст – 25%, зрелый – 19%, средний – 50%, пожилой – 6%.

У 75% лиц молодого возраста изжога «средней интенсивности» раз в неделю, у 25% – несколько раз в неделю, «сильная». У 50% регургитация раз в неделю, средней интенсивности.

У 67% лиц зрелого возраста изжога раз в неделю, у 33% – несколько раз в неделю. У 50% «сильная» изжога. У 33% регургитация каждый день средней интенсивности.

Раз в неделю изжога у 25% лиц среднего возраста, несколько раз в неделю – у 37,5%, каждый день – у 37,5%. У 75% изжога «умеренная», у 25% – «сильная». Регургитация у 62,5%: у 40% раз в неделю, у 20% – каждый день, у 40% – несколько раз в неделю.

У лиц пожилого возраста изжога каждый день, «очень сильная», регургитация – «сильная», несколько раз в неделю.

«Низкий» уровень самочувствия у 12,5% лиц среднего возраста, «средний» – у 25% лиц молодого возраста, у 62,5% – среднего, у 67% – зрелого, «высокий» – у 25% среднего, 75% молодого и 33% зрелого возраста.

«Средний» уровень активности у 75% лиц среднего возраста, у 50% – молодого и 100% зрелого, «высокий» – у 25% и 50% зрелого и молодого возраста соответственно. «Низкий» уровень настроения у 25% лиц среднего возраста, «средний» – у 50% среднего, 25% молодого, 67% зрелого возраста, «высокий» – у 25% среднего, 75% – молодого, 33% – зрелого возраста. У всех опрошенных пожилого возраста «средние» уровни самочувствия, активности, настроения.

**Выводы.** Лиц пожилого возраста изжога и регургитация беспокоят чаще и гораздо большей интенсивности, чем других респондентов. Однако качество жизни самое низкое у лиц среднего возраста.

## З

### 41. Фитонутритивная коррекция в комплексном лечении заболеваний пищеварительной системы у пациентов геронтологического профиля

Задорожная Н.А.

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

**Цель исследования:** оценить эффективность сочетанного воздействия магнитного поля и лазерного излучения в комплексе с желудочным фитосбором на функционально-морфологическое состояние ЖКТ у больных пожилого и старческого возраста с кислотозависимыми заболеваниями.

**Материалы и методы.** Под наблюдением находились 90 пациентов с кислотозависимыми заболеваниями ЖКТ в возрасте от 65 до 80 лет (основная группа).

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

Состав фитосбора: бессмертник песчаный, зверобой продырявленный, тысячелистник, полевой хвощ, мята перечная в соотношении 3:3:2:2:2.

Контрольная группа: 25 пациентов с аналогичной патологией, получавших магнито-лазерную терапию, но без приема фитосбора.

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

**Заключение.** Эффективность лечения в основной и контрольной группе составила 97,8% и 67,3%. При этом в основной группе не наблюдалось развития нежелательных побочных эффектов, которые ограничивают применение физиофакторов в гериатрической практике.

#### 42. Оценка микробиоты кишечника с позиции многомерной биологии

Затевалов А.М., Селькова Е.П., Алешкин А.В.,  
Гусарова М.П., Затевалова Е.А.  
МНИИЭМ им. Г.Н. Габричевского, Москва, Россия,  
e-mail: 4520896@mail.ru

**Цель исследования:** целью данного исследования было установление корреляции между соотношениями летучих жирных кислот (ЛЖК) и свойствами микробиоты пищеварительного тракта, такими как антибиотико- и фагочувствительность, на 3500 образцах кала. Была установлена корреляция между структурным индексом, индексом протеолитической активности и средней антибиотикочувствительностью, а также между общим уровнем ЛЖК и концентрацией масляной кислоты со средней фагочувствительностью. В последнее время все большую популярность приобретает новое направление – многомерная медицина и многомерная биология. Генетические и метаболические свойства биологического объекта изучаются методами биоинформатики, что значительно усиливает прогностическую значимость диагностики. Для эффективного применения многомерной биологии для оценки микробиоты кишечника необходимо правильно подбирать критерии оценки.

Нами проведены исследования у 3500 пациентов методом «Комплексный анализ микрофлоры кишечника», разработанным в институте Г.Н. Габричевского. С целью подбора критериев оценки микробиоты был проведен поиск корреляционных связей между концентрациями ЛЖК и их соотношениями и средней антибиотико- и фагочувствительностью. Показано, что структурный индекс и индекс протеолитической активности находятся в зависимости от средней антибиотикочувствительности, а суммарный уровень ЛЖК и масляная кислота – в зависимости от средней фагочувствительности.

**Выводы.** Таким образом, предложены новые критерии оценки микробиоты кишечника. Определены корреляционные связи критериев оценки микробиоты кишечника, что позволит эффективно применять их для исследования микробиоты с позиции многомерной биологии.

#### 43. Анализ клинической симптоматики у больных ГЭРБ в сочетании с ИБС

Зверева С.И., Еремина Е.Ю., Рябова Е.А., Козлова Л.С.,  
Маслова И.А.  
Мордовский ГУ им. Н.П. Огарева, Саранск, Россия

**Цель работы:** изучить особенности сочетанного течения гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (ГЭРБ) и ишемической болезни сердца (ИБС).

**Материалы и методы.** Материалом для проведения анализа стали 235 анкет, разработанных и утвержденных ЦНИИ гастроэнтерологии (Москва) для проведения многоцентрового исследования «Эпидемиология гастроэзофагеальной рефлюксной болезни в России». Участники – больные хроническими формами ИБС в возрасте от 43 до 86 лет – разделены на две группы: в I группу вошли 35 человек (14,9%) с сочетанным течением ГЭРБ и ИБС, во II группу – 200 человек (85,1%) с изолированным течением ИБС.

**Результаты.** По результатам исследования получены достоверные различия по частоте и интенсивности изжоги, а именно: изжога легкой интенсивности достоверно чаще (в 50% случаев,  $p < 0,05$ ) встречалась у больных ИБС без признаков ГЭРБ, в случае сочетания этих заболеваний пациенты в 10,8% ( $p < 0,05$ ) случаев жаловались чаще на очень сильную изжогу, что указывает наотягщающее влияние ИБС на течение ГЭРБ. Кроме основных проявлений ГЭРБ изучались частота и интенсивность загрудинной боли. Пациенты с изолированной ИБС отмечали ретро-стернальную боль преимущественно средней интенсивности (53,7%,  $p < 0,05$ ), в то время как больные, страдающие ГЭРБ и ИБС, – сильную (47,2%,  $p < 0,05$ ) и очень сильную интенсивность боли (28,1%,  $p < 0,05$ ). Больные ИБС испытывали приступ загрудинной боли преимущественно несколько раз в месяц (56,2%,  $p < 0,05$ ), в то время как пациенты с сочетанием ГЭРБ и ИБС – несколько раз в неделю (47,4%,  $p < 0,05$ ).

**Выводы.** Таким образом, сочетанное течение ГЭРБ и ИБС ассоциируется с большей интенсивностью и частотой изжоги и ретро-стернальной боли, чем у больных с изолированной ГЭРБ, что указывает на взаимноеотягщающее влияние этих двух заболеваний.

#### 44. Влияние ингибиторов протонной помпы на секрецию бикарбонатов и пепсиногена, вызванную химическим раздражением слизистой оболочки желудка

Золотарев В.А., Хропычева Р.П.  
Институт физиологии им. И.П. Павлова РАН,  
Санкт-Петербург, Россия, e-mail: basil@infran.ru

Ингибиторы протонной помпы (ИПП), эффективно снижая кислотность в полости желудка, неизбежно угнетают диффузию протонов в презпителиальный слой слизи. При этом нарушается обратная связь, за счет которой поддерживается резистентность слизистой оболочки желудка (СОЖ) в первую очередь путем секреции гидрокарбонатов.

**Цель работы:** изучение влияния ИПП на желудочную продукцию гидрокарбонатов и пепсиногена, вызванную раздражением СОЖ растворами с повышенной кислотностью и осмотическим давлением (слабыми ирритантами). Эксперименты проведены на бодрствующих крысах линии Спрег-Доули с хронической fistулой желудка, а также на наркотизированных крысах при полостной перфузии желудка физиологическим раствором, либо подкисленным гипертоническим раствором (500 мМ NaCl, pH=2,0). Концентрация кислоты,  $\text{HCO}_3^-$  и пепсиногена измерялась в оттекающем из желудка перфузате. Полостная аппликация ирритантов усиливала базальную секрецию  $\text{HCO}_3^-$  и пепсиногена, что полностью блокировалось индометацином (5 мг/кг подкожно). Под действием омепразола (10 мг/кг подкожно) отмечена простагландин (ПГ)-зависимая потенциация секреции  $\text{HCO}_3^-$  и пепсиногена. Кроме того, слабая ирритация усиливала непаритетальную секрецию, вызванную раздражением блуждающего нерва, причем эта реакция определялась продукцией оксида азота. На фоне ИПП отмечено ослабление потенцирующего эффекта ирритации по отношению к «вагусной» продукции  $\text{HCO}_3^-$ .

**Выводы.** Ирритация СОЖ вызывает ПГ-зависимое увеличение базальной продукции гидрокарбонатов и пепсиногена, а также опосредуемое оксидом азота усиление «вагусной» секреции гидрокарбонатов и пепсиногена. ИПП потенцируют ПГ-зависимое усиление желудочной секреции бикарбонатов и пепсиногена, но угнетают «вагусную» продукцию  $\text{HCO}_3^-$ .

#### 45. Качество жизни у больных хроническими диффузными воспалительными заболеваниями печени (ХДВЗП)

Зыгало Э.В., Кушниренко И.В., Дементий Н.П.,  
Меланич С.Л., Попок Д.В.  
Институт гастроэнтерологии НАМН Украины,  
Днепропетровск, Украина, e-mail: ezigalo@mail.ru

**Цель исследования:** изучить показатели качества жизни (КЖ) у больных с ХДВЗП в доминантной позиции: хронический вирусный гепатит С – цирроз печени С без осложнений – цирроз печени С с асцитом и печеночной энцефалопатией.

**Материал и методы.** Обследован 41 пациент с ХДВЗП в возрасте от 27 лет до 71 года (средний возраст  $(44,1 \pm 1,4)$  года), при этом 20 больных (48,8%) хроническим гепатитом С (ХГС) составили I группу. II группу составил 21 больной (51,2%) циррозом печени, ассоциированным с вирусом гепатита С (ЦПС), из них у 38,1% наблюдался асцит, у 52,4% – печеночная энцефалопатия (ПЭ). КЖ изучали с помощью опросника SF-36, включающего 36 вопросов, отражающих 8 шкал здоровья: физическую трудоспособность (шкала PF), социальную активность (SF) со степенью их ограничения (RP, RE), психическое здоровье (MH), жизненную активность (VT), боль (BP), общую оценку здоровья в течение последнего года (GH).

**Результаты.** У 85,7% пациентов ЦПС показатели КЖ по шкалам RP, BP и SF достоверно снижены в 2 и 3 раза по сравнению с больными ХГС. Наличие болевого синдрома у 76,2% больных ЦПС ( $BP=32,50 \pm 5,69$ ,  $p < 0,001$ ) способствовало снижению показателей социальной и физической активности. Наличие асцита и ПЭ ассоциируется со значительным снижением по шкалам RP, BP, RE, SF, VT и, в итоге, приводит к неудовлетворенности общим уровнем своего здоровья.

**Выводы.** КЖ больных ХДВЗП существенно снижено по всем шкалам опросника SF-36. При ХГС отмечается превалирование депрессивной симптоматики, что обуславливает ограничение социальной активности, при ЦПС – болевого синдрома. Осложнения ЦПС (асцит и ПЭ) значительно ухудшают состояние физического, эмоционального, психического и социального здоровья пациента.

## И

### 46. Особенности заместительной терапии при лактазной недостаточности у детей раннего возраста

Иванникова Т.И.

Воронежская ГМА им. Н.Н. Бурденко, Россия

**Цель исследования:** оценить эффективность препарата «Лактазар для детей» при лечении вторичной лактазной недостаточности на фоне дисбактериозов кишечника у детей раннего возраста.

**Пациенты и методы:** 20 детей в возрасте от 1,5 до 12 месяцев, получавших наряду с базовой терапией дисбактериозов кишечника «Лактазар для детей» из расчета 700 ед. фермента лактазы на 100 мл молочного питания.

**Результаты.** Проведенные исследования показали хорошую переносимость «Лактазара для детей» у всех наблюдаемых детей. Нормализация частоты стула и его консистенции у пациентов с диареей была отмечена к концу первой недели лечения. Тенденция к урежению стула регистрировалась уже на 2-3-й день приема препарата, явления кишечной колики купировались также на 2-3-й день, частота и объем срыгиваний значительно уменьшались к концу первой недели терапии и полностью исчезали к 10-му дню приема «Лактазара для детей». Улучшение в клиническом статусе детей не являлось показанием для отмены препарата ввиду сохранения основной причины развития лактазной недостаточности у наблюдаемых пациентов. Курс лечения «Лактазаром для детей» больных с дисбактериозами кишечника I степени составил 10-14 дней, дисбактериозами кишечника 2 степени – 14-21 день, дисбактериозами кишечника 3 степени – не менее 4 недель.

**Выводы.** Определенные в исследовании курсы и дозы препарата «Лактазар для детей» являются оптимальными для лечения лактазной недостаточности, возникающей на фоне дисбиотических нарушений в кишечнике у детей раннего возраста.

### 47. Применение альгинатов в комплексной терапии дисбиозов кишечника у детей

Иванникова Т.И.

Воронежская ГМА им. Н.Н. Бурденко, Россия

**Цель исследования:** оценить результаты наблюдения за детьми с дисбактериозами кишечника, получавшими в составе комплексной терапии гевискон – препарат, содержащий альгинат натрия.

**Пациенты и методы:** 15 детей (средний возраст 8,6 года), получавших наряду с базовой терапией дисбактериозов кишечника (антисептики нитрофуранового ряда и пробиотики) гевискон по 5 мл суспензии 4 раза в день в течение 14 дней.

**Результаты.** Проведенные исследования показали положительное влияние препарата на основные клинические проявления дисбактериозов. Болевой синдром у большинства детей (80%) купировался уже на 2-й день применения препарата, тошнота и рвота исчезали в среднем на 3-4-й день, нормализация стула отмечалась у 2/3 обследованных. У всех детей выявлена нормализация копрологических показателей. В контрольной группе отмечалось более пролонгированное течение вышеописанной симптоматики, а сохранение запоров у детей этой группы после контрольного срока наблюдения потребовало назначения прокинетики. Через месяц от начала терапии контрольное бактериологическое исследование фекалий выявило положительную динамику бактериологических показателей у всех детей исследуемой группы. Ни у одного пациента не выявлено условно патогенной флоры, отмечен значительный рост нормофлоры кишечника.

**Выводы.** Препарат «Гевискон», содержащий альгинат натрия, может быть использован в комплексной терапии дисбактериозов кишечника у детей ввиду быстрого положительного влияния на течение основных клинических проявлений дисбактериозов и улучшения микробиологических показателей кишечника. Немаловажным является и возможность уменьшения числа средств аллотерапии, применяемых для симптоматической терапии дисбактериозов кишечника.

### 48. Роль пребиотиков в становлении биоценоза кишечника новорожденных детей

Иванникова Т.И.

Воронежская ГМА им. Н.Н. Бурденко, Россия

**Цель исследования:** оценить влияние пребиотиков, содержащихся в адаптированной молочной смеси «Нутрилон Комфорт 1» на становление биоценоза кишечника новорожденных детей.

**Пациенты и методы:** 30 новорожденных детей, получавших смесь с пребиотиками, 15 детей, находившихся на вскармливании базовой адаптированной молочной смесью без пребиотиков, и 15 детей на грудном вскармливании. Исследовались стартовые бактериологические показатели кишечного биоценоза детей на различных видах вскармливания и в динамике через 10 дней.

**Результаты.** Показано достоверное увеличение количества бифидобактерий в бактериальных картах новорожденных детей (от  $(7,10 \pm 0,05)$  IgKOE/г до  $(8,60 \pm 0,20)$  IgKOE/г фекалий,  $p < 0,05$ ) после применения смеси, содержащей пребиотики (галакто- и фруктоолигосахариды в концентрации 0,8 г/100 мл смеси). Сравнительное исследование фекалий детей, находившихся на грудном вскармливании, и детей, получавших базовую адаптированную смесь, не содержащую пребиотиков, показало эксклюзивный эффект увеличения количества бифидобактерий в бактериальных картах новорожденных детей, находившихся на вскармливании смесью с пребиотиками. Количество лактобактерий и нормальной кишечной палочки у детей, получавших указанную смесь, было сопоставимо с таковыми у детей на естественном вскармливании.

**Выводы.** Таким образом, можно рекомендовать смесь, содержащую галакто- и фруктоолигосахариды в концентрации 0,8 г/100 мл смеси для профилактики и коррекции дисбиотических нарушений у новорожденных детей при невозможности реализации грудного вскармливания.

### 49. Гепатопротекторная терапия больных туберкулезом легких

Иванов А.К., Павлова М.В., Арчакова Л.И.,

Сапожникова Н.В., Суханов Д.С.

СПбНИИФ, СЗГМУ им. И.И. Мечникова, Россия

**Цель исследования:** оценка эффективности применения ремаксолла и гептрала у больных с токсическим поражением печени – изучение повышения уровня активности трансаминаз на фоне приема противотуберкулезных препаратов (ПТП).

**Материал и методы:** первая группа (Г1), в комплексной терапии больных которой использовали ремаксол (400,0 мл внутривенно, ежедневно, № 10), и вторая группа (Г2), больные которой получали гептрал по 400 мг внутривенно ежедневно, № 10. Проведенное обследование больных Г1 (21 пациент) и больных Г2 (19 пациентов) не выявило различий между группами по формам туберкулеза и клиническим проявлением заболевания легких и печени.

**Результаты и обсуждение.** До назначения гепатопротекторных средств средние показатели активности АлАТ у больных Г1 составляли (208,0±19,3) ед., у больных Г2 – (212,3±20,4) ед., то есть были идентичными и превышали нормативные более чем в 5 раз. У больных Г1 и Г2 на фоне приема ремаксала и гептрала уменьшилась активность АлАТ более чем в 2 раза, в группе Г2 почти в 3 раза ( $p < 0,001$ ). Такие же изменения отмечены по уровню активности АсАТ ( $p < 0,001$ ). В сравнении со здоровыми лицами (донорами) уровни активности трансаминаз сохранялись достоверно высокими и превышали их не менее чем в 2 раза.

**Заключение.** Препарат «Ремаксол» оказался весьма эффективным при лечении токсических проявлений ППП со стороны печени и не уступал по направленному действию известному препарату «Гептрал». На фоне лечения гепатопротекторными препаратами не наступает полной нормализации функции печени, уровень активности трансаминаз значительно (достоверно) уменьшается, но остается выше соответствующих показателей здоровых лиц.

#### 50. Гепатопротекторная терапия больных туберкулезом, ВИЧ-инфекцией и вирусным гепатитом

Иванов А.К., Шевырева Е.В., Максимов Г.В., Сакра А.  
Санкт-Петербургский НИИ фтизиопульмонологии МЗ РФ, Россия

**Цель исследования:** повышение эффективности гепатопротекторной терапии больных с «тройственной» инфекцией.

**Материал и методы.** У 237 больных, страдающих туберкулезом, ВИЧ-инфекцией и ХВГ, применяли гепатопротекторные препараты, такие как ремаксол (59), гептрал (19) и эссенциальные фосфолипиды (121), а у 38 больных применяли преднизолон, так как у наибольшей части пациентов отмечено повышение уровня активности трансаминаз (АлАТ, АсАТ), щелочной фосфатазы (ЩФ) и гамма-глутамилтрансферазы (ГГТ).

**Результаты и обсуждение.** Все средние показатели БАВ превосходили таковой у здоровых лиц (доноров) в 4-5 раз, а у больных туберкулезом без ВИЧ-инфекции и ХВГ – в 3-4 раза.

В результате установлено, что ремаксол и гептрал практически одинаково влияют на активность вышеуказанных ферментов, и представляется, что десятидневный курс этих препаратов недостаточен для нормализации показателей, так как уровень активности трансаминаз и ЩФ сохраняется значительно более высоким по сравнению с их уровнем у здоровых лиц ( $p < 0,001$ ). Применение эссенциальных фосфолипидов уменьшает средний показатель уровня активности трансаминаз достоверно, но только с небольшим его уровнем,  $p < 0,05$ . Применение преднизолона у больных с «тройственной» инфекцией оказалось малоэффективным, и указанные показатели практически не изменялись. Наиболее вероятно, что глюкокортикоидные препараты влияют на антиоксидантную сферу и, в меньшей степени, – на дезинтоксикационную функцию печени.

Таким образом, гепатопротекторная терапия у больных с «тройственной» инфекцией может быть эффективной при длительном ее применении.

#### 51. Что первично – мультифокальный атеросклероз или изменения эпителия проксимальных сегментов пищеварительного тракта?

Иванов М.А., Сабодаш В.Б., Зайцев В.В.  
СЗГМУ им. И.И. Мечникова, Санкт-Петербург, Россия

**Цель исследования:** изучение факторов риска потенциально опасных вариантов гастропатий у больных с распространенным атеросклерозом.

**Материалы и методы.** В основу работы легли наблюдения над 78 пациентами, оперированными по поводу атеросклеротического поражения аорты и ее ветвей. В процессе обследования больным выполнялись гастроскопия с выявлением пилорического хеликобактера. Оценивались предполагаемые причины эрозийных гастропатий с отбором наиболее значимых в отношении опасных изменений слизистой.

**Результаты.** Сравнительная оценка состояния слизистой желудка при различных степенях ишемии показала, что при III-IV степенях ишемии эрозивные варианты гастропатии встречаются достоверно чаще ( $p = 0,005$ ), что может натолкнуть на мысль о влиянии атеросклероза на состояние пищеварения.

При оценке микробного обсеменения доказано влияние пилорического хеликобактера на вероятность появления острых язв желудка и двенадцатиперстной кишки ( $p < 0,0002$ ), хотя встречаемость других вариантов гастропатий не определялась наличием данного микробного окружения.

Нельзя не обратить внимания на тяжесть состояния обследованных лиц. Пациенты, находящиеся в тяжелом состоянии в связи с основным заболеванием, его осложнениями, сталкивались с потенциально опасными вариантами гастропатий ( $p = 0,07$ ).

**Выводы.** Исходное состояние пищеварительного тракта у больных атеросклерозом может отразиться на особенностях течения основного заболевания и на частоте встречаемости гастропатий. Нельзя полностью отвергнуть и версию о негативном воздействии редуцированного кровотока на состояние слизистой оболочки желудка.

## К

#### 52. Состояние верхних отделов пищеварительного тракта у пациентов старческого возраста на фоне приема НПВП

Касимцева Е.В., Агафонова Л.Ю., Бурков С.Г.  
Поликлиника № 3 УД Президента РФ, Москва, Россия,  
e-mail: Kasimceva\_EV@mail.ru

**Цель исследования:** изучить состояние верхних отделов пищеварительного тракта у пациентов старческого возраста на фоне дезагрегационной, противовоспалительной терапии.

**Материал и методы.** Проанализированы характер жалоб, результаты эндоскопического исследования верхних отделов пищеварительного тракта у 250 пациентов старческого возраста (средний возраст (79,1±2,4) года, 69,5% женщин), принимавших НПВП и/или АСК в течение последних 3 месяцев. 146 пациентов (58,4%) исследуемой группы принимали АСК, 44 (17,6%) – АСК в сочетании с НПВП, 23 (9,2%) – АСК с клопидогрелем, 19 (7,6%) – НПВП совместно с варфарином, 18 (7,2%) – НПВП. Перед назначением НПВП на длительный срок 213 пациентам (85,2%) выполнена контрольная ЭГДС, в 35 случаях (14%) проведена эрадикационная терапия.

**Результаты.** По данным эндоскопии были выявлены острые и хронические эрозии антрального отдела желудка в 15,2% случаев, эрозивный эзофагит – в 8,4%, язва антрального отдела желудка – в 2%, эрозивный бульбит – в 1,2%, хронический гастродуоденит – в 73,2%. Все пациенты исследование перенесли хорошо, осложнений при проведении процедуры отмечено не было.

Отмечен дисбаланс между выраженностью клинических симптомов гастропатии и эндоскопических изменений: у 46% пациентов при наличии симптомов диспепсии при ЭГДС имели место минимальные изменения слизистой оболочки, а в случае множественных эрозий и язв 52,2% больных не предвлекли жалоб.

**Выводы.** У пациентов старческого возраста НПВП-индуцированное поражение верхних отделов пищеварительного тракта наблюдается в 26,8% случаев. Отсутствие болей диктует необходимость проведения своевременного эндоскопического контроля у данной категории пациентов, назначения гастропротективной терапии.

### 53. Изменения циркадианного ритма эвакуаторной функции кишечника в условиях стресса

Квет М.Н.<sup>1</sup>, Шемеровский К.А.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>СПбГМУ им. акад. И.П. Павлова, <sup>2</sup>НИИ экспериментальной медицины СЗО РАМН, Санкт-Петербург, Россия

**Цель:** выявить влияние сессионного стресса на самочувствие и здоровье студентов.

**Целевая группа:** студенты 2-го курса медицинского университета; 51 человек; женщин 42, мужчин 9; возраст от 19 до 22 лет.

**Время проведения.** Летняя сессия 2012 года.

**Метод.** Анкетирование на предмет общего психофизиологического состояния во время сессии и на предмет конкретного физиологического параметра – циркадианного ритма эвакуаторной функции кишечника (ЦРЭФК). Общее психофизиологическое состояние обозначено как «качество жизни» (КЖ). Циркадианный ритм эвакуаторной функции кишечника (ЦРЭФК) считается нормальным в том случае, если стул ежедневный. Неежедневный стул (1–6 раз в неделю) считается отклонением от нормы, указывает на ослабленное или плохое здоровье.

**Результаты.** Была обнаружена корреляция между КЖ и ЦРЭФК. У трети студентов (33%) наблюдаются существенные хронологические отклонения функций желудочно-кишечного тракта (ЖКТ): стул урежается до 1–4 раз в неделю. Более чем у трети студентов (40%) отмечаются менее существенные хронологические отклонения функций ЖКТ: урежение стула до 5–6 раз в неделю. Менее чем у трети студентов (27%) ЖКТ функционирует нормально: стул 7 раз в неделю, с утренней и вечерней акрофазой. Только у пятой части студентов (21%) наблюдается оптимальное функционирование ЖКТ: стул 7 раз в неделю с утренней акрофазой. Наблюдается корреляция КЖ и функционирования ЖКТ: чем лучше функционирует ЖКТ, тем выше КЖ.

Если исходить из утверждения, что существует взаимосвязь между функциями различных систем организма, то можно выдвинуть предположение: состояние здоровья большей части студентов (почти трех четвертей, 73%) неудовлетворительное или плохое; студенты недостаточно или плохо адаптируются в стрессовой ситуации, в условиях сессионных нагрузок.

### 54. Психофизическое и функциональное состояние больных хроническим вирусным гепатитом под воздействием индивидуальной музыкальной терапии

Кириллюк А.Б., Макашова В.В., Билалова А.Р.,

Максимова Р.Ф., Флоряну А.И.

ЦНИИ эпидемиологии, Инфекционная клиническая больница № 2, Москва, Россия

**Цель исследования:** определить воздействие индивидуальной музыки на психофизическое и функциональное состояние больных хроническим вирусным гепатитом.

**Материалы и методы.** Всего обследованы 78 человек (возраст от 18 до 73 лет), из них 63 больных хроническим вирусным гепатитом (ХВГ) различной этиологии. В качестве группы контроля обследованы 15 практически здоровых лиц. Музыкальная терапия проводилась 35 больным ХВГ, группу сравнения составили 28 пациентов с ХВГ. Для каждого человека была написана индивидуальная музыка (МЭК – музыкально-энергетический ключ – авторское свидетельство РАО № 11289, 2007) в формате MP3. Регистрировался уровень средней электропроводности (СЭ), количество меридианов в состоянии нормы и патологии по методу Накатани. Для характеристики психических и физических ресурсов применялся метод цветового теста Люшера. Все исследование проводилось до и сразу после МЭК, затем регулярно 1 раз в неделю до выписки из стационара.

**Результаты.** У больных ХВГ исходное количество меридианов, находящихся в дисбалансе, было значимо больше, чем у здоровых лиц. МЭК оказывала более выраженное положительное влияние на больных ХВГ, чем на здоровых: достоверно уменьшался СЭ, увеличивался удельный вес больных с нормальными значениями СЭ, достоверно повышался удельный вес меридианов в коридоре нормы и уменьшалось их количество в состоянии дисбаланса. Вы-

явлено влияние МЭК на различные меридианы у здоровых и больных. У здоровых людей чаще нормализовались меридианы сердца и тройного обогревателя, а у больных ХВГ – меридианы кровообращения, сердца, тонкой кишки, тройного обогревателя, толстой кишки, печени и желчного пузыря. По результатам цветового теста Люшера МЭК способствовала достоверному улучшению психофизического состояния организма больных ХВГ по сравнению со здоровыми. Под воздействием МТ у 91% больных ХВГ достоверно быстрее исчезала интоксикация.

**Заключение.** Индивидуальная музыкальная терапия способствует улучшению как функционального, так и психофизического состояния больных ХВГ.

### 55. Изучение состояния микробиоценоза кишечника и эффективности антихеликобактерной терапии у больных хроническим панкреатитом, сочетающимся с эрозивной гастропатией

Коваль В.Ю., Архий Э.И.

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

**Цель исследования:** изучить состояние микробиоценоза кишечника и эффективность антихеликобактерной терапии у больных хроническим панкреатитом с наличием эрозивной гастропатии.

**Материалы и методы.** Обследован 21 больной (женщин 29%, мужчин 78%) хроническим панкреатитом в период панкреатической атаки. При фиброгастродуоденоскопии была выявлена эрозивная гастропатия хеликобактерной этиологии. До лечения у больных определяли состояние микрофлоры кишечника. Эффективность антихеликобактерной терапии, которую больные принимали 10 дней (пантопразол 40 мг, кларитромицин 500 мг и амоксициллин 1 г два раза в день) оценивали через месяц после лечения с помощью быстрого теста для определения антигена *H.pylori* в кале.

**Результаты и их обсуждение.** До проведения эрадикационной терапии у больных хроническим панкреатитом выявляли разные нарушения микрофлоры кишечника: дисбиоз I степени был обнаружен у 38% больных, дисбиоз II степени – у 29%, дисбиоз III степени – у 33%. Среди условно патогенной флоры обнаруживали увеличение количества кишечной палочки, энтеробактера, кандид, протей. Эрадикационная терапия была успешной у 16 (76%) больных. Анализ неэффективности антихеликобактерной терапии 5 (24%) больных хроническим панкреатитом показал, что у 1 больного был дисбиоз II степени, а у 4 больных имела место III степень дисбиоза.

**Выводы.** У всех больных хроническим панкреатитом до лечения выявляли различные степени нарушения микробиоценоза кишечника. Безуспешная эрадикационная терапия наблюдалась у больных хроническим панкреатитом, у которых имела место II–III ст. дисбиоза, что, по-видимому, надо учитывать при лечении данного контингента больных.

### 56. Анте- и интранатальные факторы риска развития конъюгационной желтухи новорожденных

Колотилина А.И., Ботвиньев О.К., Разумовская И.Н.

Первый МГМУ им. И.М. Сеченова (каф. педиатрии ПФ), Россия, e-mail: [a.kolotilina@yandex.ru](mailto:a.kolotilina@yandex.ru)

За последние несколько лет увеличилось число новорожденных с длительной конъюгационной желтухой, что является следствием незрелости глюкоронилтрансферазной системы печени. Выделение факторов риска, влияющих на созревание конъюгационной системы печени, является важной задачей.

**Цель исследования:** оценить влияние основных анте- и интранатальных факторов риска на течение конъюгационной желтухи новорожденных и их внутриутробное развитие.

**Пациенты и методы.** Обследованы 136 доношенных детей в возрасте от 10 дней до 1,5 месяцев (92 мальчика и 44 девочки) с затянувшейся конъюгационной желтухой новорожденных. В контрольную группу вошли 607 практически здоровых новорожденных. Были оценены особенности течения беременности и родов, массо-ростовые показатели новорожденных.

**Результаты.** Анализ показал, что у матерей из группы детей с конгационной желтухой с высокой частотой в анамнезе встречались медицинские аборт, самопроизвольные выкидыши. По данным анамнеза беременность протекала с ранним гестозом в 37,5% случаев, поздним гестозом в 28%, угрозой прерывания беременности в 26,5%, анемией беременных в 25%. Роды протекали со слабостью родовой деятельности в 22%. У 20% матерей обследованных детей отмечалось ОРЗ во время беременности. Анализ выявил достоверное преобладание вышеизложенных факторов в группах детей с неонатальной желтухой по сравнению с группой здоровых новорожденных ( $p < 0,05$ ). Оценка по шкале Апгар на 1-й и 5-й минутах была ниже у детей с желтухой по сравнению с контрольной группой. Массо-ростовые показатели новорожденных с желтухой достоверно не отличались от показателей детей контрольной группы. В результате полученных данных можно говорить о том, что данные факторы связаны с задержкой созревания глюкуронилтрансферазной системы печени.

**Заключение.** Затянувшаяся желтуха у новорожденных может быть одним из показателей задержки внутриутробного развития.

### 57. Роль минорных сахаров в коррекции иммунного статуса живого организма

Корнеева О.С., Черемушкина И.В.  
Воронежский государственный университет инженерных технологий, Россия, e-mail: korneewa-olga@vmail.ru

**Цель исследования:** изучить влияние минорных сахаров на иммунитет опытных животных.

Одним из путей поддержания нормофлоры желудочно-кишечного тракта является использование пребиотиков. Наиболее распространенными бифидогенными факторами являются аминокислота и нейтральные сахара, к которым относятся манноза и фукоза.

Пероральное введение маннозы и манноолигосахаридов оказывало стимулирующее действие на функциональную активность макрофагов, усиливая поглотительную и переваривающую способность клеток. Установлено достоверное повышение активности нейтрофилов при экспериментальной дисбиозе относительно интактных животных, а также способность маннозы индуцировать экспрессию про- и противовоспалительных цитокинов. Введение фукозы в рацион млекопитающих положительно влияло на степень фукозилирования оболочки ооцита и репродуктивную функцию опытных животных.

Проведенные исследования иммуноглобулинов, синтезируемых при различном углеводном питании, позволили установить, что качественный состав структур иммуноглобулинов существенно меняется после применения маннозной диеты. Стимулирующий эффект на антителообразование оказывало также введение в рацион млекопитающих фукозы.

Работа выполнялась в рамках ФЦП «Научные и научно-педагогические кадры инновационной России» на 2009-2013 годы» (ГК № П1074) и гранта РФФИ № 12-08-01234-а.

### 58. Внекишечные проявления у больных неспецифическим язвенным колитом

Крат Н.С., Дуданова О.П.  
Петрозаводский государственный университет, Россия

**Цель исследования:** изучить частоту и характер внекишечных проявлений у больных неспецифическим язвенным колитом (НЯК).

**Материалы и методы.** Обследованы 48 больных НЯК: 28 (58,3%) мужчин в возрасте (45,44±19,27) года и 20 (41,6%) женщин в возрасте (41,06±15,40) года. Диагноз был установлен на основании клинико-лабораторных показателей, эндоскопической и гистологической картины. У большинства пациентов (31, 64,6%) была установлена средняя степень тяжести течения заболевания по клинической и эндоскопической картине, у 17 – легкая. Субтотальный колит диагностирован у 15 (31,3%) пациентов, у остальных 33 (68,7%) – левосторонний колит.

**Результаты.** У 22 (45,8%) больных выявлялись внекишечные проявления, среди которых преобладали поражения суставов (10

пациентов, 45,5%): у 4 (18,2%) наблюдался сакроилеит, у 2 (9,1%) – гонаррит и у 4 (18,2%) – артралгии без признаков воспаления по клиническим и рентгенологическим данным. У 5 больных (22,7%) выявлялись кожные проявления: у 4 (18,2%) – узловатая эритема, у 1 (4,5%) – экзема. Поражение печени отмечалось у 5 пациентов (22,7%) в виде стеатогепатита с подъемом уровня аминотрансфераз до 2-3 норм, щелочной фосфатазы до 1,1-1,3 норм и диффузными изменениями печени по данным УЗИ с признаками жировой дистрофии печени. У 2 пациентов (9,1%) наблюдалось поражение глаз, из них у 1 (4,5%) – блефарит, у другого (4,5%) – конъюнктивит. У всех пациентов внекишечные проявления развивались в период активности основного заболевания, преимущественно (68,2%) у лиц с тотальным поражением кишечника.

**Выводы.** У 45,8% больных неспецифическим язвенным колитом имелись внекишечные проявления заболевания, из них преобладали поражения суставов (45,5% больных), с одинаковой частотой встречались поражения кожи (22,7%) и печени (22,7%), реже всего встречалось поражение глаз (9,1%).

### 59. Случай успешного лечения синдрома Бурхаве у больного ВИЧ

Кригер П.А., Прищепо М.И., Мазурин В.С., Фролов А.В.  
МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского, Москва, Россия

Спонтанный разрыв пищевода, или синдром Бурхаве, представляет собой катастрофическое состояние с высокой летальностью. Поздняя диагностика синдрома Бурхаве приводит к тяжелым осложнениям и высокой летальности. Послеоперационная летальность достигает 25-85% и зависит от времени, прошедшего с момента перфорации пищевода, протяженности разрыва, развития тяжелых гнойных осложнений (медиастинит, эмпиема плевры, перикардит), состояния общего иммунитета.

Больной К., 24 лет, был переведен в МОНИКИ из хирургического стационара одного из районов Московской области на 8-е сутки от момента разрыва пищевода на фоне рвоты, связанной с приемом алкоголя. Диагноз установлен на 7-е сутки поступления в хирургический стационар. Проводилась диагностическая лапаротомия, при которой патология не выявлена, проведено повторное дренирование левостороннего гидронефротика, после чего выявлено поступление пищи по плевральному дренажу.

При поступлении в МОНИКИ у больного обнаружены спонтанный разрыв левой задне-боковой стенки наддиафрагмального сегмента пищевода, рецидивирующая кровоточащая язва двенадцатиперстной кишки и ВИЧ 4Б, требующий ретровирусной терапии. В течение первых суток поступления в МОНИКИ после предварительной инфузионной подготовки произведена релапаротомия, дуоденотомия и ушивание кровоточащей язвы двенадцатиперстной кишки, ушивание стенки пищевода с укрыванием зоны швов фундопликационной манжетой. Послеоперационный период протекал без осложнений, на 6-е сутки начато питание больного через рот. При контрастировании пищевода барием выхода контрастного вещества за пределы пищевода не выявлено.

**Выводы.** Ушивание пищевода с формированием фундопликационной манжеты у больных синдромом Бурхаве позволяет добиться хорошего результата независимо от срока разрыва, даже у больных с ВИЧ 4Б.

### 60. Изучение влияния поливалентного коктейля бактериофагов на нормальную микрофлору ЖКТ

Кулакова Ю.В., Киселева И.А., Агапова Ю.В.,  
Алешкин А.В., Афанасьев С.С.  
Московский научно-исследовательский институт  
им. Г.Н. Габричевского, Россия, e-mail: ava@gabri.ru

**Цель исследования:** изучение влияния поливалентного коктейля бактериофагов на нормальную микрофлору желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) млекопитающих.

**Материалы и методы.** Для изучения влияния БАД на нормальную микрофлору в опытах *in vitro* использовали производственные штаммы из государственной коллекции МНИИЭМ им. Г.Н. Габричевского: *L.acidophilus* НК<sub>1</sub>, *L.acidophilus* 100аш,

*L.acidophilus* К<sub>3</sub>Ш<sub>24</sub>, *L.plantarum* 8P-A3, *B.adolescentis* MC-42, *B.bifidum* 1. In vivo исследовали микрофлору беспородных белых мышей в течение 14 дней на фоне внутрижелудочного введения коктейля бактериофагов.

**Результаты исследования.** БАД на основе фагов в опытах in vitro не лизирует и не изменяет скорость роста бифидобактерий и лактобацилл. Титр и время нарастания производственных штаммов представителей нормальной микрофлоры в присутствии БАД было неизменным по сравнению с контрольными образцами, эти величины составили  $10^8$ – $10^9$  КОЕ/мл и 18–20 ч соответственно. В эксперименте in vivo доказано отсутствие негативного влияния коктейля бактериофагов на нормальную микрофлору мышей на 4-е, 10-е и 14-е сутки эксперимента (БАД вводили в течение 10 дней). Полная элиминация бактериофагов, входящих в БАД, наблюдалась на 12–13-е сутки эксперимента.

**Выводы.** Новая биологически активная добавка к пище на основе поливалентного коктейля бактериофагов не оказывает негативного влияния на нормальную микрофлору млекопитающих.

## Л

### 61. Применение мезенхимальных стволовых клеток при циррозе печени

Лазебник Л.Б., Голованова Е.В., Слупская В.А.,  
Хомерики С.Г., Гудкова Р.Б.  
ЦНИИ гастроэнтерологии, Москва, Россия

**Цель исследования:** изучить эффективность и безопасность мезенхимальных стволовых клеток (МСК) при циррозе печени (ЦП).

**Материалы и методы.** Обследованы 12 больных ЦП класса А–В по Чайлд-Пью (6 с первичным билиарным циррозом (ПБЦ), 6 с алкогольной болезнью печени (АБП); средний возраст обследованных (50,6±10,2) года) до и после трансплантации МСК (аллогенные, 200–250 млн). Через 12 месяцев исследованы общеклинические, биохимические, иммунологические параметры крови, в 7 случаях проведено гистологическое исследование ткани печени.

**Результаты.** Через 12 месяцев после трансплантации МСК выявлено снижение уровня щелочной фосфатазы с (277,7±140,8) ед./л до (141,4±60,7) ед./л,  $\gamma$ -глутамилтранспептидазы с (277,8±149,0) ед./л до (195,9±61,2) ед./л ( $p<0,05$ ). Уменьшение воспаления подтверждено снижением уровня провоспалительных цитокинов: TNF- $\alpha$  с (223,4±68,8) пг/мл до (73,4±33,9) пг/мл ( $p<0,05$ ), IL-1b с (140,2±30,1) пг/мл до (132,2±31,1) пг/мл ( $p>0,05$ ), TGF- $\beta$  (косвенного маркера коллагенообразования) с (231,1±159,6) пг/мл до (135,6±88,1) пг/мл ( $p<0,05$ ). Через год в гепатобиоптатах индекс гистологической активности (ИГА) снизился ( $p>0,05$ ) как у больных ПБЦ (с (1,8±0,6) балла до (0,8±0,2) балла), так и у больных АБП (с (1,6±0,8) балла до (1,0±0,5) балла). В среднем ИГА снизился с (1,7±0,3) балла до (1,0±0,4) балла ( $p>0,05$ ), индекс фиброза (ИФ) снизился с (3,3±0,8) балла до (3,1±1,2) балла ( $p>0,05$ ). Уменьшение фиброобразования сопровождалось снижением уровня коллагена IV типа с (608,2±353,2) до (363,8±214,4) мкг/л ( $p<0,05$ ).

**Заключение.** Трансплантация МСК при ЦП сопровождается уменьшением некровоспалительных изменений в печени, что подтверждается снижением уровней биохимических параметров, провоспалительных цитокинов и ИГА в гепатобиоптате. Снижение уровней TGF $\beta$  и коллагена IV типа указывает на уменьшение процессов коллагенообразования. Побочных эффектов терапии МСК не отмечалось.

### 62. Применение низкоинтенсивного лазерного излучения в гастроэнтерологии

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

Свет – главный физический фактор, обеспечивающий жизнь на Земле. С незапамятных времен известно благоприятное влияние света на организм человека, животных, растений. Серьезные из-

менения в понимании светолечения как немедикаментозного метода произошли после создания уникальных искусственных источников света – лазеров. Современная аппаратура дает возможность применять лазерное излучение в разных областях медицины, в том числе в гастроэнтерологии. Современные лазерные и светодиодные аппараты сконструированы таким образом, что они обеспечивают экстракорпоральные и интракорпоральные варианты трансмиссии излучения к тканям.

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

Широкое применение нашли контактные и бесконтактные методики, лазеропунктура, лазерная рефлексотерапия при лечении воспалительных заболеваний в полости рта, гастритов, эрозивно-язвенных дефектов желудка и двенадцатиперстной кишки, заболеваний печени, желчного пузыря, поджелудочной железы, дискинезии толстой кишки, обусловленной нарушением ее моторной функции, хронического колита, заболеваний аноректальной области. Лазерное излучение способствует нормализации микроциркуляции, обладает анальгезирующим и иммунокорригирующим действием, ограничивает интенсивность свободнорадикального окисления, стимулирует регенераторные процессы в патологически измененных тканях.

### 63. Клинико-морфологические изменения слизистой оболочки толстой кишки у больных хеликобактериозом на фоне эрадикационной терапии и при включении лактосодержащих пробиотиков

Леонтьева Н.И., Грачева Н.М., Щербаков И.Т.,  
Хренников И.Т., Щербакова Э.Г.  
МНИИЭМ им. Г.Н. Габричевского, Проблемная  
лаборатория медицинской цитологии РМАПО, ИКБ № 1,  
Москва, Россия, e-mail: leonteva-nina@yandex.ru

**Цель исследования:** выявить клинико-морфологические особенности слизистой оболочки толстой кишки (СОТК) у больных с хроническими заболеваниями верхних отделов желудочно-кишечного тракта (ЗВО ЖКТ), ассоциированными с пилорическим хеликобактером (Нр) на фоне эрадикационной терапии и при включении в схему лечения пробиотиков лактосодержащих групп.

**Материал и методы.** Наблюдались 110 больных обоего пола с хроническими ЗВО ЖКТ, ассоциированными с Нр. Комплекс методов включал эзофагогастродуоденоскопию и выявление Нр Хелик- и Хелпил-тестом; фиброколоноскопию с взятием колонобиоптатов, гистоморфометрию 55 биоптатов СОТК по 24 показателям; 6 биоптатов СОТК при адаптационной норме; окраску биоптатов 0,1% водным раствором акридинового оранжевого. **Результаты.** До лечения в СОТК у больных хеликобактериозом выявлялись отличия от нормы (65,2±6,4)% морфометрических показателей; после эрадикационной терапии (ЭТ) – (56,5±6,7)%, а при включении в схему ЭТ лактосодержащих пробиотиков (лактобактерина и линекса) СОТК отличалась от нормы по (26,1±5,9)% учитываемым параметрам. При сравнении морфометрических показателей лактобактерина и линекса было установлено более выраженное положительное влияние линекса на репаративные процессы в СОТК ( $p<0,001$ ).

**Выводы.** Комплексная ЭТ с включением лактосодержащих пробиотиков у больных хеликобактериозом оказывает выраженное влияние на процессы репарации в СОТК, что подтверждается данными морфометрического изучения колонобиоптатов.

**64. Влияние разгрузочно-диетической терапии на течение гипертонической болезни**

Лобанова Е.В., Гончарова О.М., Ловейкис Н.С., Колесник Е.В., Вальвачев В.А.  
Амурская ГМА, ООО ОДЦ «Салюс», Благовещенск, Россия

**Цель исследования:** изучить влияние разгрузочно-диетической терапии в комплексном лечении больных с гипертонической болезнью I-II стадии заболевания.

**Материалы и методы.** Под наблюдением находились 147 пациентов (141 женщина и 6 мужчин в возрасте от 35 до 68 лет) с гипертонической болезнью I-II стадии заболевания. У 33 больных диагностирована ГБ I стадии (22,4%) и у 114 больных – ГБ II стадии (77,6%). В исследовании включались клинико-лабораторные показатели, инструментальные исследования: ЭКГ, доплер-эхокардиографические исследования до и после лечения. Курс РДТ проводился по методике полного «влажного» голодания (методические рекомендации д.м.н. профессора Ю.С. Николаева, утвержденные Министерством здравоохранения и социального развития РФ). РДТ включала в себя семидневное голодание и четырехдневный восстановительный период.

**Результаты.** При ГБ I стадии на 1 кг потери массы тела АД снижалось на 5 мм рт. ст., а у больных ГБ II стадии – на 3,8 мм рт. ст. Отмечалось улучшение общего самочувствия, нормализовался сон, прекращались головные боли, проходила отечность мягких тканей, нормализовалась деятельность сердечно-сосудистой системы. Начиная с 3-го дня разгрузочного периода и на протяжении всего восстановительного периода, давление полностью нормализовалось и оставалось стабильным. Улучшились показатели лабораторно-инструментальных исследований.

**Заключение.** РДТ оказывает выраженный гипотензивный эффект у пациентов с ГБ I-II стадий по сравнению с другими немедикаментозными методами лечения. РДТ показана, когда другие методы немедикаментозного лечения малоэффективны или вызывают неблагоприятные побочные явления со стороны сердечно-сосудистой системы.

**65. Клинико-диагностические аспекты гастроэзофагеальной рефлюксной болезни у больных бронхиальной астмой**

Лохина Т.В., Беренштейн Н.В., Васина Н.Н., Степанова Н.А.  
Пензенский институт усовершенствования врачей, Россия

**Цель:** оценка частоты и особенностей течения гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (ГЭРБ) у больных бронхиальной астмой.

**Материалы и методы.** Обследованы 39 больных (мужчин 21, женщин 18) в возрасте от 20 до 43 лет (средний возраст (32±5) лет), страдающих бронхиальной астмой средней степени тяжести (классификация GINA), на фоне базисной терапии ингаляционными глюкокортикостероидами, ранее не обследовавшихся по поводу заболеваний органов пищеварения. Контрольную группу, сопоставимую по полу и возрасту, составили 20 практически здоровых лиц. После получения информированного согласия проводили ЭФГДС.

**Результаты.** У 27 больных (69,2%) 1-й группы выявлены эндоскопические признаки патологии гастроэзофагеальной зоны: в 14 случаях (51,9%) – признаки недостаточности кардии различной степени, в 4 (14,8%) – признаки грыжи пищеводного отверстия диафрагмы, в 8 (29,6%) – катаральный эзофагит, в 1 (3,7%) – единичные эрозии пищевода. Важно, что эзофагеальные симптомы патологического рефлюкса испытывали лишь 14 (52%) из 27 пациентов. У 12 (30,8%) патологии не выявлено. Таким образом, у 69% больных бронхиальной астмой впервые выявлена ГЭРБ, причем в 48% случаев ГЭРБ протекала исключительно с внеэзофагеальной симптоматикой (легочный синдром), в остальных случаях в клинике сочетались внеэзофагеальная и эзофагеальная симптоматика. В группе контроля лишь у 2 (10%) пациентов выявлены признаки недостаточности кардии, у 5 (25%) – клинические проявления физиологического рефлюкса.

**Выводы.** Частота ГЭРБ при бронхиальной астме в сравнении с контрольной группой существенно выше. Учитывая относитель-

ную редкость эзофагеальной симптоматики и бесспорное влияние ГЭРБ на течение бронхиальной астмы, необходимо активное выявление ГЭРБ у больных бронхиальной астмой в целях оптимизации лечения.

**66. Структура гастроэнтерологической патологии у больных после кардиохирургических операций в реабилитационном периоде**

Лохина Т.В., Казанцева Л.В., Каменева О.А., Монахова И.А.  
Пензенский институт усовершенствования врачей, Россия

**Цель:** оценка частоты и структуры эрозивно-язвенных поражений эзофагогастроуденальной (ЭГД) зоны у больных после кардиохирургических операций в реабилитационном периоде.

**Материалы и методы.** Проведен ретроспективный анализ историй болезни 302 больных (180 мужчин, 122 женщин) в возрасте от 24 до 76 лет (средний возраст (56,0±3,7) года) после операции коронарного шунтирования или клапанной коррекции в послеоперационном периоде (на 5-21-е сутки после операции), проходивших стационарное реабилитационное лечение в отделении кардиологии.

**Результаты.** У 59 больных (19,5%) выявлены эндоскопические признаки эрозивно-язвенных изменений в ЭГД-зоне. В 19 случаях (6,3%) диагностировано обострение язвенной болезни желудка или двенадцатиперстной кишки, во всех случаях в предоперационном периоде отмечалась стадия ремиссии. У 8 (2,6%) больных выявлены единичные и у 2 (0,7%) – множественные эрозии пищевода. Острые эрозии гастродуоденальной зоны диагностированы в 34 случаях (11,3%). Кроме того, в 11 (3,6%) случаях эндоскопически выявлена угроза кровотечения различной степени и 1 (0,3%) случай желудочного кровотечения. Важно, что болевая симптоматика отмечена у 17 (28,8%) из 59 пациентов, в 71,2% случаев преимущественно показаниями к эндоскопическому исследованию явились диспепсические или гематологические явления (анемический синдром).

**Выводы.** Частота эрозивно-язвенных изменений ЭГД-зоны у больных после кардиохирургической операции значительна, что закономерно и связано с дополнительными факторами риска, обусловленными операцией и необходимостью мощного медикаментозного сопровождения (в том числе препаратами с ulcerогенным эффектом) в реабилитационном периоде, что должно учитываться при лечении данной категории больных.

**67. Комплаенс у больных при различном течении язвенной болезни двенадцатиперстной кишки**

Любская Л.А.  
Тверская ГМА, Россия

**Цель исследования:** оценить комплаенс у больных с различным течением язвенной болезни двенадцатиперстной кишки (ЯБДК).

**Материалы и методы.** Обследованы 135 больных ЯБДК в стадии рецидива. В 1-ю группу включены 55 больных с перфорацией язвы в анамнезе (средний возраст (29,6±2,1) года), а во 2-ю – с неосложненным течением ЯБДК – 80 человек (средний возраст (36±1,7) года). Всем больным проводилось стандартное обследование, комплаенс изучался при помощи опросника.

**Результаты.** Среди больных, перенесших перфорацию ЯБДК, чаще отмечалось несоблюдение диетических рекомендаций (1,1±0,1), чем среди пациентов с неосложненным течением заболевания соответственно (1,7±0,18; p<0,05). Борьба с вредными привычками (отказ или уменьшение курения и употребления алкоголя) в целом в период рецидива заболевания и регулярного общения с врачом была достаточно активной у большинства пациентов в обеих группах (1,5±0,1 и 1,6±0,1; p>0,05). Режим приема лекарств достоверно чаще соблюдали больные с неосложненным вариантом течения ЯБДК (1,8±0,1), чем больные с перфоративной язвой (1,4±0,07; p>0,05). Пациенты 1-й группы чаще занимались самолечением (1,30±0,06) в сравнении со 2-й группой (1,6±0,05; p<0,05). Пациенты с осложненным течением заболевания реже были удовлетворены курсом проведенной терапии (1,2±0,12), чем больные без деструктивных осложнений в

анамнезе ( $1,7 \pm 0,1$ ;  $p < 0,05$ ). Суммарный индекс комплайенса в 1-й группе составил  $6,50 \pm 0,15$ , а во 2-й группе –  $8,4 \pm 0,13$  ( $p < 0,05$ ), что предполагает возможность меньшей эффективности стандартной терапии больных с перфорацией язвы в анамнезе.

**Выводы.** Уровень комплайенса значительно ниже у больных ЯБДК с перфорацией в анамнезе в сравнении с неосложненным течением заболевания, в особенности в отношении нарушения диеты, режима приема лекарств и бесконтрольного употребления медикаментов.

## M

### 68. Состояние щитовидной железы у пациентов с кандидозом верхних отделов пищеварительного тракта

Майкова Т.В., Кушниренко И.В., Демешкина Л.В.  
Институт гастроэнтерологии НАМН Украины,  
Днепропетровск, Украина, e-mail: maykova\_mail@mail.ru

**Цель исследования:** изучить состояние щитовидной железы (ЩЖ) при кандидозном поражении слизистой оболочки пищевода и желудка.

**Материал и методы.** У 143 больных с кандидозом пищевода и/или желудка проведено ультразвуковое исследование ЩЖ с помощью диагностической системы «Sonoscope-30» (Kranzbühler) с использованием конвексных датчиков 5 и 7,5 МГц. Функциональное состояние ЩЖ определяли по наличию титров антител к тиреопероксидазе (АТ-ТПО) и тиреоглобулину (АТ-ТГ), уровню тиреотропного гормона (ТТГ), трийодтиронина (Т3), тироксина (Т4), свободной фракции тироксина (свТ4) иммунохимическим методом с электрохемилюминесцентной детекцией (ECLIA).

**Результаты.** Ультразвуковые признаки патологии ЩЖ выявлены у 66,4% больных, в том числе тиреоидит (46,3%), узловой зоб (44,2%). Гиперплазия ЩЖ наблюдалась в 18,9% случаев без изменений структуры паренхимы. Повышение уровня АТ-ТПО в 5,7 раза ( $p < 0,001$ ) выявлено у 44,2% больных, концентрация АТ-ТГ была увеличенной в 4,4 раза ( $p < 0,001$ ) у всех пациентов. В структуре функциональных изменений преобладал гипотиреоз – у 86,3% больных, у 13,7% диагностировано эутиреоидное состояние.

**Выводы.** Нарушения структурно-функционального состояния ЩЖ преимущественно по типу гипотиреоза при кандидозе пищевода и желудка не исключают общего механизма развития заболеваний и могут явиться неблагоприятным фактором дестабилизации экологической системы органов пищеварения и резистентности к терапии.

### 69. Особенности экспрессии лектинов при неспецифическом язвенном колите в зависимости от степени тяжести заболевания

Маркова А.А., Кашкина Е.И.  
Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского, Россия

**Цель работы:** провести анализ экспрессии лектинов при различной степени тяжести клинических проявлений неспецифического язвенного колита (НЯК).

**Материалы и методы исследования.** Основную группу составили 48 пациентов с НЯК в возрасте от 20 до 66 лет (женщин 24, мужчин 24), группу сравнения – 15 практически здоровых людей. Пациенты были разделены на группы: с легким течением заболевания ( $n=6$ ), средней степени тяжести ( $n=34$ ) и тяжелым ( $n=4$ ). С помощью использования меченых пероксидазой лектинов проводилось окрашивание биоптатов слизистой оболочки толстой кишки (СОТК) в исследуемых группах. Применялись лектины завязей пшеницы WGA-тропного к N-ацетилглюкозамину и бобовника анагиралистного LAL-тропного к  $\alpha$ -L-фукозе ( $\alpha$ -LFuc). В клетках поверхностного эпителия (ПЭ) и в эпителии желез (ЭЖ) СОТК определялась интенсивность экспрессии (слабая, умеренная и выраженная) и доля (%) экспрессирующих клеток в эпителии желез (количество окрашенных клеток от общего их количества: до 50% прореагировавших клеток, от 50 до 80% и 80-100%).

**Результаты.** У здоровых людей ни в одном случае не было экспрессии изучаемых лектинов. При НЯК экспрессия бобовника анагиралистного также отсутствовала. Имелись особенности экспрессии лектина завязей пшеницы. При легком течении у 67% больных экспрессия наблюдалась менее чем в 50% клеток ЭЖ. В остальных случаях (33%) экспрессия обнаруживалась не более чем в 80% клеток. При средней степени тяжести выраженная экспрессия наблюдалась уже в 59% случаев ( $p \leq 0,0002$  по сравнению с легким течением), а при тяжелом течении в 100% случаев ( $p \leq 0,06$  по сравнению с легким течением). По интенсивности экспрессии в ПЭ закономерности не выявлено, однако у пациентов с тяжелым течением во всех случаях была экспрессия до 100% клеток. Интенсивность экспрессии в ЭЖ нарастала с увеличением тяжести течения: выраженной экспрессии не было у пациентов с легким течением, в 30% случаев она наблюдалась у пациентов со средней степенью тяжести ( $p \leq 0,001$ ), при тяжелом течении – в 100% случаев ( $p \leq 0,006$ ).

**Выводы.** У практически здоровых людей отсутствует экспрессия изучаемых лектинов. У пациентов с НЯК не отмечалось экспрессии бобовника анагиралистного. Имелись различия в экспрессии лектина завязей пшеницы у больных НЯК в зависимости от тяжести течения заболевания.

### 70. Показатели апоптоза и пролиферации при различной локализации воспалительного процесса при неспецифическом язвенном колите

Маркова А.А., Кашкина Е.И.  
Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского, Россия

**Цель исследования:** провести анализ экспрессии маркеров апоптоза и пролиферации у больных неспецифическим язвенным колитом (НЯК) в зависимости от локализации воспалительного процесса.

**Материалы и методы исследования.** Основную группу составили 80 пациентов с НЯК в возрасте от 19 до 66 лет (33 женщины и 47 мужчин), группу сравнения – 15 практически здоровых людей. Пациенты с НЯК были разделены на три группы в зависимости от локализации воспалительного процесса: с дистальным, левосторонним и тотальным поражением. Проллиферативную активность клеток определяли по формуле:  $\text{ИП Ки-67\%} = \frac{X}{X_1} \times 100$ , где ИП Ки-67% – индекс пролиферации, X – количество ядер в поле зрения микроскопа, иммунопозитивных к Ki-67,  $X_1$  – общее количество ядер. Подсчет производился не менее чем в 10 полях зрения. Об апоптозе судили по экспрессии белков p53 и BAX в эпителии толстой кишки.

**Результаты и обсуждение.** У здоровых людей ИП Ки-67 составил 54 (46; 67). Экспрессия BAX у здоровых лиц отсутствовала в 80% случаев, а в 20% отмечалась низкая экспрессия маркера. Белок p53 у здоровых людей не выявлен ни в одном случае. При дистальном колите ( $n=26$ ) ИП Ки-67 составил 45 (37; 46); левостороннем ( $n=39$ ) – 35 (31; 40), при тотальном – 30 (28; 31). Было выявлено значительное повышение экспрессии маркера в группе больных НЯК по сравнению со здоровыми людьми ( $p \leq 0,05$ ), и снижение ИП Ки-67 при увеличении распространенности воспалительного процесса ( $p \leq 0,05$ ).

Экспрессия p53 выявлялась не у всех пациентов с НЯК. У больных с дистальным колитом положительный результат был получен только в 20% случаев, с левосторонним – в 18%. При тотальном поражении кишечника экспрессия p53 обнаруживалась в 100% случаев ( $p \leq 0,03$  по сравнению с дистальным колитом). Интенсивность экспрессии BAX в группе с тотальным колитом была значительно выше, чем при дистальном колите ( $p \leq 0,03$ ).

**Выводы.** При НЯК пролиферативная активность клеток эпителия слизистой оболочки толстой кишки значительно ниже, а показатели апоптоза выше, чем у здоровых людей; при распространении воспалительного процесса на проксимальные отделы толстой кишки выявлено увеличение показателей апоптоза и снижение индекса пролиферации.

### 71. Частота встречаемости первичной и вторичной лактазной недостаточности у больных бронхиальной астмой и атопическим дерматитом с оценкой влияния на клинику и качество жизни больных аллергиями

Марова С.С.

Санкт-Петербургский ГМУ им. акад. И.П. Павлова, Россия

**Цель исследования:** изучить распространенность первичной и вторичной лактазной недостаточности (ЛН) среди больных бронхиальной астмой (БА) и атопическим дерматитом (АД) с целью оценки влияния коморбидности на течение основной патологии и разработки рекомендаций по терапии этих пациентов.

**Материалы и методы.** Обследованы 76 пациентов: 38 больных БА, 10 больных АД и 28 практически здоровых лиц. Всем пациентам определяли: выдыхаемый водород натощак и после нагрузки 50 г лактозы (дыхательный водородный тест), глюкозу натощак и после нагрузки 50 г лактозы (лактозотолерантный тест); содержание IgE общ. и спец. к молоку коровы; наличие АТ к антигенам лямблий; кал на дисбиоз, яйца гельминтов и цисты лямблий, копрограмму; исследование полиморфизма гена MCM6 (-13910TC и -22018) методом ПЦР; оценку качества жизни по опроснику SF-36; пациентам с БА проводилось исследование ФВД и оценка контроля над астмой по АСТ. Пациенты с АД оценивались по международной системе SCORAD.

**Результаты.** Среди обследованных выявлено 32 пациента с ЛН – 42,1%: 17 (44,7%) больных с БА (БА+ЛН), 5 с АД – 50%; 10 человек из группы контроля – 36%. По данным ПЦР 73 (96%) из обследованных являлись гетерозиготами ТС, а 3 (4%) (2 пациента с БА и 1 с АД) были гомозиготами СС обоих аллелей, что свидетельствует о неспособности к усвоению лактозы из-за генетически детерминированного нарушения синтеза лактазы – первичная (врожденная) ЛН.

При анализе функционального состояния ЖКТ выявлено, что в подгруппе БА+ЛН у 14 (82,35%) больных имелся метеоризм, у 9 (52,9%) больных имели место нарушения стула, в то время как среди БА-ЛН эти симптомы отсутствовали. В подгруппе БА+ЛН средние показатели контроля астмы были достоверно ниже, чем у пациентов с БА-ЛН ( $12,1 \pm 0,3$  и  $15,0 \pm 0,6$ ,  $p < 0,05$  соответственно). При исследовании ФВД в подгруппе БА+ЛН выявлены исходно более низкие показатели ОФВ1 и МОС50, а их прирост достоверно выше, чем в подгруппе сравнения ( $p < 0,05$ ). В подгруппе АД+ЛН показатель SCORAD был выше по сравнению с подгруппой АД-ЛН. По данным опросника SF-36 при оценке физического и психологического компонентов здоровья наблюдается значимое снижение последнего у пациентов с ЛН. Лямблиоз выявлен у 4 пациентов с БА (10,5%), сочетания с ЛН при этом не обнаружено.

**Выводы.** ЛН является достаточно распространенной патологией среди больных БА и АД, существенно нарушает качество жизни, стимулирует неблагоприятную динамику клинических проявлений БА и АД, что утяжеляет контроль над основной патологией без коррекции ЛН.

### 72. Динамика кристаллогенной активности слюны пациентов с сочетанной патологией сердечно-сосудистой и гастроинтестинальной систем в процессе эрадикационной терапии

Мартусевич А.К., Симонова Ж.Г., Шубина О.И.

Кировская ГМА, Нижегородский НИИ травматологии и ортопедии, Россия

**Цель исследования:** исследовать преобразования характера дегидратационной структуризации слюны пациентов с ишемической болезнью сердца (ИБС) и язвенной болезнью желудка (ЯБЖ) в динамике эрадикационной терапии.

Под наблюдением находились 47 пациентов (мужчин 42, женщин 5; средний возраст  $(56,2 \pm 3,4)$  года) с сочетанной ИБС и ЯБЖ. Пациенты основной группы 1 ( $n=62$ ) получали стандартную антихеликобактерную терапию первой линии в соответствии с Маастрихтским консенсусом-3 (2005) в течение 14 дней. Пациенты основной группы 2 ( $n=25$ ) получали только антисекре-

торную терапию (омез 20 мг 2 раза в день). Изучение кристаллогенной и иницирующей активности слюны осуществляли по методу тизокристаллоскопии, для описания кристаллограмм и тизиграмм использовали систему полуколичественных параметров (Мартусевич А.К., Гришина А.А., 2009).

Статистическую обработку проводили с помощью программ Statistica 6.0. Установлено, что до начала эрадикационной терапии фации слюны характеризовались низким кристаллогенным потенциалом (кристаллизуемость –  $(0,48 \pm 0,24)$  усл. ед., в норме –  $(2,16 \pm 0,18)$  усл. ед.;  $p < 0,05$ ), преобладанием одиночно-кристаллических элементов (индекс структурности  $(1,13 \pm 0,22)$  усл. ед., в норме –  $(2,31 \pm 0,24)$  усл. ед.;  $p < 0,05$ ), высокой степенью их деструкции и снижением четкости краевой белковой зоны. Проведение полноценной эрадикации способствовало нормализации кристаллогенной активности биожидкости с нарастанием количества дендритных элементов и снижением степени деструкции структур слюны ( $p < 0,05$  по всем основным показателям). Использование только антисекреторной терапии демонстрирует аналогичные, но менее выраженные тенденции.

### 73. Полиморфизм ФНО-α у пациентов с аутоиммунным гепатитом и первичным билиарным циррозом

Марченко Н.В., Райхельсон К.Л., Семенов Н.В.

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

**Цель исследования:** оценить полиморфизм -308 G/A и -238 G/A промоторного участка гена фактора некроза опухоли альфа (ФНО-α) у пациентов с первичным билиарным циррозом (ПБЦ) и аутоиммунным гепатитом (АИГ).

**Материал и методы.** Молекулярно-генетическая оценка полиморфизма -308 G/A и -238 G/A промоторного участка гена ФНО-α проведена 31 пациенту с аутоиммунным заболеванием печени (13 – АИГ, 18 – ПБЦ). Группа контроля составила 146 практически здоровых лиц.

**Результаты.** Полиморфизм -308 G/A промоторного участка гена ФНО-α выявлен достоверно чаще у пациентов с АИГ (46,1%) в сравнении с группой контроля (9,6%) ( $p < 0,05$ ), при этом достоверных различий между группой ПБЦ (22,2%) и контрольной группой выявлено не было (9,6%). Частота встречаемости полиморфизма -238 G/A промоторного участка гена ФНО-α была одинакова во всех группах (ПБЦ – 11,1%, АИГ – 7,7%, контроль – 11,28%).

**Выводы.** У пациентов с АИГ достоверно чаще выявлен полиморфизм -308 G/A промоторного участка гена ФНО-α в сравнении с пациентами с ПБЦ и группой контроля. Полученные данные могут свидетельствовать о роли ФНО-α в патогенезе АИГ и требуют дальнейших исследований.

### 74. Результаты исследования вегетативных нарушений у больных с функциональной диспепсией

Махов В.М., Кашеварова С.С., Турко Т.В., Шептак Н.Н.

Первый МГМУ им. И.М. Сеченова, Москва, Россия

**Цель исследования:** соотнести клиническую картину функциональной диспепсии (ФД) с вегетативным и психическим статусом больных.

**Материалы и методы.** Обследованы 104 больных с ФД, в том числе 45 больных с эпигастральным болевым синдромом, 17 больных с постпрандиальным дистресс-синдромом, у 42 больных отмечалось сочетание обоих синдромов (смешанный вариант). Достоверных различий по возрасту и длительности заболевания не отмечалось. Проводились исследования variability сердечного ритма (ВСР), анкетирование и консультация психиатра.

Результаты спектрального анализа ВСР показали достоверное повышение активности надсегментарных вегетативных влияний в виде повышения вклада показателя ULF в спектр до 46% при норме от 15 до 30% у больных во всех трех группах. При этом повышение этого показателя было достоверно связано с наличием тревожно-фобического расстройства. Нарушения на уровне сегментарного звена проявлялись в виде преобладания сегментарных симпатических влияний над сегментарными парасимпатическими.

Анализ результатов анкетирования показал, что суммарный балл вегетативной анкеты, в норме не превышающий 15, у пациентов всех трех групп достоверно превышал это значение и в среднем составлял (37,8±3,5) балла, достигая у некоторых больных 45 баллов. Значения по анкете гипервентиляции также были достоверно выше у больных ФД по сравнению со здоровыми ( $p=0,05$ ). Сравнительный анализ показателей вегетативной анкеты и анкеты гипервентиляции у больных трех клинических групп показал, что балльные значения по обоим опросникам были значимо выше в группе со смешанным вариантом ФД.

**Выводы.** Вегетативные расстройства у больных с ФД определяются избыточной активностью надсегментарных влияний на фоне недостаточности сегментарных, а их выраженность коррелирует с психопатологическими проявлениями.

#### 75. Аутоиммунный хронический гастрит (вирусологические исследования)

Минушкин О.Н., Зверков И.В., Топчий Т.Б., Володин Д.В., Максимов В.  
УМНЦ УДПРФ (каф. гастроэнтерологии), Москва, Россия

**Цель исследования:** определить наличие клеток, содержащих герпес-вирусы (цитомегаловирус – ЦМВ, вирус простого герпеса 1/2 типа – ВПГ и вирус Эпштейна-Барр – ВЭБ) в СОЖ у больных с аутоиммунным хроническим гастритом (ХГ).

**Материалы и методы.** Обследованы 23 больных (7 мужчин и 14 женщин) с диагностически значимыми титрами антител к париетальным клеткам. Проведена ЭГДС со взятием биоптатов, которые окрашивали гематоксилином и иммуногистохимией с использованием стрептавидин-биотинового комплекса и пероксидазы хрена. Считали число стромальных клеток, содержащих герпес-вирусы, на 1 мм<sup>2</sup> СОЖ.

**Результаты.** Вирусы выявлены в СОЖ: а) ЦМВ – в ядрах стромальных мононуклеарных клеток (в основном, лимфоцитов) в 85% случаев и в ядрах эпителия желез в 15% случаев у 23 больных (100%); б) ВПГ – в ядрах стромальных мононуклеарных клеток (в основном, лимфоцитов) у 11 пациентов (48%); в) ВЭБ – в ядрах мононуклеарных клеток (в основном, лимфоцитов) у 14 больных (61%). Отмечено равномерное распределение стромальных клеток, содержащих герпес-вирусы, в теле и пилорическом отделе желудка.

**Выводы.** Стромальные клетки, содержащие ЦМВ, были у 100% больных; сочетание ЦМВ и ВЭБ – у 61% пациентов, сочетание ЦМВ, ВПГ и ВЭБ – у 48% больных. Полученные данные не исключают участие герпетических вирусов СОЖ в формировании аутоиммунного ХГ.

#### 76. Хронический пангастрит (некоторые этиологические и патогенетические особенности)

Минушкин О.Н., Зверков И.В., Топчий Т.Б., Володин Д.В., Максимов В.  
УМНЦ УДПРФ (каф. гастроэнтерологии), Москва, Россия

**Цель исследования:** изучить взаимосвязь НР- и герпес-вирусной инфекций в СОЖ у больных с хроническим пангастритом.

**Материалы и методы.** Обследованы 23 больных (7 мужчин и 14 женщин) с диагностически значимыми титрами антител к париетальным клеткам. Проведена ЭГДС со взятием биопсий из тела (ТЖ) и пилорического отдела желудка (ПОЖ), затем биоптаты обрабатывались быстрым уреазным тестом и проводилось окрашивание по Гимза и иммуногистохимией с использованием стрептавидин-биотинового комплекса для выявления антигенов цитомегаловируса (ЦМВ), вируса простого герпеса 1/2 типа (ВПГ) и вируса Эпштейна-Барр (ВЭБ). Считали число стромальных клеток, содержащих герпес-вирусы, на 1 мм<sup>2</sup> СОЖ.

**Результаты.** Больные разделены на 3 группы: наличие НР в ПОЖ при аутоиммунном ХГ ТЖ – 1-я группа (8 человек), отсутствие НР в ПОЖ при аутоиммунном ХГ ТЖ исходно – 2-я группа (8 человек) и после успешной эрадикации – 3-я группа (7 человек). Среди мононуклеарных клеток (в основном, лимфоцитов) и реже среди клеток железистого эпителия выявлены клетки, содержащие ЦМВ (23 человека), ВПГ (11 человек) и ВЭБ (14 человек).

У пациентов в 1-й группе число стромальных клеток, содержащих ЦМВ, было (34,1±5,8) кл./мм<sup>2</sup> (ТЖ) и (30,5±4,5) кл./мм<sup>2</sup> (ПОЖ); число стромальных клеток, содержащих ВПГ и ВЭБ, было мало – в пределах от 0 до 3 кл./мм<sup>2</sup>. У больных во 2-й и 3-й группах по сравнению с 1-й группой увеличилось в 3-4 раза число стромальных клеток, содержащих ЦМВ, и в меньшей степени – ВПГ и ВЭБ.

**Выводы.** Обнаружена связь между ЦМВ и НР-инфекцией: наличие НР в ПОЖ при аутоиммунном ХГ ТЖ сопровождалось значительным снижением ЦМВ-клеток и наоборот, отсутствие НР в ПОЖ при аутоиммунном ХГ ТЖ исходно и после успешной эрадикации приводило к значительному увеличению ЦМВ-клеток, а также тенденции к увеличению стромальных ВПГ- и ВЭБ-клеток.

#### 77. Результаты применения урсodeоксихолевой кислоты в лечении ГЭРБ у больных с резекцией желудка или гастрэктомией

Минушкин О.Н., Масловский Л.В., Шулепова А.Г., Назаров Н.С.  
УМНЦ УД Президента РФ, Москва, Россия

**Цель исследования:** оценить эффективность и безопасность использования препарата урсodeоксихолевой кислоты (Sun Pharmaceutical Industries Ltd.) в дозе 10-15 мг/кг/сут в виде монотерапии в течение 4 месяцев в лечении эрозивной формы ГЭРБ у больных, перенесших резекцию желудка или гастрэктомию.

**Материал и методы.** К исследованию приняты 30 пациентов, перенесших резекцию желудка (15) или гастрэктомию (15), с анацидностью по данным рН-метрии, имеющих клинические и/или эндоскопические признаки рефлюкс-эзофагита. Исходно, на 28-й, 56-й и 112-й день лечения по десятибалльной шкале оценивалась степень выраженности клинических проявлений с учетом частоты, интенсивности, времени возникновения, продолжительности симптомов. В эти же сроки проводили оценку качества жизни по визуально-аналоговой шкале (ВАШ) и ЭГДС, а также фиксировали нежелательные явления (симптомы, сроки возникновения).

**Результаты.** Наблюдалось достоверное уменьшение изжоги с (6,5±1,7) балла до (4,9±2,5) балла (28-й день), (3,6±2,5) балла (56-й день), (2,2±2,3) балла (112-й день). Заживление эрозий к концу лечения отметили у 19 (63%) больных. Отличная эффективность (исчезновение симптомов и эрозий) была у 19 (63,3%) пациентов; хорошая (уменьшение симптомов более чем на 1 балл и положительная динамика данных ЭГДС) – у 10 (33,3%) больных. Препарат переносился отлично и хорошо в 93,3% случаев. Нежелательные явления были выражены слабо и не требовали коррекции терапии. Качество жизни по данным ВАШ улучшилось с исходных (6,0±1,5) см до (8,4±0,6) см на 112-й день.

**Заключение.** Курсовое лечение эрозивной формы рефлюкс-эзофагита урсodeоксихолевой кислотой у данной категории больных является эффективным и безопасным. Его продолжительность должна составлять не менее 4 месяцев, после чего, по видимому, необходимо проведение перманентной поддерживающей терапии.

#### 78. Течение заболевания и эндоскопические характеристики больных язвенной болезнью с недостаточным антисекреторным эффектом терапии

Миронова В.В., Масюков С.А., Любская Л.А.  
Тверская ГМА, Россия

**Цель:** выявить анамнестические и эндоскопические особенности пациентов с недостаточным эффектом антисекреторной терапии дженериками омепразола при лечении язвенной болезни двенадцатиперстной кишки (ЯБДК).

**Материалы и методы.** Обследованы 133 пациента с ЯБДК (средний возраст (34,8±2,6) года). Все пациенты получали омепразол 40 мг в сутки, проводилось стандартное обследование, суточная рН-метрия на 4-е сутки от начала лечения. Все пациенты были разделены на 2 группы: с достаточным эффектом антисекреторной терапии (ДАТ; n=97) и недостаточным (НАТ; n=36).

**Результаты.** В группе НАТ преобладали мужчины моложе 30 лет – 18 человек (50%), отношение шансов (ОШ) составило 2,39; доверительный интервал (ДИ) – 1,00-5,73. Среди пациентов группы НАТ достоверно чаще отмечалось злоупотребление алкоголем – 24 (67%) пациента, а в группе ДАТ – только 45 (46%) больных, соответственно, ОШ=2,22, ДИ=1,00-4,95. Такие же различия получены при оценке распространенности табакокурения – в группе НАТ регулярное употребление табака отмечали 22 (61%) больных, тогда как в группе ДАТ их было 43 (45%), ОШ=1,94, ДИ=0,89-4,23. Осложненное течение ЯБДК имело прямую связь с НАТ и было выявлено в этой группе у 24 (67%) пациентов, тогда как в группе ДАТ только у 46 (47%), при этом ОШ составило 2,22, а ДИ=0,98-4,84. При проведении ЭГДС в группе НАТ чаще, чем у пациентов группы ДАТ, определялся эрозивный эзофагит и гастродуоденит: соответственно у 30 (83%) и 55 (57%); отношение шансов составило 3,73, ДИ=1,42-9,79.

**Выводы.** Клинико-анамнестическими и эндоскопическими особенностями для пациентов с ЯБДК, имеющих недостаточный эффект антисекреторной терапии, являются молодой возраст для мужчин, табакокурение, злоупотребление алкоголем, осложненное течение ЯБДК, выявление при ЭГДС эрозивного эзофагита и гастродуоденита.

### 79. Полиморфизм Gln223Arg в гене рецептора лептина у пациентов с жировой болезнью печени

Морозова А.В., Мальцева Н.В., Лыкова О.Ф., Горбатовский Я.А.  
НГИУВ, Новокузнецк, Россия, e-mail: sasha\_8512@mail.ru

**Цель исследования:** оценить частоту встречаемости полиморфизма Gln223Arg (A/G) в гене рецептора лептина у пациентов с жировой болезнью печени.

**Материалы и методы.** Были обследованы 105 пациентов с неалкогольной жировой болезнью печени (НЖБП), 80 пациентов с алкогольной жировой болезнью печени (АЖБП) и 96 человек без патологии печени (контрольная группа). Геномную ДНК выделяли методом термокоагуляционного кондиционирования, генотипирование вариантов А и G проводили с помощью аллель-специфической полимеразной цепной реакции. Анализ частоты встречаемости полиморфизма Gln223Arg в гене рецептора лептина показал отсутствие различий между пациентами с патологией печени и контрольной группой. Частота встречаемости генотипов AA, AG, GG у больных НЖБП составила 32,1%, 36,8%, 31,1%, у больных АЖБП – 34,6%, 40,7%, 24,7%, в контрольной группе – 32,7%, 38,1% и 29,2%, соответственно. В каждой группе обследованных лиц носительство аллеля А было сравнимо с таковым для аллеля G. Также не было выявлено связи тестируемых генотипов и аллелей А и G с индексом массы тела и ожирением как у всех обследуемых, так и в обследуемых группах по отдельности. Считают, что ожирение является основным фактором риска для неалкогольного стеатоза печени. Лептин – гормон, продуцируемый жировой тканью, регулирует энергетический гомеостаз и массу тела, действуя через трансмембранный рецептор лептина. Наши результаты указывают, что эти эффекты лептина, а также риск развития стеатоза печени независимо от его генеза не связаны с Gln223Arg полиморфизмом его рецептора.

### 80. Новый диетологический подход к проблеме метаболического синдрома

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

Метаболический синдром приобретает характер эпидемии. Он сопровождается развитием грозных расстройств, в первую очередь, со стороны сердечно-сосудистой системы. В механизме развития синдрома ключевое значение отводят инсулинорезистентности (ИР). Поэтому при разработке питания необходимо использовать пищевые соединения, позволяющие снизить ИР. Так как абсорбтивный период (состояние после приема пищи) характеризуется высокой активностью синтеза белка, а ИР коррелирует со степенью нарушения его синтеза, то целесообразно использовать такой рацион питания, который бы способствовал

повышению анаболизма и снижению катаболизма белка. Это, в первую очередь, достаточное поступление белка (1 г/кг массы тела/день). Не менее половины количества должны составлять полноценные белки (мясо, яйца, рыба, творог). Для повышения анаболического действия рациона рекомендуется использовать препараты, содержащие такие аминокислоты, как лейцин, глутамин, аргинин. Очень важно, чтобы в рационе питания в абсорбтивный период было адекватное содержание витаминов и микроэлементов, улучшающих синтез белка, в частности, витаминов группы В, кальция и магния.

В постабсорбтивный период (перед следующим приемом пищи) энергетическое обеспечение жизнедеятельности осуществляется за счет эндогенных запасов. Однако эндогенные запасы глюкозы очень ограничены и интенсивное их использование при преобладании интеллектуальных и операторских видов деятельности (мозг в качестве источника энергии использует исключительно глюкозу) приводит к развитию различных функциональных нарушений. С этим связан тот факт, что у лиц занимающихся такой деятельностью, выше заболеваемость и ниже продолжительность жизни. Восполнение дефицита эндогенных запасов глюкозы за счет ее экзогенного приема способствует повышению секреции инсулина и снижению работоспособности. Поддержание гомеостаза глюкозы в данный период возможно за счет употребления продуктов, содержащих субстраты для глюконеогенеза, в частности, фруктозу или ее полимер инулин (топинамбур), не приводящих к секреции инсулина и снижению работоспособности.

Такой диетологический подход будет оказывать устойчивый терапевтический эффект у лиц с метаболическим синдромом.

## О

### 81. Оптимизация симптоматической терапии больных целиакией

Орешко Л.С., Журавлева М.С.  
СЗГМУ им. И.И. Мечникова, Санкт-Петербург, Россия,  
e-mail: oreshkol@yandex.ru, mariyabalagaeva@yandex.ru

**Цель исследования:** оценить моторно-эвакуаторную функцию пищеварительного тракта у больных целиакией и эффективность использования препарата прокинетики действия.

**Материал и методы исследования.** Были обследованы 10 пациентов (1 мужчина и 9 женщин) с верифицированным диагнозом целиакии. Возраст больных варьировал от 22 до 53 лет. Всем пациентам проводилась периферическая электрогастроэнтерография с помощью гастроэнтеромонитора ГЭМ-01 «Гастроскан ГЭМ» в стандартном режиме (ЭГЭГ). На основании анализа жалоб, данных ФГДС и стандарт-ЭГЭГ пациентам был назначен препарат прокинетики действия «Итоприда гидрохлорид» в течение 2 недель. Эффективность использования препарата оценивали по динамике клинической симптоматики и результатам ЭГЭГ.

**Результаты.** Все пациенты предъявляли разнообразные жалобы на желудочную и кишечную диспепсию, свидетельствующие о нарушении деятельности верхних и нижних отделов желудочно-кишечного тракта. Согласно результатам стандарт-ЭГЭГ у пациентов выявлены признаки нарушения тонуса желудка и двенадцатиперстной кишки, дискоординированности верхних отделов, гастроэзофагеального и дуоденогастрального рефлюкса натощак и после стандартной пищевой стимуляции. У 8 (80%) пациентов выявлено повышение относительной электрической мощности желудка натощак (Pi/Ps выше 34,0%) и двенадцатиперстной кишки (Pi/Ps выше 3,3%); по данным вейвлет-анализа обнаружены ГЭР и ДГР. При стандартной пищевой стимуляции определялись неадекватный ответ желудка у 5 (50%) обследованных, снижение эвакуаторной активности толстой кишки (Kritm менее 13,0) у 5 (50%) пациентов. У 7 (70%) пациентов отмечали дискоординированность сокращений между желудком и двенадцатиперстной кишкой (коэффициент соотношения выше 16,0), у 5 (50%) пациентов – между подвздошной и толстой кишкой (коэффициент соотношения выше 0,21). После проведенной терапии наблюдали достоверную регрессию клинических проявле-

ний. По данным ЭГЭГ после лечения признаки ГЭР и ДП отсутствовали, также наблюдали снижение коэффициентов ритмичности желудка и двенадцатиперстной кишки и коэффициента соотношения, что указывало на снижение тонуса и улучшение пропульсивности указанных отделов.

**Выводы.** Для оптимизации лечения больных целиакией, имеющих нарушения моторно-эвакуаторной функции, необходимо включать в комплексную терапию препараты, гармонизирующие моторику желудочно-кишечного тракта.

## 82. Микробная диетология. С чего начать?

Осипов Г.А.

Академическая группа академика РАМН Ю.Ф. Исакова при НЦ ССХ им. А.Н. Бакулева, Москва, Россия, e-mail: osipovga@mail.ru

Тема поставлена в вопросительном плане проф. Е.И. Ткаченко на конгрессе «Молекулярные основы клинической медицины» в июне 2012 г. Начать надо с изучения культуральных сред для основных обитателей кишечника: эубактерий, клостридий, лактобацилл, бифидобактерий и других актинобактерий. Из списка извлечь препараты, которые можно назначить человеку для стимулирования роста отдельных микроорганизмов непосредственно в кишечнике. Кроме того, из работ проф. Г.И. Эль-Регистан известен фактор d1 (разнообразные алкилрезорцины) – регулятор мембранного транспорта, которым можно стимулировать или замедлять рост микроорганизмов, переводить в анабиоз. Изнутри микробиологии известно стимулирование роста эубактерий флавоноидами в препаратах «Аскорутин», «НовОмегин», «Цитро-септ» или в пище: цитрусовые, листья гречихи, лук, кудрявая капуста, красное вино, черный виноград, горький шоколад. Лактобациллам нужна углеводсодержащая пища, пропионобактериям – молочная кислота, кукуруза, соя, мясной бульон, актинобактериям – крахмальные кислоты и яблоки. Соли кобальта и сульфат аммония – ростовые факторы пропионобактерий. Ежедневное потребление полифенолов красного вина существенно стимулирует рост видов *Enterococcus*, *Prevotella*, *Bacteroides*, *Bifidobacterium*, *Eggerthella*, *Blautia coccooides*. Глюкоза и алкоголь являются простыми субстратами – лакомством микробов кишечника, которые мгновенно стимулируют их размножение. У больных диабетом в течение дня колонизация кишечника растет пропорционального уровню сахара в крови. У больных алкогольным циррозом печени по состоянию в процессе лечения сохраняется полутонкий избыток колонизации тощей кишки. Регулирующее (нормализующее, гомеостатическое) действие на микробиоту кишечника оказывает иммуностимулятор «Епон», препараты висмута (де-нол, вентри-сол), а также метронидазол.

## II

### 83. Вазоинтестинальный пептид при язвенном колите

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

**Цель исследования:** изучить содержание вазоактивного интестинального пептида (VIP) в сыворотке крови и ткани толстой кишки больных язвенным колитом в динамике лечения.

**Материалы и методы.** Обследованы 42 пациента с ЯК в период обострения и ремиссии с различной тяжестью и распространенностью патологического процесса. Всем пациентам назначалась базисная терапия с учетом тяжести течения ЯК. Контрольную группу составили 20 практически здоровых людей. Содержание VIP определяли в сыворотке крови методом ИФА, результаты выражали в нг/мл. Ткань толстой кишки получали при колоноскопии, взвешивали, гомогенизировали, центрифугировали. В надосадочной жидкости определяли содержание VIP методом ИФА, результаты выражали в нг/г. Содержание VIP в контрольной группе в сыворотке крови составило (0,15±0,06) нг/мл, в ткани толстой кишки (0,11±0,06) нг/г. Полученные результаты обработаны статистически с использованием t-критерия Стьюдента для малых выборок при уровне значимости p<0,05.

**Результаты.** В период обострения ЯК содержание VIP в сыворотке крови повышено и составляет (0,42±0,06) нг/мл, p<0,01 относительно контроля, а в ткани толстой кишки снижено – (0,069±0,002) нг/г, p<0,05 по сравнению с контролем. При формировании клинической ремиссии (в среднем через 4 недели) отмечалось снижение показателей VIP в сыворотке крови до (0,39±0,03) нг/мл, p<0,05 по сравнению с фазой обострения, в ткани толстой кишки отмечалось увеличение исследуемого показателя до (0,089±0,002) нг/г, p<0,05 по сравнению с фазой обострения, однако показатели VIP в сыворотке крови и ткани толстой кишки не достигали контрольных значений.

**Заключение.** Формирование клинической ремиссии ЯК характеризуется снижением показателей VIP в сыворотке крови и увеличением данного показателя в ткани толстой кишки.

### 84. Уровень нейротензина в сыворотке крови и ткани толстой кишки при язвенном колите

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

**Цель исследования:** изучить содержание нейротензина в сыворотке крови и ткани толстой кишки больных язвенным колитом в динамике лечения.

**Материалы и методы.** Обследованы 42 пациента с ЯК в период обострения и ремиссии с различной тяжестью и распространенностью патологического процесса. Всем пациентам назначалась базисная терапия с учетом тяжести течения ЯК. Контрольную группу составили 20 практически здоровых людей. Содержание нейротензина определяли в сыворотке крови методом ИФА, результаты выражали в нг/мл. Ткань толстой кишки получали при колоноскопии, взвешивали, гомогенизировали, центрифугировали. В надосадочной жидкости определяли содержание нейротензина методом ИФА, результаты выражали в нг/г. Содержание нейротензина в контрольной группе в сыворотке крови составило (0,68±0,19) нг/мл, в ткани толстой кишки (1,58±0,19) нг/г. Полученные результаты обработаны статистически с использованием t-критерия Стьюдента для малых выборок при уровне значимости p<0,05.

**Результаты.** В период обострения ЯК содержание нейротензина снижено и составляло в сыворотке крови (0,07±0,02) нг/мл, p<0,01 по сравнению с контролем, в ткани толстой кишки – (0,355±0,006) нг/г, p<0,01 по сравнению с контролем. В период формирования клинической ремиссии (в среднем через 4 недели) повысился уровень нейротензина сыворотки крови до (0,081±0,004) нг/мл, p<0,01 по сравнению с фазой обострения, и ткани толстой кишки – до (0,42±0,08) нг/г, p<0,01 по сравнению с фазой обострения, однако контрольных значений не достиг.

**Заключение.** В период обострения ЯК уровень нейротензина в сыворотке крови и ткани толстой кишки снижен. Формирование клинической ремиссии ЯК сопровождалось повышением показателей нейротензина в сыворотке крови и ткани толстой кишки.

### 85. Качество жизни и психологический статус больных язвенной болезнью желудка с различной локализацией язвы

Павлова Е.К., Колесникова И.Ю., Любская Л.А.  
Тверская ГМА, Россия

**Цель исследования:** выявить особенности психологического статуса и качества жизни (КЖ) больных язвенной болезнью желудка (ЯБЖ) с «высокими» и «низкими» язвенными дефектами.

**Материалы и методы.** Обследованы 102 больных с обострением ЯБЖ. Среди больных выделены 2 группы: 1-я – больные с локализацией язвы выше угла желудка (51 человек, средний возраст (45,0±13,5) года), и 2-я группа – с язвой в антруме и пилорическом канале (51 человек, средний возраст (51,0±15,5) года). Всем больным проводилось стандартное обследование, применялись опросники MOS SF-36 и СМОЛ.

**Результаты.** Во 2-й группе показатели КЖ были несколько выше по всем шкалам, статистически значимыми были различия по шкале ролевого эмоционального функционирования (в 1-й группе (41,0±2,6) балла, а во 2-й – (54±2,5) балла, p<0,05). При оценке

психологического статуса среди пациентов с «высокими» язвами выявлены пики показателей по 1-й, 2-й и 7-й шкалам – (62,0±1,5), (61,0±2,1), (65,0±2,3) балла, во 2-й группе соответственно (48,0±1,6), (47,0±2,2) и (43,0±2,4) балла; все  $p < 0,05$ , что свидетельствует о преобладании в 1-й группе дезадаптации по невротическому типу с депрессивно-тревожным синдромом, астенией. Во 2-й группе пики по 4-й и 6-й шкалам (62,0±1,3) и (60,0±1,2) балла, в 1-й группе соответственно (43,0±1,2) и (48±2,1) балла; все  $p < 0,05$ . Статистически значимыми были различия между группами по 9-й шкале: в 1-й группе (45,0±6,5), а во 2-й – (54,0±6,5) балла;  $p < 0,05$ . Социальная дезадаптация пациентов 2-й группы в большей степени связана с ригидностью аффекта, вытеснением психологических проблем, анозогнозической реакцией на заболевание.

**Выводы.** У больных с «высокими» язвами желудка депрессивно-тревожный синдром в сочетании с дезадаптацией по невротическому типу приводит к более значительному ухудшению КЖ, нежели среди больных 2-й группы, для которых характерно вытеснение психологических проблем и активная жизненная позиция.

#### 86. Хронический атрофический гастрит: влияние эрадикации *Helicobacter pylori* на морфологическую структуру слизистой оболочки желудка

Павлович И.М., Лавренчук Д.В.

Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова, Санкт-Петербург, Россия

Инфицированность населения *Helicobacter pylori* (*H. pylori*) в РФ превышает 80%, что в большинстве случаев сопровождается развитием заболеваний, ассоциированных с *H. pylori*, в том числе хронических гастритов. *H. pylori* вырабатывает фактор, стимулирующий активность лейкоцитов слизистой оболочки желудка, и, соответственно, способствует развитию активности хронического гастрита.

**Цель исследования:** изучить состояние морфологической структуры слизистой оболочки желудка после эрадикации *H. pylori* у больных хроническим гастритом.

**Материал и методы.** Нами были обследованы 19 пациентов (9 женщин и 10 мужчин) в возрасте от 43 до 72 лет (средний возраст 52,4±1,6) года), страдающих хроническим атрофическим гастритом. Диагноз верифицировали гистологически (на исследование направляли 2 биоптата: по одному из тела желудка и антрального отдела). Степень активности процесса в слизистой оболочке желудка оценивали по ее инфильтрации полиморфно-ядерными лейкоцитами. Для диагностики инфекции *H. pylori* использовали быстрый уреазный тест, а также гистологический метод с окраской препаратов по Гимзе.

Всем пациентам была проведена «тройная» эрадикационная терапия: омепразол (20 мг 2 раза в день) + кларитромицин (500 мг 2 раза в день) + амоксициллин (1000 мг 2 раза в день). Длительность лечения антибиотиками составила 10-14 дней.

Изучение морфологической структуры слизистой оболочки желудка проводили до начала лечения и через 6-12 месяцев после завершения курса антихеликобактерной терапии.

**Результаты.** Морфологическое исследование биоптатов подтвердило высокую степень активности процесса у 7 больных (36,8%) хроническим гастритом, умеренную степень – также у 7 (36,8%), низкую степень активности – у 5 (26,4%). Высокая степень атрофии диагностирована у 3 больных (15,8%) хроническим гастритом, умеренная – у 14 (73,7%), низкая – у 2 (10,5%).

Хеликобактерная инфекция была выявлена двумя методами у всех больных хроническим атрофическим гастритом. Проведенная эрадикационная терапия привела к уничтожению *H. pylori* в 100% случаев (у 19 больных). На фоне успешной эрадикации хеликобактерной инфекции отмечалось снижение инфильтрации слизистой оболочки желудка полиморфно-ядерными лейкоцитами (степени активности) от высокой степени активности к низкой у 3 обследуемых (15,8%), от высокой к умеренной – у 4 (21,0%), от умеренной к низкой – у 5 (26,4%) (всего 12 случаев; 63,2%). С другой стороны, у 7 больных (36,8%) хроническим гастритом степень активности процесса осталась без изменений.

Степень атрофии слизистой оболочки желудка после проведенного лечения хеликобактерной инфекции осталась неизменной у всех 19 пациентов (100%).

**Выводы.** Эрадикация *H. pylori* положительно сказывалась на динамике активности хронического атрофического гастрита: у большинства больных (63,2%) отмечалось снижение степени активности процесса в слизистой оболочке желудка. Однако при этом у всех больных хроническим гастритом степень атрофии слизистой оболочки желудка осталась неизменной.

#### 87. Динамика соматотропного гормона у детей с хроническим гастродуоденитом в зависимости от стадии полового развития

Панова И.В.<sup>1</sup>, Дудникова Э.В.<sup>1</sup>, Титов А.П.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Ростовский ГМУ, <sup>2</sup>Городская больница № 20, Ростов-на-Дону, Россия, e-mail: pan\_tol@list.ru

**Цель исследования:** оценить зависимость изменений соматотропного гормона (СТГ) у детей с хроническим гастродуоденитом (ХГД) от стадии полового развития (СПР).

**Материалы и методы.** У 77 пациентов с ХГД (основная группа) и 28 детей I-II группы здоровья (группа контроля) проведено исследование уровня СТГ в периферической крови в стандартных условиях с использованием методов иммуноферментного анализа.

**Результаты.** Установлено, что уровень СТГ у детей основной группы существенно ниже, чем в группе контроля – (1,91±0,40) нг/мл и (2,30±0,52) нг/мл соответственно,  $p = 0,05$ , что, вероятно, приводит к снижению трофических воздействий СТГ на слизистую оболочку верхних отделов пищеварительного тракта при кислотозависимых заболеваниях. Основные количественные изменения СТГ выявлены у мальчиков в I СПР – (0,81±0,23) нг/мл и (2,80±0,95) нг/мл в основной и контрольной группе соответственно,  $p = 0,04$ . У мальчиков, находящихся во II и III СПР, значимых различий в содержании СТГ в сравнении с контролем не выявлено ( $p > 0,05$ ).

Оценивая изменения СТГ у девочек с учетом динамики полового созревания, следует отметить закономерный рост уровня гормона при переходе от I СПР к III СПР как в основной группе, так и в группе контроля при отсутствии статистически значимых различий показателя у больных и здоровых детей при парном сравнении ( $p > 0,05$ ).

**Заключение.** Выявлена «депрессия» образования СТГ у мальчиков с ХГД, находящихся в I СПР, что может свидетельствовать об определенной патогенетической роли гормона в формировании хронического гастродуоденита, связанной с началом пубертата и фактором половой принадлежности.

#### 88. Динамика данных клинико-лабораторных исследований и показателей абдоминального ожирения у лиц, страдающих метаболическим синдромом (МС), при проведении РДТ с коротким разгрузочным периодом

Панферов Е.С., Берштейн С.М., Монкус Е.Н., Каяндер Н.Е., Мурзагалиева Л.А.

Санаторий «Ревиталь парк», г. Железнодорожный Московской обл., Россия

**Цель:** оценить влияние РДТ на клинико-функциональное состояние организма у лиц, страдающих МС, а также динамику данных объективного статуса и лабораторных маркеров МС на различных этапах РДТ.

**Материалы и методы.** Обследованы 20 пациентов, страдающих МС (средний возраст 47±8) лет), которым проведена РДТ по методике Ю. Николаева («влажное голодание») с разгрузочным периодом (7±1) день и восстановительным периодом не менее 7 дней. У пациентов в динамике проводилось исследование показателей: АД, Ps, общеклинических, биохимических (АСТ, АЛТ, ЩФ, ГГТП, мочевиная кислота, глюкоза натощак, инсулин, гликированный гемоглобин, общий холестерин, ЛПВП-холестерин, ЛПНП-холестерин, триглицериды); пациентам выполнен биоимпедансный анализ тела в начале и конце разгрузочного периода, а также на 6-й день восстановительного периода. В обследование

включен опросник качества жизни SF-36. Тест проводился в 1-й день разгрузочного периода и на 6-й день восстановительного периода. Полученные данные достоверно показали снижение веса на 8,1% от исходного уровня, снижение систолического АД на 12% и диастолического АД на 12,7%, снижение уровня общего холестерина на 5,2%, уровня глюкозы сыворотки крови на 7%, уровня гликозилированного Hb на 7%.

Эти результаты позволяли снижать дозировку лекарственных препаратов на 50% от исходной.

**Вывод.** Применение РДТ с разгрузочным периодом 7-8 дней у лиц, страдающих МС, дает положительный эффект, позволяет уменьшить клинические проявления данного состояния и скорректировать медикаментозную терапию основных его симптомов в сторону снижения дозировки лекарственных препаратов, что обосновывает возможность применения данного метода в терапии МС.

### 89. Серотонинпродуцирующие клетки антрального отдела желудка при различных клинических вариантах хронического гастрита

Пахомова А.Л.

Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского, Россия

**Цель исследования:** установить роль  $ES_1$ -клеток антрального отдела желудка в возникновении клинической симптоматики у больных хроническим гастритом (ХГ).

**Материалы и методы.** Обследованы 100 больных хроническим гастритом с ФД. Из них 70 пациентов с болевым синдромом и 30 с безболевым течением заболевания. Контрольную группу составили 30 здоровых лиц. Всем больным проводились эзофагогастроудоденоскопия и гистологическое исследование биоптатов антрального и фундального отделов желудка.  $ES_1$ -клетки антрального отдела желудка, продуцирующие серотонин, изучались иммуногистохимическим методом. Проводилась электронно-микроскопическая оценка структуры апудоцитов. Для верификации  $ES_1$ -клеток в качестве первичных антител применяли коммерческие антитела к серотонину (Dianova, Gamburg, Germany, 1:100).

**Результаты.** Количественная плотность эндокринных клеток антрального отдела желудка, секретирующих серотонин, при ХГ была достоверно выше показателей контрольной группы. У пациентов с болевым синдромом отмечалось достоверное увеличение числа  $ES_1$ -клеток по сравнению с пациентами с безболевым течением заболевания.

**Выводы.** Клиническая симптоматика при хроническом гастрите зависит от количественной характеристики серотонинпродуцирующих апудоцитов антрального отдела желудка.

### 90. Особенности диагностики аутоиммунного гепатита у детей

Пахомовская Н.Л., Потапов А.С., Вольнец Г.В.

Научный центр здоровья детей РАМН, Москва, Россия

Для диагностики аутоиммунного гепатита (АИГ) используется система балльной оценки АИГ, предложенная международной рабочей группой по изучению АИГ в 1999 г. для взрослых. В 2008 г. предложена упрощенная система балльной оценки диагностики АИГ. В настоящее время не существует балльной системы диагностики АИГ, адаптированной для детей. Существующая балльная система диагностики АИГ учитывает титры печеночных аутоантител 1/40, в педиатрии считаются диагностически значимыми титры 1/20.

**Цель исследования:** оценить эффективность двух систем балльной оценки диагностики АИГ у детей с учетом титра аутоантител.

**Материал и методы.** Под наблюдением находились 84 ребенка с АИГ: 28 мальчиков и 56 девочек. Средний возраст детей составил  $(10,2 \pm 0,5)$  года, длительность наблюдения – 18 мес – 7 лет.

**Результаты.** При использовании системы балльной оценки для диагностики АИГ 1999 г. чувствительность составила 70,2%, специфичность – 100%, прогностическая точность положительного результата – 100%; прогностическая точность отрицательного результата – 50%. При применении упрощенной системы

балльной оценки 2008 г. чувствительность составила 45,2%; специфичность – 100%; прогностическая точность положительного результата – 100%; прогностическая точность отрицательного результата – 35,2%. При применении системы балльной оценки с учетом диагностического титра аутоантител 1/20 достоверно значимых различий не получено. Отсутствие повышения чувствительности балльной системы при использовании титров 1/20 связано с учетом положительных титров антимитохондриальных аутоантител, что уменьшает число присуждаемых баллов.

**Выводы.** Система балльной оценки для диагностики АИГ 1999 г. обладает большей чувствительностью при строгой специфичности и меньшей возможностью ложноотрицательной диагностики по сравнению с балльной системой 2008 г. Уровень титра аутоантител не влияет на чувствительность и специфичность системы балльной оценки диагностики АИГ у детей.

### 91. Особенности течения и терапии аутоиммунного гепатита у детей

Пахомовская Н.Л., Потапов А.С., Вольнец Г.В.

Научный центр здоровья детей РАМН, Москва, Россия

Аутоиммунный гепатит (АИГ) – первичнохроническое воспалительное заболевание, характеризующееся наличием типичных аутоантител, повышением уровня гамма-глобулинов и хорошим ответом на иммуносупрессивную терапию. Особенности АИГ в детском возрасте являются острое начало заболевания и быстрое формирование цирроза печени (ЦП) при отсутствии иммуносупрессивной терапии.

**Цель исследования:** оценить особенности течения и лечения АИГ у детей.

**Материал и методы.** Наблюдается 85 детей с АИГ: 29 (34,2%) мальчиков, 56 (65,8%) девочек. Длительность наблюдения 18 мес – 7 лет. Все дети получали иммуносупрессивную терапию: 24 ребенка (28,2%) – преднизолон, 59 детей (69,4%) – преднизолон и азатиоприн.

**Результаты.** При поступлении ЦП диагностирован у 48 детей (56,4%), у 37 детей (43,6%) признаки ЦП отсутствовали. Среди детей с ЦП в трансплантации печени нуждались 15 (31,2%), 33 ребенка (68,8%) в настоящее время находятся на поддерживающей дозе иммуносупрессивной терапии. Среди пациентов, не имеющих ЦП при поступлении: 32 ребенка (86,5%) получают поддерживающую дозу иммуносупрессивной терапии; у 2 детей (5,4%) наблюдалось прогрессирование заболевания и формирование ЦП на фоне терапии; 3 детям (8,1%) иммуносупрессивная терапия была полностью отменена в связи с клинико-лабораторной и гистологической ремиссией заболевания на фоне лечения длительностью более 3 лет. Обострения заболевания (повышение АЛТ выше 10 норм) в группе детей, получающих монотерапию преднизолоном, отмечались у 12 больных (60%); комбинированную терапию (преднизолон и азатиоприн) – у 9 (18,7%).

**Выводы.** ЦП при первичном поступлении диагностируется у большинства детей с АИГ. На фоне монотерапии преднизолоном обострения АИГ отмечаются значимо чаще, чем при комбинированной иммуносупрессивной терапии.

### 92. Частота встречаемости и структура перекрестного синдрома при аутоиммунных заболеваниях печени у детей

Пахомовская Н.Л., Потапов А.С., Вольнец Г.В.

Научный центр здоровья детей РАМН, Москва, Россия

Аутоиммунные заболевания печени – группа заболеваний, которая включает аутоиммунный гепатит (АИГ), первичный склерозирующий холангит (ПСХ), первичный билиарный цирроз печени (ПБЦ) и аутоиммунный холангит (АИХ). В ряде случаев у одного и того же ребенка одновременно присутствуют черты двух заболеваний, то есть имеет место перекрестный синдром (ПС). При ПС у больного имеются признаки, характерные для АИГ и первичного билиарного поражения печени.

**Цель:** оценить частоту встречаемости и структуру ПС при аутоиммунных заболеваниях печени у детей.

**Материал и методы.** Под наблюдением находился 61 ребенок (18 мальчиков, 43 девочки). Средний возраст детей составил (10,2±0,5) года, длительность наблюдения – от 18 мес до 7 лет. Всем детям выставлен диагноз АИГ на основании критериев системы балльной оценки АИГ, предложенной международной рабочей группой по изучению АИГ в 1999 г. Всем детям была проведена пункционная биопсия печени.

**Результаты.** Деструкция и пролиферация желчных протоков наряду с гистологическими признаками АИГ были выявлены у 18 детей (29,5%). У 1 ребенка (5,5%) данные МРХПГ и гистологическая картина соответствовали ПСХ, а также был диагностирован неспецифический язвенный колит, что позволило нам диагностировать ПС – АИГ/ПСХ. У 1 ребенка (5,5%) имелись гистологические признаки ПБЦ и положительные антимитохондриальные антитела (АМА), то есть имел место ПС – АИГ/ПБЦ. 16 детей (89,0%) имели гистологические признаки ПБЦ и отрицательные АМА, что позволило нам диагностировать ПС – АИГ/АИХ.

**Выводы.** Перекрестный аутоиммунный синдром диагностируется у 1/3 детей с клинико-лабораторными признаками аутоиммунного гепатита, при этом у большинства детей имеет место аутоиммунный гепатит/аутоиммунный холангит. Наличие билирубинных изменений диктует необходимость назначения антихолестатической терапии этим пациентам.

### 93. Разработка комплекса аутостимуляторов роста пробиотического штамма *Escherichia coli* VL 613

Полевая Е.В., Вахитов Т.Я.

Гос. НИИ ОЧБ ФМБА России, Санкт-Петербург, Россия

Штамм *E.coli* VL 613 используется в сельском хозяйстве для повышения эффективности утилизации кормов. Ранее нами было показано, что экзометаболические бактерии могут служить основой для создания препаратов – аутостимуляторов роста.

**Цель:** создание комплекса аутостимуляторов роста пробиотического штамма *E.coli* VL 613 на основе изучения особенностей состава и биологической активности его экзометаболических.

**Материалы и методы.** Состав экзометаболических *E.coli* VL 613 изучали в процессе его выращивания в колбах на чачалке на глюкозо-минеральной среде М-9. Анализ состава метаболитов проводили методом ВЭЖХ. Биологическую активность композиций аутостимуляторов роста оценивали по способности стимулировать рост *E.coli* VL 613 при низкой плотности засева (100-1000 КОЕ/мл).

**Результаты.** В составе экзометаболических *E.coli* VL 613 были идентифицированы следующие карбоновые кислоты: уксусная, янтарная, молочная и муравьиная. Анализ их динамики показал, что янтарная и муравьиная кислоты могут являться стимуляторами роста *E.coli* VL 613. В составе экзометаболических *E.coli* VL 613 было обнаружено 17 аминокислот. Максимальное количество аминокислот выделялось в начале логарифмической фазы, а к концу роста их количество снижалось. На основе анализа состава и динамики метаболитов, а так же биологической активности внеклеточной среды была составлена композиция экзометаболических, стимулирующая рост штамма VL 613. По биологической активности данная композиция не уступала прототипу – культуральной жидкости. Дальнейшая оптимизация композиции позволила увеличить ее активность в 40 раз. Композиция содержала две карбоновые кислоты и пять аминокислот. Эффект стимуляции роста *E.coli* VL 613 (при засеве 100 КОЕ/мл) наблюдался при концентрации 0,25 мг/л и выше.

**Выводы.** На основе анализа состава и динамики метаболитов, а так же биологической активности внеклеточной среды была составлена композиция экзометаболических, стимулирующая рост штамма VL 613. Полученная композиция способна стимулировать рост данного штамма (при засеве 100 КОЕ/мл) в концентрации 0,25 мг/л. Разработанный подход может применяться для создания специфических комплексов аутостимуляторов роста бактерий, входящих в состав препаратов сельскохозяйственного и медицинского назначения.

### 94. Анализ энтеросорбционных свойств псиллиума

Полевая Е.В., Вахитов Т.Я., Ситкин С.И.

Гос. НИИ ОЧБ ФМБА России, СЗГМУ им. И.И. Мечникова, Санкт-Петербург, Россия

**Цель:** провести анализ сорбционных свойств псиллиума и основных энтеросорбентов в модельных экспериментах с маркерами адсорбции разной молекулярной массы и ионогенности, имитирующими факторы интоксикации, а так же условно патогенными бактериями – возбудителями кишечных инфекций.

**Материалы и методы.** В работе исследовались адсорбционные свойства 6 сорбентов: полиметилсилоксана полигидрата, смектита диоктаэдрического, повидона, угля активированного, лигнина гидролизованного, оболочки семян подорожника овального (псиллиума). Для определения pH водной суспензии сорбентов навески суспендировали в воде, центрифугировали и в супернатанте измеряли pH. В качестве маркеров адсорбции использовали: метиленовый синий, белок – человеческий альбумин. Адсорбционную способность определяли по стандартным методикам. В экспериментах по адсорбции условно патогенных бактерий использовались: *Salmonella enteritidis* var. *Issatchenko* (патогенна для мышевидных грызунов) и *Escherichia coli* O75 № 5557 Hly<sup>+</sup> (cnf1+; irp2+; fimA-). Для определения способности сорбентов связывать бактерии использовали фракцию седиментационно устойчивых клеток (по методике Makinoshima H. et al.), не осаждающихся при центрифугировании сорбентов.

**Результаты.** При суспендировании сорбентов в воде происходили значительные изменения pH. Активированный уголь и смектит диоктаэдрический приводили к выраженному сдвигу pH в щелочную область, а повидон и оболочка семян подорожника овального – в кислую. При использовании в качестве низкомолекулярного маркера адсорбции метиленового синего было показано, что оболочка семян подорожника и смектит диоктаэдрический имели практически равную адсорбционную способность. Оба этих сорбента уступали повидону и углю активированному, но обладали более высокой сорбционной емкостью, чем лигнин гидролизованный и полиметилсилоксан полигидрат. Для оценки белоксвязывающей активности, обуславливающей детоксицирующую сорбцию патологических агентов белковой природы (токсины микроорганизмов, «молекулы средней массы») и биоактивные кишечные полипептиды эндогенного происхождения), в качестве маркера использовали альбумин. Результаты экспериментов показали, что наибольшей сорбционной емкостью обладали смектит диоктаэдрический и лигнин гидролизованный, затем следовали оболочка семян подорожника и повидон, наименьшая сорбционная способность отмечалась для полиметилсилоксана полигидрата и угля активированного. В экспериментах по адсорбции *S. enteritidis* и *E. coli* O75 № 5557 было показано, что наилучшей сорбционной способностью и в том, и в другом случае обладали смектит и псиллиум. Анализ отношения концентраций бактериальных клеток в суспензии с сорбентом и без него показал, что по остаточному содержанию клеток в растворе резко выделялись 2 сорбента – смектит и псиллиум.

**Выводы.** Одним из механизмов действия псиллиума при кишечных инфекциях может являться способность понижать pH в просвете кишечника и этим тормозить рост патогенов. Второй механизм действия может заключаться в непосредственной адсорбции самих патогенных микроорганизмов, в этом отношении псиллиум продемонстрировал максимальный уровень адсорбции наряду со смектитом. По сорбированию низкомолекулярного маркера оболочка семян подорожника овального не уступает смектиту диоктаэдрическому, лигнину гидролизованному и полиметилсилоксана полигидрату. Оценка белоксвязывающей активности показала, что псиллиум связывает альбумин лучше, чем полиметилсилоксан полигидрат и уголь активированный.

**95. Воспаление как фактор патогенеза дивертикулярной болезни**

Потапова В.Б., Гудкова Р.Б., Левченко С.В.  
ЦНИИ гастроэнтерологии, Москва, Россия

**Цель:** определить характер морфологических изменений толстой кишки и особенности иммунного ответа при дивертикулярной болезни (ДВБ).

**Материал и методы.** Изучены биоптаты толстой кишки у 34 больных ДВБ (мужчин 26, женщин 8, средний возраст  $(54,5 \pm 6,3)$  года). Диагноз верифицирован клиническими, эндоскопическими и лабораторными исследованиями. Морфологический анализ проводили на одномикронных срезах ткани, фиксированной глутаральдегидом и осмием и заключенной в эпонаралдит. В ткани иммуноферментным методом определяли цитокины: TNF $\alpha$ , IFN $\gamma$  и IL-1 $\beta$ . Достоверность различий оценивали по U-критерию Манна-Уитни.

**Результаты.** Выявлена избыточная пролиферация эпителиоцитов с образованием массивов низкодифференцированных клеток, соединенных отростками, что свидетельствует о нарушении регуляции клеточного цикла и дифференцировки эпителия. Иммуноциты не образуют инфильтратов. Макрофаги увеличены в размерах, содержат многочисленные крупные вторичные лизосомы, что отражает незавершенный фагоцитоз. Лимфоциты и плазматические клетки встречаются реже макрофагов, дендритные клетки – единичны. Иммунокомпетентные клетки образуют небольшие кластеры из 3-5 клеток, к которым присоединяются внесосудистые эритроциты. Усиленная адгезия связана с изменением рецепторного профиля клеток в результате метаболических нарушений межклеточного матрикса. В ткани была повышена концентрация основных провоспалительных цитокинов: TNF $\alpha$  –  $(299,3 \pm 34,5)$  пг/мл, IFN $\gamma$  –  $(248,8 \pm 16,1)$  пг/мл, и имел место нормальный уровень IL-1 $\beta$  –  $(31,6 \pm 5,6)$  пг/мл. Диапазон концентраций цитокинов свидетельствует об активации ранних этапов иммунного ответа в условиях хронического заболевания.

**Заключение.** Избыточная пролиферация эпителия и реакция иммунокомпетентных клеток с повышенной адгезией и диспропорцией цитокинов свидетельствуют о своеобразном воспалительном процессе в толстой кишке при ДВБ.

**96. Дисплазия гепатоцитов при HBeAg-негативном хроническом гепатите В с различным HBeAg-фенотипом**

Правдолюбова И.А., Дуданова О.П.  
Петрозаводский государственный университет, Россия

**Цель исследования:** оценить выраженность мелкоклеточной (МКДГ) и крупноклеточной дисплазии гепатоцитов (ККДГ) у больных HBeAg(-)ХГВ с разным HBeAg-фенотипом и выявить связи различных видов дисплазии (ДГ) с клинико-лабораторными и морфологическими данными.

**Материалы и методы.** Обследованы 53 больных ХГВ: 11 (20,76%) с HBeAg(+) фенотипом, 42 (79,24%) с HBeAg(-). Учитывались сроки инфицирования, уровень аминотрансфераз, билирубина, ЦФ, гамма-глобулинов (ГГ), СОЭ, лимфоцитов крови. Определялись следующие морфологические показатели: некроз гепатоцитов, дистрофия гепатоцитов (ДГ) (гидропическая, крупнокапельная, мелкокапельная жировая), портальная (ПИ), перипортальная (ППИ), внутридольковая и центральная воспалительная инфильтрация, портальный (ФП), перипортальный, внутридольковый и центральный фиброз.

**Результаты.** Сроки инфицирования у HBeAg(+) пациентов составили  $(10,35 \pm 6,97)$  года против  $(15,02 \pm 12,29)$  года ( $p > 0,05$ ) в группе HBeAg(-). МКДГ у HBeAg(+) пациентов составила  $(6,26 \pm 4,44)$  клеток против  $(7,89 \pm 7,43)$  клеток у HBeAg(-) пациентов ( $p > 0,05$ ), а ККДГ –  $(0,81 \pm 0,47)$  клеток против  $(0,94 \pm 1,01)$  клеток ( $p > 0,05$ ) соответственно. При HBeAg(+) ХГВ МКДГ была связана с уровнем ГГ и СОЭ –  $r = 0,85$  ( $p < 0,01$ ),  $r = 0,52$  ( $p < 0,05$ ). ККДГ у этих пациентов зависела от ПИ, ППИ, ФП –  $r = 0,77$  ( $p < 0,01$ ),  $r = 0,72$  ( $p < 0,05$ ),  $r = 0,7$  ( $p < 0,05$ ). Также в этой группе отмечалась связь между ККДГ и АЛТ –  $r = 0,68$  ( $p < 0,05$ ). У HBeAg(-) пациентов отмечалась связь только между МКДГ и уровнем ГГ –  $r = 0,48$  ( $p < 0,05$ ).

**Выводы.** При обеих формах гепатита преобладала МКДГ. Более высокий уровень дисплазии отмечался при HBeAg(-) ХГВ, что было связано с более выраженным повреждающим действием мутантного по pres/s-региону вируса гепатита В и большими сроками инфицирования. Дисплазия гепатоцитов при HBeAg(+) ХГВ была связана с уровнем некровоспаления и склероза.

**97. Влияние микробиологических нарушений желудочно-кишечного тракта на течение неспецифического воспалительного процесса в системе органов дыхания**

Пругер И.В., Ефимова Е.Г., Зайцева О.Д.  
Ивановская ГМА, Россия

**Цель научного исследования:** оценить синдром избыточного бактериального роста в тонкой кишке и/или дисбиоза толстой кишки при внебольничной пневмонии с учетом варианта течения воспалительного процесса в легких и наличия хронической обструктивной болезни легких.

**Материалы и методы исследования.** Обследованы 119 человек в возрасте от 19 до 81 года (средний возраст  $(52,9 \pm 1,3)$  года). Синдром избыточного бактериального роста в тонкой кишке и клинико-лабораторный синдром дисбиоза толстой кишки оценивали по наличию у больного в момент обследования следующих симптомов: нарушения стула (поноса, запора или их чередования), типичного по Бристольской шкале форм кала; метеоризма; тупой или схваткообразной боли в животе; сухости кожи и слизистых, дерматита; болезненности при пальпации разных отделов кишечника. Для объективизации оценки функционального состояния моторики кишечника определяли время транзита по кишечнику активированного угля. Интенсивность боли в животе оценивали по 4-балльной 100-миллиметровой визуально-аналоговой и 10-балльной мимической шкалам. Лечение пневмонии проводилось по стандартному протоколу и сочеталось с общепринятой коррекцией микробиологических нарушений в желудочно-кишечном тракте. Динамику воспалительного процесса в легких и бронхиальном дереве контролировали по рентгенограмме грудной клетки, анализу мокроты, выполненному на 1-й, 5-й, 10-й день стационарного лечения, предполагавшего нарушение микробного пейзажа слизистых оболочек ротоглотки и дыхательных путей II-III степени. Установлено, что у больных дисбиозом толстой кишки, который сочетался с респираторным дисбиозом II степени, при контрольном рентгенологическом исследовании на 10-й день стационарного лечения пневмонии в 90% случаев наблюдалось выздоровление без остаточных изменений, а остаточные изменения в виде сохранения усиления или деформации легочного рисунка в 10% случаев наблюдались при сочетании синдрома избыточного бактериального роста в тонкой кишке и дисбиоза толстой кишки с респираторным дисбиозом II степени. При наличии у больных ВП и хронической обструктивной болезни легких средней тяжести, диагностированной у 32 человек в возрасте  $(53,6 \pm 2,9)$  года, у которых признаки синдрома избыточного бактериального роста в тонкой кишке и дисбиоз толстой кишки сочетался с увеличением доли микробиологических нарушений III степени и повышением титра патогенных микроорганизмов, клинические признаки нормализации состояния наблюдались позднее, и в 25,7% случаев диагностировались остаточные изменения в виде ограниченного усиления или деформации легочного рисунка, образования плевральных спаек. Таким образом, медленно разрешающаяся пневмония сочеталась с дисбиозом желудочно-кишечного тракта и респираторным дисбиозом.

## Р

**98. Возможности экспресс-диагностики тревожности и депрессии и их лечения без негативного влияния на мышление**

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

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

**Цель исследования:** помимо лечения основного заболевания, доказать возможность снижения у больных сопутствующей психопатологической симптоматики, но без негативного влияния на мышление.

**Материалы и методы.** У больных язвенным колитом и синдромом раздраженного кишечника были исследованы астения, депрессия и тревожность. Пациенты получали стандартную базисную терапию соответственно своему заболеванию или базисную терапию вместе с психотропным лекарством. Проспективное рандомизированное сравнительное исследование было развернуто на базе клиник Северо-Западного Государственного медицинского университета им. И.И. Мечникова и Ленинградской областной клинической больницы. Соматический диагноз 188 больных язвенным колитом и СРК был верифицирован в условиях современной гастроэнтерологической клиники. Применение методики балльной оценки с учетом значимости клинико-лабораторных и эндоскопических симптомов позволило судить о наличии обострения заболевания, степени тяжести, а методы экспресс-психодиагностики позволили оценить изменения в психическом статусе больных на фоне проводимого лечения. Психический статус пациентов и 28 лиц контрольной группы был изучен с помощью традиционного психологического анамнеза и экспериментально-психологического исследования с помощью тестовых методик: Шкалы астении MFI-20, Шкалы личностной тревожности Спилбергера-Ханина, Шкалы депрессии Готланд.

Включение в лечебный процесс больных с тревожной симптоматикой анксиолитика тенотена и больных с легким депрессивным эпизодом – антидепрессанта вальдоксана достоверно снизило соответственно уровень тревожности или депрессии, но без негативного влияния на когнитивные функции; по сравнению с группой больных, получавших только базисную терапию, у них улучшилась концентрация внимания.

**99. Применение природных факторов при эрадикации *H. pylori* у больных дуоденальной язвой**

Рустамов М.Н., Лазебник Л.Б.

Белорусский ГМУ, Минск, Беларусь, ЦНИИ гастроэнтерологии, Москва, Россия

**Цель:** изучить эффективность применения питьевых минеральных вод (ПМВ), пробиотиков (П) и ингибиторов протонного насоса (ИПН) при эрадикации *H.pylori* (Нр) у больных дуоденальной язвой (ДЯ), ассоциированной с Нр.

**Материалы и методы.** 150 Нр-позитивных больных ДЯ были разделены на 3 группы по 50 человек в каждой методом рандомизации. I группа получала ингибитор протонного насоса (ИПН) + амоксициллин + кларитромицин; II – то же лечение + пробиотик (П). III – ИПН + П + питьевую минеральную воду (ПМВ) «Ессентуки» № 4 за 1,5 ч до еды. Всем пациентам проведена ФЭГДС с биопсией, биохимический анализ крови, рН-метрия, исследование фекалий на дисбиоз кишечника (ДК). Лечение проводили в течение 1 месяца.

**Результаты.** У 62% больных выявили ДК. В I группе отмечалось увеличение количества больных с ДК и усугубление степени ДК. Во II группе уменьшилось количество больных с ДК, но появилось 8% новых случаев. В III группе достоверно улучшился кишечный микробиоценоз. Эрадикация Нр составила 70%, 82%, 80% в I, II и III группах, заживление ДЯ – 82%, 84% и 86% случаев в I, II и III группах соответственно. Во всех группах произошло повышение ( $p < 0,001$ ) рН в желудке и двенадцатиперстной кишке, более выраженное в III группе. В I группе произошло повышение АлАт, АсАт, щелочной фосфатазы (ЩФ) и тригли-

церидов (ТГД). Во II группе таких изменений не наблюдали. В III группе отмечали снижение уровня АлАт, АсАт, билирубина, ЩФ, холестерина и ТГД.

**Заключение.** Традиционная терапия вызывает или усугубляет имеющийся ДК. Сочетанное применение ПМВ, П и ИПН является эффективной безопасной методикой, позволяет снизить дозу лекарственных препаратов, расширить диапазон применения ПМВ на различных стадиях ДЯ, избавиться от длительного применения антибактериальных препаратов, избежать аллергических реакций.

**100. Роль пробиотиков в комплексном лечении больных *Helicobacter pylori*-ассоциированной дуоденальной язвой**

Рустамов М.Н., Лазебник Л.Б.

Белорусский ГМУ, Минск, Беларусь, ЦНИИ гастроэнтерологии, Москва, Россия

**Цель:** изучить роль пробиотиков в комплексном лечении больных *Helicobacter pylori*-ассоциированной (Нр-ассоциированной) дуоденальной язвой (ДЯ).

**Материалы и методы.** 100 Нр-позитивных больных ДЯ методом рандомизации были разделены на 2 группы, по 50 в каждой. I группа получала ингибитор протонного насоса (ИПН) + амоксициллин + кларитромицин; II – то же лечение + пробиотик (П). Всем больным проведены ФЭГДС, биохимический анализ крови, рН-метрия, исследование фекалий на дисбиоз кишечника (ДК). Лечение проводили в течение одного месяца.

**Результаты.** В I группе увеличилось количество больных с ДК и произошло усугубление его степени. Во II группе уменьшилось количество больных с ДК, но в 8% случаев появились новые случаи ДК. Эрадикация Нр составила 70% и 82% в I и II группах соответственно. Заживление ДЯ происходило в 82% и 84% случаев в I и II группах соответственно. После лечения в обеих группах произошло повышение ( $p < 0,001$ ) базального рН в желудке и двенадцатиперстной кишке, более выраженное у пациентов II группы. В I группе произошло повышение АлАт, АсАт, щелочной фосфатазы и триглицеридов, что свидетельствует о гепатотоксичном действии стандартной схемы эрадикации. Во II группе таких изменений не наблюдали.

**Заключение.** Стандартная схема эрадикации Нр вызывает или усугубляет имеющийся ДК, оказывает гепатотоксическое действие. Добавление пробиотика к лечению повышает эффективность эрадикации Нр, улучшает кишечный микробиоценоз, предотвращает гепатотоксическое действие антибиотиков, более выражено снижает кислотность в желудке и двенадцатиперстной кишке, чем при стандартной схеме. Данный вариант лечения является более безопасным и может быть рекомендован при эрадикации Нр у полиморбидных пациентов с патологией гепатобилиарной системы, а также с патологией толстой кишки.

**101. Эрадикация *Helicobacter pylori* при дуоденальной язве. Возможности использования пробиотиков**

Рустамов М.Н., Лазебник Л.Б.

Белорусский ГМУ, Минск, Беларусь, ЦНИИ гастроэнтерологии, Москва, Россия

**Цель:** изучить возможности использования пробиотиков при эрадикации *Helicobacter pylori* (Нр) у больных дуоденальной язвой (ДЯ), ассоциированной с Нр.

**Материалы и методы.** Обследованы 50 больных с Нр-позитивной ДЯ. Всем пациентам проведены ФЭГДС с биопсией, биохимический анализ крови, рН-метрия, исследование фекалий на дисбиоз кишечника (ДК). Пациенты получали пробиотик, содержащий *Lactobacillus bulgaricus* DDS-14, *Lactobacillus rhamnosus*, *Lactobacillus acidophilus* DDS-1 и *Bifidobacterium bifidum* по 1 капсуле в день и ингибитор протонного насоса (ИПН) в стандартной дозе. Лечение проводили в течение 1 месяца.

**Результаты.** У 70% обследованных наблюдали диспепсические жалобы (ДЖ). У 62% больных выявлен ДК различной степени. На фоне терапии отмечали исчезновение ДЖ в 74% пациентов, уменьшение – 24%. После лечения у пациентов достоверно

улучшился кишечный микробиоценоз. Произошло достоверное снижение уровня АлАт, АсАт, билирубина, щелочной фосфатазы, холестерина и триглицеридов до нормальных значений. После лечения наблюдали повышение ( $p < 0,001$ ) до нормальных значений исходно сниженного базального рН в желудке и двенадцатиперстной кишке. Эрадикация Нр составила 68%. Заживление ДЯ происходило в 78% случаев.

**Заключение.** Сочетанное применение пробиотиков с ИПН повышает эффективность эрадикации Нр в сравнении с их применением в монорежиме (43-45%), улучшает кишечный микробиоценоз, не вызывает побочных эффектов, которые часто встречаются при стандартной эрадикационной схеме, оказывает определенное гепатопротективное действие, является экономичным и безопасным методом. Данный метод лечения может быть рекомендован при эрадикации Нр у больных ДЯ, особенно у пациентов с аллергией, с сопутствующей патологией гепатобилиарной системы и кишечника.

### 102. Эффективность эрадикации *Helicobacter pylori* препаратами первой линии у больных дуоденальной язвой

Рустамов М.Н., Лазебник Л.Б.  
Белорусский ГМУ, Минск, Беларусь, ЦНИИ гастроэнтерологии, Москва, Россия

**Цель:** изучить эффективность эрадикации *Helicobacter pylori* (Нр) у больных с Нр-ассоциированной дуоденальной язвой (ДЯ) препаратами первой линии.

**Материалы и методы.** Обследованы 50 больных Нр-позитивной ДЯ. Всем пациентам проведена ФЭГДС с биопсией, биохимический анализ крови, рН-метрия, исследование фекалий на дисбиоз кишечника (ДК). Больные получали кларитромицин, амоксициллин и ингибитор протонного насоса (ИПН) в стандартной дозе, все по 2 раза в сутки в течение 10 дней, затем ИПН 2 раза в сутки в течение 20 дней.

**Результаты.** У 82% больных встречался болевой синдром, у 70% – диспепсические жалобы (ДЖ), у 62% – ДК. На фоне лечения у 50% больных возрастала частота ДЖ, у 42% больных такие жалобы появились впервые и сохранялись в течение полугода месяцев после лечения. Отмечали достоверное увеличение количества больных с ДК и усугубление степени диспепсии. Эрадикация Нр составила 70%. Заживление ДЯ происходило у 82% пациентов. Произошло повышение ( $p < 0,001$ ) базального рН в желудке и двенадцатиперстной кишке. Наблюдали повышение ( $p < 0,001$ ) АлАт, АсАт, щелочной фосфатазы и триглицеридов. Повышение уровня билирубина и холестерина не было достоверным.

**Заключение.** Тройная эрадикационная терапия на основе кларитромицина является недостаточно эффективной (70%), вызывает или усугубляет имеющийся ДК, увеличивает частоту ДЖ, связанных с приемом антибиотиков, оказывает гепатотоксическое действие. В связи с этим ее использование у полиморбидных пациентов с патологией печени и кишечника может резко снизить комплаенс. Полученные данные обуславливают поиск альтернативных безопасных методов эрадикации Нр у больных с Нр-ассоциированной ДЯ, которые позволили бы избавиться от длительного применения антибактериальных препаратов, избежать аллергических реакций.

### 103. Использование селективных кишечных антибиотиков при СИБР толстой кишки

Рустамов М.Н., Рустамова Л.М.  
Белорусский ГМУ, РНПЦ эпидемиологии и микробиологии, Минск, Беларусь

**Цель:** изучить антибактериальную активность селективного кишечного антибиотика «Нифуроксазид» при синдроме избыточного бактериального роста (СИБР) у больных с патологиями толстой кишки.

**Материалы и методы.** Обследованы 75 больных с СИБР толстой кишки, в том числе 50 – с синдромом раздраженного кишечника (СРК), 25 – с дивертикулярной болезнью толстой кишки (ДБТК).

Из 50 больных с СРК у 25 пациентов преобладала констипация, у 11 – диарея, у 14 – болевой синдром и метеоризм. Всем пациентам проведена фиброколоноскопия с биопсией, ирригоскопия, ФГЭДС с биопсией, УЗИ органов брюшной полости, УЗИ органов малого таза при необходимости, исследование фекалий на дисбиоз кишечника (ДК). В комплекс терапии был включен препарат «Нифуроксазид» по 2 таблетки 4 раза в день на протяжении 6 дней. Далее больные принимали пробиотик, содержащий *Lactobacillus bulgaricus* DDS-14, *Lactobacillus rhamnosus*, *Lactobacillus acidophilus* DDS-1 и *Bifidobacterium bifidum* по 1 капсуле в день. Лечение проводили в течение 1 месяца.

**Результаты.** У всех обследованных выявили ДК, который выражался в повышении уровня условно патогенной микрофлоры (УПМ) в 100% случаев, снижение уровня облигатной группы бактерий (ОГБ) в 94% случаев. На 5-6-й день приема антибиотика в 80% случаев нормализовался стул. Остальные симптомы уменьшались с 3-4-го дня и исчезли к концу лечения. Произошло снижение уровня УПМ в 90% случаев до допустимых пределов и повышение уровня ОГБ до нормальных величин у 87% пациентов.

**Заключение.** Препарат «Нифуроксазид» обладает высокой антибактериальной активностью при СИБР толстой кишки. Пробиотики могут быть рекомендованы при СИБР у больных с СРК и ДБТК с целью повышения количества ОГБ и, таким образом, снижения уровня УПМ, учитывая их антагонистический принцип действия.

### 104. Биопленкообразование как оптимальная форма существования представителей микробиоты кишечника

Рыбальченко О.В., Бондаренко В.М., Орлова О.Г.  
Гос. НИИ ОЧБ ФМБА России, СПбГУ, Санкт-Петербург, Россия

В микрореконструкциях макроорганизма микробные сообщества занимают экологические ниши, колонизируя слизистые оболочки в виде моно- и поликомпонентных биопленок.

**Цель исследования:** выявление методами электронной микроскопии ультраструктурного строения однородных и смешанных бактериальных биопленок энтеробактерий и стафилококков, а также влияния на их структурную организацию бактериоциноподобных субстанций лактобацилл.

**Материал и методы:** биопленки условно патогенных бактерий (энтеробактерий, стафилококков) и представителей нормальной микрофлоры (лактобацилл и бифидобактерий) желудочно-кишечного тракта; трансмиссионная, сканирующая электронная микроскопия.

**Результаты.** Установлено, что биопленки моно- и полимикробных сообществ бактерий указанных таксономических групп, обнаруживаемые *in vivo* или развивающиеся *in vitro* на агаризованных питательных средах, идентичны по своему строению. Поверхностные структуры биопленок экранируют клетки, обеспечивают их контакт с внешней средой и в составе различных компонентов межклеточного матрикса в толще микробных сообществ повышают их устойчивость к различным повреждающим факторам. Показана роль продукции лактобациллами бактериоциноподобных ингибирующих субстанций в подавлении бактериальных биопленок энтеробактерий и стафилококков.

**Заключение.** Идентичность ультраструктурного строения бактериальных биопленок лактобацилл, энтеробактерий и стафилококков свидетельствует об универсальности защиты микробных клеток индигенной и транзитной микрофлоры. Бактериоциноподобные субстанции лактобацилл оказывают повреждающее воздействие на биопленки условно патогенных бактерий, значительно подавляя их функциональную активность.

## С

**105. Тримедат в терапии синдрома раздраженного кишечника у детей и подростков**

Самохвалова В.В., Вычик С.В.

Волгоградский ГМУ, Городская ДКБ № 8, Волгоград, Россия

**Цель исследования:** изучить динамику клинических симптомов СРК при лечении препаратом «Тримедат» («Валента Фарм»).

**Материалы и методы исследования:** 48 детей и подростков с диагнозом СРК, средний возраст (12,40±1,24) года. Сформированы 3 группы: 1-я – 21 ребенок (43,7%) с преобладанием запора, 2-я – 8 детей (16,7%) с преобладанием диареи, 3-я – 19 детей (39,6%) с преобладанием боли и метеоризма. Тримедат назначался по 100 мг 3 раза в день 1 месяц.

**Результаты исследования.** До начала терапии метеоризм имел место у 15 (45,5%) в 1-й группе, у 21 (100%) во 2-й и у 13 (68,2%) в 3-й. Болевой синдром различной степени выраженности присутствовал у всех детей. Чувство неполного опорожнения кишечника в 1-й группе было у 14 детей (67,7%), во 2-й – у 6 (75%), в 3-й – у 17 (89,5%). Через 7 дней улучшение в состоянии отмечено у всех. После курса лечения болевой синдром купировался в 1-й группе у всех детей, во 2-й – у 7 (87,5%), в 3-й – у 17 (89,5%). Вздутие живота исчезло в 1-й и 2-й группах у всех детей и у 7 (89,5%) – в 3-й. Чувство неполного опорожнения кишечника сохранилось у 1 в 3-й группе и у 2 в 1-й. Во 2-й группе стул стал оформленным, частота 1-2 раза в сутки. Запоры купировались у 18 (85,7%), у 3 (14,3%) стул стал не реже 1 раза в 2 дня. Отличный и хороший эффект препарата отмечен у всех детей. Неудовлетворительных результатов не было. Через 6 месяцев боль в животе отмечали 2 детей 1-й и 2-й групп, регулярный стул был у 76% детей во 2-й группе.

**Выводы.** Тримедат является эффективным препаратом с хорошей переносимостью для купирования боли, метеоризма, нарушений характера и частоты стула.

**106. Влияние инфекции *H.pylori* на уровни гемоглобина и ферритина сыворотки крови**

Сарсенова С.В., Идрисов А.С., Колесник П.О., Албок Е.И. АО «Медицинский университет Астана» (каф. общей врачебной практики), Астана, Казахстан, Ужгородский НУ (каф. терапии и семейной медицины ФПО), Украина

**Вступление.** Сегодня дискуссионным является вопрос о роли *H.pylori* в развитии анемических состояний.

**Цели и методы.** Целью данного исследования было изучение влияния инфекции *H.pylori* на уровень гемоглобина, морфологию эритроцитов и ферритина сыворотки крови. В процессе исследования проводилось изучение уровня ферритина сыворотки крови, уровня гемоглобина, титров специфических анти-*H.pylori* иммуноглобулинов G (IgG). Были обследованы 180 пациентов. Изучение специфических анти-*H.pylori* иммуноглобулинов G (IgG) проводилось методом иммуноферментного анализа, определение ферритина сыворотки крови проводили путем иммунорадиометрического анализа, уровни гемоглобина и эритроцитов исследовались с помощью гематологического анализатора «Coulter-S». Сравнивались указанные выше показатели крови Нр-серопозитивных и Нр-серонегативных пациентов.

**Результаты.** Проведен анализ показателей гемоглобина, эритроцитов и гематокрита, а также показателей эритроцитов и исследована их морфология в зависимости от инфицирования пациентов *H.pylori*. Было установлено, что средние показатели гемоглобина были достоверно ниже у *H.pylori*-позитивных пациентов (153,5±6,36 по сравнению с показателями группы контроля 133,6±5,06,  $p \leq 0,05$ ). Средние показатели уровней сывороточного ферритина также оказались значительно ниже у мужчин (94 мкг/л против показателей контрольной группы 120 мкг/л, ( $p \leq 0,05$ ), а у женщин в постменопаузальном периоде (61 в сравнении с 87 мкг/л, ( $p \leq 0,05$ )). Частота выявления дефицита железа (уровень ферритина менее 15 нг/мл) у *H.pylori*-инфицированных больных оказалась значительно более высокой (19,9%), чем у *H.pylori*-серонегативных (4,8%).

**Выводы.** В процессе исследования нами отмечены достоверно более низкие показатели ферритина сыворотки крови у *H.pylori*-серопозитивных пациентов, что может опосредованно указывать на влияние инфекции *H.pylori* на метаболизм железа в организме человека.

**107. Структурно-функциональные нарушения как основа медико-социальной экспертизы при болезни оперированного желудка**

Сергеева В.В., Сошина А.А.

Санкт-Петербургский ИУВЭК ФМБА России, Россия

Болезнь оперированного желудка (БОЖ) является серьезной медико-социальной и экономической проблемой современного общества в связи с высоким риском инвалидизации данных больных.

**Целью работы** являлся анализ социальных и медицинских аспектов проблемы инвалидности при БОЖ.

**Материалом для исследования** послужили акты освидетельствования в БМСЭ СПб. больных БОЖ за период 2009-2011 гг. В группу обследованных включен 51 пациент (70,6% мужчин, 29,4% женщин, средний возраст (53,9±0,9) года). На момент исследования не работали 23,5% обследованных, работали по специальности 33,3%, работали не по специальности – 31,4%. Лица физического труда составили 35,3% (до оперативного лечения – 39,2%). Ненормированный рабочий день и командировки отмечены у каждого четвертого больного. В обследуемой группе больные имели преимущественно среднее специальное (41,2%) или высшее (23,5%) образование. Наиболее частой причиной хирургического лечения язвенной болезни явились следующие осложнения: кровотечение – 43,1%, стеноз – 19,6%, пенетрация – 19,6%, перфорация – 5,9%. Клинические проявления БОЖ: демпинг-синдром (76,5%), гастрит культи желудка (78,4%), язва анастомоза или культи желудка (21,6%), хронический панкреатит (70,6%). Постгастрорезекционные синдромы протекали с типичной симптоматикой. Симптомы желудочно-кишечной диспепсии наблюдались более чем у 80% больных. Анализ лабораторных данных показал, что 62,7% обследуемых имели анемический синдром, 54,9% – белково-энергетическую недостаточность, 19,6% – нарушение водно-электролитного баланса, что сопровождалось ограничениями жизнедеятельности (ОЖД) различной степени и стойкой утратой трудоспособности. Категории ОЖД (ограничение способности к самообслуживанию, передвижению, к труду) были выявлены у 84,3% обследуемых, противопоказанные условия трудовой деятельности установлены в 37 (72,6%) случаях. Инвалидами 3-й группы были признаны 61,1% мужчин (22) и 73,3% женщин (11). Инвалидность 2-й группы была установлена у 25,0% мужчин (9) и 6,7% женщин (1).

Таким образом, у больных БОЖ тяжесть течения постгастрорезекционных синдромов, нарушение функции пищеварения, развитие тяжелых послеоперационных осложнений, противопоказанные условия труда определяют степень тяжести ОЖД и социальной недостаточности, которые являлись основанием к установлению групп инвалидности.

**108. Динамика гастроинтестинальных проявлений у пациентов с раком легкого, получающих химиотерапию, на фоне использования в схемах терапии сорбционно-пробиотического комплекса «Бактистатин»**

Серкова М.Ю., Уртенова М.А.

СЗГМУ им. И.И. Мечникова, НИИ пульмонологии

СПбГМУ им. акад. И.П. Павлова, Санкт-Петербург, Россия

**Цель исследования:** оценить динамику гастроинтестинальных жалоб у пациентов с раком легкого, получающих химиотерапию, при использовании в схемах лечения сорбционно-пробиотического комплекса «Бактистатин».

**Материалы и методы исследования.** В исследование были включены 15 пациентов, получающих первую и вторую линию первого цикла химиотерапии. Пациенты группы 1 (n=10) в течение 28 дней от начала курса химиотерапии получали препарат «Бактистатин» по 2 капсулы 2 раза в день. Пациенты группы 2 (n=5)

данный препарат не получали. Для выявления гастроинтестинальных симптомов использовался стандартизированный опросник, для оценки формы стула – Бристольская шкала.

**Результаты исследования.** В конце периода наблюдения у пациентов группы 1 отмечена тенденция к учащению стула и уменьшению длительности запоров (средняя продолжительность запоров до лечения составила 2,8 дня, после лечения – 2,1 дня), тенденция к уменьшению необходимости натуживания при дефекации. После лечения преобладал 3-й тип стула по Бристольской шкале, до лечения преобладали варианты 2-го и 3-го типов. У пациентов группы 2, напротив, отмечено увеличение продолжительности запоров (с 2,4 дня до 2,8 дня), появление ощущений вздутия живота и неполного опорожнения кишечника после дефекации, усиление периодических болей в животе и преобладание 1-го и 2-го типов стула по Бристольской шкале.

**Выводы.** При использовании сорбционно-пробиотического комплекса «Бактистатин» у пациентов с раком легкого, получающих химиотерапию, снижается частота и выраженность субъективных проявлений запора, увеличивается частота стула и улучшается его форма.

#### 109. Сравнительный анализ характера дегидратационной структуризации биологических жидкостей при изолированной и сочетанной гастроэнтерологической патологии

Симонова Ж.Г., Мартусевич А.К., Шубина О.И.

Кировская ГМА, Нижегородский НИИ травматологии и ортопедии, Россия

**Цель исследования:** оценка результата кристаллообразования слюны и мочи пациентов с язвенной болезнью желудка (ЯБЖ) и ишемической болезнью сердца (ИБС).

Нами производился забор слюны и мочи у 24 пациентов с сочетанием ИБС и ЯБ желудка. Особенности собственного и инициированного кристаллообразования биосубстратов оценивали при помощи полуколичественных параметров. В тизиграфическом тесте базисным веществом служил 0,9% раствор хлорида натрия. Изучение свободного кристаллообразования слюны позволило установить следующие закономерности. Дискретная часть всех образцов представлена аморфными телами и единичными кристаллами, имеется значительное количество центров кристаллизации. Отмечаются многочисленные разрушенные и измененные структуры. Краевая зона выражена по всему периметру микропрепарата. Оценка слюны пациентов тизиграфическим методом позволила выявить следующие закономерности: количество центров кристаллизации в опытном образце (система «биожидкость – базисное вещество») значительно превосходит количество таковых в контрольном (фация, образованная базисным веществом). Среди дискретных составляющих фации преобладают кристаллические элементы, но присутствует и аморфный компонент. Краевая зона четко выражена на всем протяжении фации, что указывает на значительное содержание в протавленных образцах белкового компонента.

**Заключение.** Таким образом, рассматриваемая сочетанная патология вносит специфику в формирование кристаллогенных свойств фаций биологических жидкостей пациентов с сочетанием ИБС и ЯБ.

#### 110. Эффективность комбинированной терапии (КТ) у больных с хроническим неалкогольным поражением печени (ХНПП) на фоне метаболического синдрома (МС)

Сирчак Е.С., Архий Э.И., Курчак Н.Ю., Сирчак С.С.

Ужгородский национальный университет (мед. ф-т), Украина; e-mail: szircsak\_heni@bigmir.net

**Цель исследования:** изучить эффективность низкодозированной КТ периндоприлом и индапамидом в сочетании с гепатопротектором «Гепадиф» у больных с ХНПП на фоне МС.

**Материалы и методы.** Обследованы 29 больных с ХНПП и МС. Все больные были мужского пола, в возрасте от 31 года до 62 лет. Больных распределили на две группы в зависимости от

назначенного лечения. Всем больным с артериальной гипертензией II ст., сахарным диабетом 2-го типа, абдоминально-висцеральным ожирением и ХНПП назначали КТ с применением периндоприла (5–7,5 мг/сут) и индапамида (2,5 мг/сут). В I группу вошли 14 больных, которым в схему КТ был включен гепатопротектор «Гепадиф» (2 капсулы 3 раза в сутки в течение 1 месяца). Больные II группы (15 больных) в качестве гепатопротектора получали препарат «Силимарин» (2 капсулы 3 раза в сутки в течение 1 месяца).

**Результаты.** Под воздействием КТ наблюдали нормализацию артериального давления. До лечения у всех больных имело место повышение уровня глюкозы в крови, после лечения уровень глюкозы крови уменьшился до (5,0±0,4) ммоль/л у больных I группы и до (5,4±1,3) ммоль/л у больных II группы. Исследование биохимических показателей крови у больных после лечения показало позитивную динамику: снижение активности АЛТ, АСТ, билирубина (более выраженную у больных I группы). Также у больных I группы наблюдали более выраженное снижение уровня триглицеридов (с (2,4±0,3) до (1,5±0,4) ммоль/л), нормализацию уровня холестерина (с (6,2±1,3) ммоль/л до (5,2±0,8) ммоль/л), а также тенденцию к повышению уровня липопротеидов высокой плотности.

**Выводы.** 1. У больных с ХНПП на фоне МС наблюдается нарушение липидного и углеводного обмена. 2. Применение препарата «Гепадиф» в КТ у больных с ХНПП на фоне МС приводит к нормализации показателей липидного обмена и функциональных показателей печени.

#### 111. Нарушения моторной функции ЖКТ у больных в послеоперационном периоде, выбор адекватной терапии

Смирнова Г.О., Васин В.А., Ступин В.А.

РНИМУ им. Н.И. Пирогова, Москва, Россия,

e-mail: katerina1972@inbox.ru

**Цель исследования:** изучить электрическую и сократительную активность ЖКТ в послеоперационном периоде методом ПЭГЭГ.

**Материалы и методы.** С помощью аппарата «ГЭМ-01», НПО «Исток-система» (г. Фрязино) обследованы 202 пациента в первые – третьи сутки послеоперационного периода: 1-я группа – 67 больных после лапароскопических операций, 2-я группа – 85 пациентов после стандартных вмешательств на органах брюшной полости, 3-я группа – 50 пациентов с разлитым перитонитом. Для оценки кривой использовались показатели электрической активности (Pi/Ps), коэффициента ритмичности (Kritm), и Вейвлет-анализа (Ai/As).

**Результаты.** При анализе кривых выделено 2 варианта восстановления моторной функции ЖКТ на третьи сутки послеоперационного периода: 1-й вариант – снижение Pi/Ps тонкой кишки при нормальных Kritm, Ai/As и адекватном ответе на стимулирующую терапию. Выявлен у всех больных 1-й группы, 90,6% больных 2-й группы и 18% больных 3-й группы. Указывает на физиологическое восстановление моторной функции ЖКТ в послеоперационном периоде. 2-й вариант – повышение в 1,5–2 раза Pi/Ps тонкой кишки при низких показателях Kritm, Ai/As и отсутствии ответа на стимулирующую терапию, указывает на выраженные нарушения моторной функции и прогнозирует развитие пареза ЖКТ. Выявлен у 9,4% больных 2-й группы, 82% больных 3-й группы. В качестве дополнительного стимулятора моторной функции ЖКТ у 25 больных 3-й группы использовали цитофлавин 10 мл в 400 мл 0,9% NaCl в течение 5 дней. Он повышал показатели Pi/Ps, Kritm и Ai/As тощей, подвздошной и толстой кишки в 1,7–1,9 раза, что позволило ускорить разрешение пареза ЖКТ у больных с перитонитом с 6 до 3 суток.

#### 112. Лечение лямблиоза в детской практике

Солоница Л.П.

ООО «Гастро», Сургут, Россия

**Цель исследования:** оценить эффективность комплексного лечения лямблиоза у детей с применением препарата «Ункария» (фирма «Глорион», Новосибирск).

**Материал и методы.** 36 детей с установленным диагнозом лямблиоза находились под наблюдением гастроэнтеролога. Из них 10 детей получали макмирор 15 мг/кг в сутки 10 дней, 10 детей – метронидазол 20 мг/кг в сутки 10 дней и 16 детей получали в виде монотерапии препарат «Ункария» по 1-2 капсулы 2 раза в день в зависимости от возраста и массы тела в течение 3 недель. В диагностике лямблиоза наряду с клиническими и ультразвуковыми методами использованы методы ПЦР крови и копроскопии.

**Результаты.** Клиническая и лабораторная ремиссия отмечена у всех больных детей. Однако дети клинически различно реагировали на получение этих препаратов. Эффективность эрадикации *G. Lamblia* отмечена в первой группе в 73% случаев, во второй – в 64%, в третьей – в 70%. Вместе с тем дети, получавшие ункарию, отмечали более мягкое воздействие препарата. Это выразилось в улучшении самочувствия, прекращении жалоб на слабость, тошноту, боли в животе, урчание, расстройство стула, улучшении аппетита. Восстановились биохимические (АЛТ, общий билирубин) и копроскопические показатели.

**Выводы.** Более длительный курс эрадикации *G. Lamblia* у детей с применением препарата «Ункария» фирмы «Глорион», Новосибирск, оказывает щадящий клинический эффект и с успехом может использоваться в комплексном лечении лямблиоза у детей.

### 113. Антихеликобактерная терапия, усиленная коллоидным субцитратом висмута (де-нол)

Старостин Б.Д., Старостина Г.А.

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

**Цель исследования:** оценить эффективность антихеликобактерного режима, усиленного де-нолом, у пациентов с хроническим хеликобактерным гастродуоденитом, язвенной болезнью с локализацией дефекта в луковице двенадцатиперстной кишки (ДПК).

**Материалы и методы.** В исследуемой группе (n=55) пациенты с хроническим хеликобактерным гастродуоденитом, язвенной болезнью в фазе обострения с локализацией дефекта в луковице ДПК принимали санпраз 0,04 г 2 раза в день – 10 дней, флемоксин 1,0 г 2 раза в день, тинидазол 0,5 г 2 раза в день и де-нол 240 мг 2 раза в день в течение 10 дней. Эрадикация *H. pylori* определялась по данным быстрого уреазного теста, гистологически и по отсутствию антигена НР в кале (моноклональный тест) не ранее чем через 4 недели после окончания антихеликобактерного режима. Во 2-й группе (n=29) проведен ретроспективный анализ ранее применявшейся стандартной тройной терапии (санпраз, флемоксин, тинидазол).

**Результаты.** Эрадикация НР у пациентов 1-й группы составила 91% – 50 из 55 пациентов, вошедших в исследование; эрадикация НР у закончивших исследование в данной группе составила 94% – 50 из 53 пациентов. Эрадикация НР у пациентов 2-й группы составила 55% – 16 из 29 пациентов, вошедших в исследование, и 57% – 16 из 28 пациентов, закончивших исследование (различия статистически значимы при  $p < 0,001$ ).

**Выводы.** Четырехкомпонентная антихеликобактерная терапия – санпраз, флемоксин, тинидазол, де-нол является высокоэффективной и может быть использована с учетом нарастающей резистентности НР к кларитромицину в России (в частности, в Санкт-Петербурге) как терапия первой линии наряду со стандартной квадротерапией, рекомендованной Маастрихтским (Флорентийским) IV консенсусом.

### 114. Иберогаст при синдроме раздраженного кишечника

Старостин Б.Д., Старостина Г.А.

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

**Цель исследования:** оценить эффективность нового фитотерапевтического препарата «Иберогаст» при синдроме раздраженного кишечника (СРК).

**Материалы и методы.** Неудовлетворенность проводимым лечением у пациентов с СРК требует поиска новых методов лечения. Выбор препарата «Иберогаст» обусловлен тем, что препарат действует разнонаправленно на многие патогенетические меха-

низмы СРК, уменьшая гиперсенситивность слизистой желудка и кишечника, оказывает спазмолитическое или тонизирующее действие, а также противовоспалительное действие, что актуально у пациентов с постинфекционной формой СРК. В исследуемой группе 27 пациентов с СРК принимали иберогаст по 20 капель 3 раза в день в течение 4 недель. Эффективность препарата была оценена по степени выраженности симптомов заболевания до и после лечения.

**Результаты.** Ослабление болевого синдрома имело место после 4 недель приема иберогаста у 85% пациентов (23 из 27 вошедших в исследование). Кроме того, отмечено стихание других симптомов (вздутия живота, урчания в животе, различных нарушений консистенции стула и частоты дефекаций) у 75% пациентов.

**Выводы.** Иберогаст обладает достаточно высокой эффективностью (с учетом возможного в том числе плацебо-эффекта) и рекомендуется для применения в клинической практике лечения пациентов с СРК.

### 115. Иберогаст при функциональной диспепсии

Старостин Б.Д., Старостина Г.А.

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

**Цель исследования:** оценить эффективность нового фитотерапевтического препарата «Иберогаст» при функциональной диспепсии.

**Материалы и методы.** В 1-й исследуемой группе пациенты с верифицированной функциональной диспепсией (постпрандиальный дистресс-синдром) принимали иберогаст по 20 капель × 3 раза в день в течение 4-х недель. Во 2-й исследуемой группе пациенты с верифицированной функциональной диспепсией (эпигастральный болевой синдром) также принимали иберогаст по 20 капель × 3 раза в день в течение 4-х недель. Диагноз верифицирован в соответствии с Римскими диагностическими критериями III. У всех пациентов для исключения эрозивно-язвенных повреждений слизистой желудка и двенадцатиперстной кишки проводилась фиброгастродуоденоскопия. Иберогаст – комплексный фитотерапевтический препарат, содержащий спиртовой экстракт иберийки горькой, корней дягиля, цветков ромашки, плодов тмина и расторопши, листьев мелиссы, мяты перечной, травы чистотела, корней солодки, с доказанными различными воздействиями на желудочно-кишечный тракт (нормализация моторики, противовоспалительное, антибактериальное и другие) в соответствии с критериями GCP.

**Результаты.** В 1-й группе симптомы заболевания были устранены через 4 недели у 31 пациента из 37 (84%), а во 2-й группе – у 25 пациентов из 31 (81%). Препарат обладал хорошей переносимостью. Нежелательные явления (НЯ) встречались лишь у 4 из 68 пациентов обеих групп, вошедших в исследование (5,9%). Все НЯ после отмены препарата полностью исчезали.

**Выводы.** Иберогаст, обладающий высокой эффективностью и безопасностью у пациентов с различными вариантами функциональной диспепсии, может быть рекомендован к использованию наряду с другими известными препаратами для лечения функциональной диспепсии.

### 116. Клиническая значимость фекального кальпротектина у пациентов с воспалительными заболеваниями кишечника

Старостин Б.Д., Старостина Г.А.

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

**Цель исследования:** оценить значимость фекального кальпротектина (ФК) для верификации воспалительных заболеваний кишечника (ВЗК), прогнозирования рецидива ВЗК (болезнь Крона или язвенный колит) и оценки эффективности проводимого лечения у пациентов с установленным ВЗК.

**Материалы и методы.** Показатели ФК были определены у 201 пациента с клинической симптоматикой заболевания кишечника. При этом определение фекального кальпротектина использовано как скрининговый тест. Диагноз синдрома раздраженного ки-

щечника (СРК) верифицирован в последующем в соответствии с Римскими диагностическими критериями III. Диагноз ВЗК установлен в соответствии с эндоскопическими и гистологическими данными. Показатели ФК были определены в процессе наблюдения в течение 3 лет у пациентов с болезнью Крона (n=17) и язвенным колитом (n=36), а также в процессе фармакологического лечения пациентов с ВЗК.

**Результаты.** Для ВЗК повышенные значения ФК соответствовали более чем 3-5-кратному увеличению. В ряде случаев повышенные значения ФК соответствовали перенесенной недавно острой кишечной инфекции или наблюдались у пациентов с СРК (постинфекционная форма), но в этих случаях имело место не более чем 2-2,5-кратное увеличение. Увеличение ФК у пациентов с ВЗК в процессе наблюдения даже в период клинической ремиссии свидетельствовало о скором обострении. Усиление противовоспалительной терапии в этот период оказывало превентивное действие. Повышенные показатели ФК коррелировали с данными колоноскопии, что предупреждало несвоевременное (раннее) проведение контрольной колоноскопии.

**Выводы.** Определение ФК имеет огромное значение в процессе дифференциальной диагностики, наблюдения и определения адекватности проводимого лечения у пациентов с ВЗК.

### 117. Комбинированная медикаментозная терапия пищевода Барретта

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

**Цель исследования:** оценить комбинированную медикаментозную терапию у пациентов с пищеводом Барретта (ПБ).

**Материалы и методы.** В исследуемой группе (n=33) пациенты с подтвержденным гистологически истинным ПБ принимали пантопрозол (санпраз) 0,04 г 2 раза в день, маалокс по 15 мл 3 раза через 40-60 минут после приема пищи и 4-й раз перед сном плюс ацетилцистеин (АЦЦ) в качестве антиоксидантного препарата по 200 мг 2 раза в день в течение 8 недель. В последующем интенсивность кислотосупрессивной терапии определялась в зависимости от данных 24-часового рН-мониторирования (процент общего времени с рН<4, количество гастроэзофагеальных рефлюксов и их продолжительность, кислотный индекс пищевода и желудка). У некоторых пациентов при наличии клинических признаков нарушенной моторики верхних отделов желудочно-кишечного тракта к лечению добавлялся итотрида гидрохлорид (ганатон) 0,05 г 3 раза в день 1 месяц.

**Результаты.** Гистологический контроль биоптатов слизистой пищевода не выявил динамику площади ПБ (ни в сторону уменьшения, ни в сторону увеличения). Отчетливо отмечалась положительная динамика симптомов гастроэзофагеальной рефлюксной болезни, уменьшение выраженности расширенных межклеточных пространств (РМП) в эпителии пищевода, определенных при световой микроскопии. РМП не достигали нормальных величин даже через 1 год наблюдения пациентов (без симптомов ГЭРБ), что указывает о целесообразности продолжения антирефлюксной терапии.

**Выводы.** Медикаментозная терапия пищевода Барретта требует комплексного подхода с учетом патогенетических механизмов возникновения и поддержания ГЭРБ и требует динамического наблюдения.

### 118. Пруклоприд в лечении хронического запора

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

**Цель исследования:** оценить эффективность нового агониста 5HT<sub>4</sub> серотониновых рецепторов у пациентов с хроническим запором.

**Материалы и методы.** Многочисленные данные свидетельствуют о неудовлетворенности значительной части пациентов с хроническим запором проводимым общепринятым лечением (лактолоза, полиэтиленгликоль). В исследуемой группе (n=13) пациенты с

хроническим запором (в соответствии с Римскими диагностическими критериями III) принимали пруклоприд (резолор) 0,002 г × 1 раз в день в течение 4 недель. В контрольной группе (n=51) пациенты принимали лактулозу 30 мл × 1 раз в день. У всех пациентов была проведена фиброколоноскопия для исключения органической природы заболевания. Всем пациентам были даны рекомендации по изменению образа жизни: адекватная физическая нагрузка, соблюдение питьевого режима и достаточное количество клетчатки в суточном рационе.

**Результаты.** Нормализации частоты стула удалось достигнуть у 11 из 13 пациентов – 85% в 1-й группе при приеме резолора и у 23 принимавших лактулозу пациентов из 51 – 45%, различия статистически значимы (p<0,001). Динамика улучшения качества жизни была статистически значимо сильнее в группе пациентов, принимавших резолор (p<0,01). Частота дефекаций за неделю в 1-й группе 6,7 против 3,7 во второй группе, p<0,001.

Наиболее частым нежелательным явлением (НЯ) при приеме лактулозы было вздутие живота, повышенное газообразование, а при приеме резолора – головные боли. Суммарно НЯ статистически значимо встречались чаще при использовании лактулозы – 48% против 15% при приеме резолора.

**Выводы.** Резолор обладает более высокой эффективностью и безопасностью в сравнении с традиционным лечением хронического запора лактулозой.

### 119. Рефрактерная гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь

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

**Цель исследования:** выявить факторы, влияющие на возникновение рефрактерной гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (ГЭРБ).

**Материалы и методы.** Проведен ретроспективный анализ 157 пациентов с рефрактерной ГЭРБ, у которых, несмотря на двукратный прием ингибитора протонной помпы (ИПП), сохранялись симптомы ГЭРБ. Оценена адекватность дозы ИПП, правильность назначения ИПП, наличие рН-метрического контроля.

**Результаты.** Анализ рефрактерных пациентов показал, что среди таких пациентов, направленных врачами общей практики, очень часто встречалось неправильное назначение ИПП по отношению к приему пищи, а чаще всего адекватная рекомендация по приему ИПП за 30-60 минут до завтрака просто отсутствовала. У каждого второго рефрактерного пациента по данным 24-часового рН-мониторирования отмечались признаки ГЭРБ, что требовало применения большей дозы ИПП. На фоне приема ИПП отсутствие контроля желудочной секреции (слабый кислотосупрессивный эффект или его отсутствие) наиболее часто встречалось при использовании препаратов группы омепразола. В таких случаях осуществлялся переход к рабепразолу (париет) или пантопрозолу (санпраз), что приводило к устранению симптомов заболевания. Адекватность применения ингибитора протонной помпы (париет или санпраз) подтверждалась данными 24-часового рН-мониторирования и обоснованного применения в динамике «step down» терапии.

**Выводы.** Рефрактерная ГЭРБ – распространенное состояние, требующее всесторонней оценки пациента.

### 120. Ропрен при неалкогольном жировом заболевании печени

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

В связи с большим эпидемиологическим значением неалкогольных жировых заболеваний печени и недостаточностью базы доказательств эффективного их лечения, ведется активный поиск новых препаратов.

**Цель исследования:** оценить эффективность нового гепатопротекторного препарата «Ропрен» при неалкогольном жировом заболевании печени (неалкогольный стеатогепатит – НАСГ).

**Материалы и методы.** Исследуемую группу составили 11 пациентов с подтвержденным в соответствии с общепринятыми критериями НАСГ. У всех 11 пациентов наблюдались нарушенные функции печени (синдром цитолиза – увеличение уровня аланинаминотрансферазы – АЛТ, гаммаглутамилтранспептидазы – ГГТП) и сонографические изменения. Препарат «Ропрен» создан на основе полипренолов.

**Результаты.** Контроль функционального состояния печени не выявил положительной динамики АЛТ, ГГТП. Средние показатели АЛТ, ГГТП по группе практически не отличались в начале лечения и после проведенного 8-недельного курса. Лишь у 1 пациента отмечено отчетливое улучшение показателей АЛТ. Не отмечено и клинического улучшения у 9 из 11 пациентов. Только двое пациентов отмечали улучшение симптомов заболевания. Учитывая отсутствие должного положительного эффекта, было принято решение отказаться от дальнейшего применения препарата «Ропрен» как гепатопротектора у пациентов с НАСГ. Низкая эффективность препарата не увязывалась с высокой стоимостью курсового лечения этим препаратом, применение его существенно уступало по лечебной и экономической эффективности таким препаратам, как урсодезоксихолевая кислота 0,25 г × 3 раза в день (урсофальк, урсодекс) или витамин Е по 400 МЕ × 2 раза в день.

**Выводы.** Небольшое количество пациентов исследуемой группы не позволяет вынести окончательное решение, но следует отметить низкую клинико-экономическую эффективность ропрена при НАСГ.

#### 121. Сравнительная эффективность санпраза и омеза при ГЭРБ

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

**Цель:** оценить эффективность пантопразола и омепразола, использованных в эквивалентных дозах, у пациентов с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью (ГЭРБ).

**Материалы и методы:** 45 пациентов с ГЭРБ, у которых до начала и после проведенного курса лечения определялись выраженность симптомов в баллах, общепринятые параметры 24-часового рН-мониторирования пищевода и желудка, а также кислотный индекс пищевода (КИП) и желудка (КИЖ). В первой группе (n=23) пациенты принимали пантопразол (санпраз) 40 мг × 1 раз в день, а во второй (n=22) – омепразол (омез) 20 мг × 1 раз в день в течение 4 недель. Сравнимые группы не имели значимых различий по возрастно-половому и другим критериям, которые могли бы оказать влияние на конечные результаты исследования (в том числе выраженность повреждения слизистой пищевода).

**Результаты.** Выращенность симптомов соответственно в 1-й и 2-й группах до лечения  $M_{cp1} = 3,21 \pm 0,11$  и  $M_{cp2} = 3,18 \pm 0,09$ , а на 28-й день  $0,29 \pm 0,07$  и  $0,47 \pm 0,10$  (различия значимы,  $p < 0,05$ ). Процент общего времени с  $pH < 4$ , число рефлюксных эпизодов, число рефлюксных эпизодов продолжительностью более 5 минут, средний pH в пищеводе, индекс De Meester в 1-й и 2-й группах до лечения не имели статистически значимых различий. КИП в 1-й группе составил  $1,73 \pm 0,55$  против  $1,75 \pm 0,57$  во 2-й группе. После четырехнедельного курса лечения КИП<sub>1</sub> против КИП<sub>2</sub> соответственно  $0,005 \pm 0,001$  против  $0,14 \pm 0,05$  (различия значимы,  $p < 0,01$ ).

**Выводы.** Более высокая эффективность санпраза в устранении симптомов у пациентов с ГЭРБ в сравнении с омезом объясняется более сильным кислотосупрессивным действием.

#### 122. Флоролакт при проведении антихеликобактерной терапии

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

**Цель исследования:** оценить влияние флоролакта на развитие нежелательных явлений при проведении антихеликобактерной терапии, а также на эрадикацию *Helicobacter pylori* (Н.р.).

**Материалы и методы.** В 1-й группе пациенты с язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки или желудка, хроническим гастродуоденитом, ассоциированными с Н.р., получали стандартный вариант последовательной терапии: санпраз 40 мг 2 раза в день – 10 дней, амоксициллин (флемоксин) 1,0 г 2 раза в день – 5 дней, а с 6-го дня лечения кларитромицин (фромилит) плюс тинидазол, каждый препарат по 0,5 г 2 раза в день – 5 дней. На фоне проведения данного варианта терапии пациенты принимали пребиотик «Флоролакт» по 1 пакету 2 раза в день. Пациенты 2-й группы получали только аналогичный анти-Н.р. режим без флоролакта. Оценены эрадикация Н.р. у всех вошедших и закончивших исследование, а также нежелательные явления, связанные с приемом антибактериальных препаратов.

**Результаты.** В 1-й группе при использовании флоролакта на фоне антихеликобактерной терапии эрадикация Н.р. наблюдалась у 48 из 56 вошедших в исследование (86%) и у 48 из 53 закончивших исследование (91%).

Во 2-й группе при проведении антихеликобактерного режима без флоролакта эрадикация Н.р. имела место у 31 из 39 вошедших в исследование пациентов (79%) и у 31 из 36 закончивших исследование (86%). Появление антибиотикоассоциированной диарей (ААД) отмечено соответственно у 2 пациентов в 1-й группе (3,6%) против 4 пациентов без приема флоролакта (11%), различия между группами статистически значимы ( $p < 0,01$ ).

**Выводы.** Введение пребиотика «Флоролакт» существенно (статистически значимо) снижает частоту ААД и незначительно повышает эрадикацию Н.р. (статистически незначимо).

#### 123. Флоролакт при хроническом запоре

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

**Цель исследования:** оценить применение флоролакта у пациентов с хроническим запором.

**Материалы и методы.** Исследуемую группу составили 37 пациентов с хроническим запором, которые на фоне применения полиэтиленгликоля (препарат «Форлак») использовали флоролакт по 1 пакету 2 раза в день. Особенностью флоролакта является сочетание трех видов полисахаридов (гуммиарабик, фруктоолигосахариды и лактитол), что оказывает комплексное влияние и обуславливает пребиотическое, мукопротективное и прокинетиическое действия. В контрольной группе пациенты (n=37) с хроническим запором принимали только форлак по 1 пакету 2 раза в день. Лечебный курс продолжался в течение 4 недель. Верификация диагноза «хронический запор» проводилась в соответствии с Римскими диагностическими критериями III.

**Результаты.** В исследуемой группе у пациентов, которые принимали форлак на фоне приема флоролакта, достигнуть регулярного стула с частотой дефекаций более 3 раз в неделю удалось у 72% (27 из 37 пациентов), тогда как в контрольной группе при приеме только форлакса регулярный стул отмечался у 15 из 29 пациентов – 52%; различия статистически значимы ( $p < 0,01$ ).

**Выводы.** Флоролакт – эффективный компонент в комплексной терапии хронического запора.

#### 124. Иммуноморфология биоптатов слизистой оболочки прямой и сигмовидной кишки при пищевой аллергии у детей

Субботина О.А., Сурикова О.А.  
НИО проблем педиатрии НУКЦ «Здоровый ребенок»,  
Первый МГМУ им. И.М. Сеченова, Москва, Россия

**Целью работы** было изучение состояния местного иммунитета у детей с воспалительными изменениями слизистой, выявленными при левосторонней колоноскопии с биопсией.

**Материал и методы.** Дети в возрасте от 1,5 до 14 лет были разделены на две группы: первая без атопии в анамнезе (10 детей) и вторая с атопическим дерматитом, имеющим доказанную сенсibilизацию к пищевым аллергенам.

**Результаты проведенных исследований** показали, что у детей с пищевой аллергией статистически достоверно было увеличено

число межэпителиальных лимфоцитов в поверхностном эпителии – (20,43±0,87)% против (14,64±0,54)%,  $p < 0,003$ ; межэпителиальных лимфоцитов в эпителии крипт – (15,85±0,41)% против (12,47±0,28)%,  $p < 0,001$ ; бокаловидных клеток в поверхностном эпителии – (10,11±0,29)% и (8,85±0,41)% соответственно,  $p < 0,01$ ; бокаловидных клеток в эпителии крипт – (31,39±1,12)% и (42,4±1,1)% соответственно,  $p < 0,001$ ; эозинофилов 389,37±1,12 против 187±17,  $p < 0,002$ ; IgE-продуцирующих клеток – 399±58 и 182±24,  $p < 0,006$ ; количество тучных клеток в слизистой оболочке кишки у детей с атопией составило 305±31, а в группе сравнения 193±14,  $p < 0,03$ , причем число дегранулированных тучных клеток составило 88±17 против 49±4,  $p < 0,05$ .

**Выводы.** Полученные результаты показывают, что у детей с проктосигмоидитом, обусловленным пищевой аллергией, показатели местного иммунитета имеют достоверные и существенные различия не только по числу IgE-продуцирующих клеток, тучных клеток и эозинофилов, но и по числу межэпителиальных лимфоцитов, которые, могут выполнять функцию антигенпродуцирующих клеток. И, наконец, повышенное количество бокаловидных клеток говорит, по всей вероятности, о том, что в патологическом процессе участвуют все клетки, обеспечивающие иммунологическую толерантность слизистых оболочек.

## T

### 125. Интерферогенная активность производных мурамилдипептида синтетического происхождения

Тимошок Н.А.<sup>1</sup>, Чейпеш А.В.<sup>1</sup>, Лазаренко Л.М.<sup>1</sup>, Чирва В.Я.<sup>2</sup>, Спивак М.Я.<sup>1</sup>

Институт микробиологии и вирусологии им. Д.К. Заболотного НАН Украины, Киев, Таврический национальный университет им. В.И. Вернадского, Украина, e-mail: Timoshok@serv.imv.kiev.ua

**Цель работы:** исследование интерферогенной активности синтетических производных МДП –  $\beta\text{C}_7\text{H}_{15}$  МДП и  $\beta\text{C}_{16}\text{H}_{33}$  МДП, а также стандартного препарата МДП «Serva».

Внутрибрюшинное введение синтетических МДП дважды с интервалом в 24 ч в дозе 10 мкг/мышь сопровождалось стимулирующей синтезу ИФН, максимальный уровень которого определяли через 24 ч после индукции. При этом наблюдались различия в динамике продукции сывороточного ИФН. Так, в ответ на введение амфифильного соединения –  $\beta\text{C}_7\text{H}_{15}$  МДП в сыворотке крови животных отмечали ИФН на 8 ч наблюдения и весьма заметную продукцию ИФН в течение 48 часов. При введении липофильного препарата  $\beta\text{C}_{16}\text{H}_{33}$  МДП максимальный уровень ИФН в циркуляции отмечали через 24 ч после индукции. Достигнутый уровень ИФН поддерживался в течение 72 ч, возвращаясь к исходному только на 4-е сутки. Интерферогенная активность препаратов сопровождалась активацией системы фагоцитов и натуральных киллеров (НК). Следует отметить, что введение мышам МДП природного и синтетического происхождения сопровождалось также повышением уровня фактора некроза опухоли в сыворотке крови опытных мышей.

Поскольку представленные производные МДП природного и синтетического происхождения малотоксичны, неиммуногенны, выявляют выраженную интерферогенную активность с гарантированной способностью воздействовать на фагоциты и НК, они имеют значительные перспективы как потенциальные препараты с иммунорегуляторными эффектами.

### 126. Препараты на основе артишока и расторопши при дисфункции сфинктера Одди и неалкогольной жировой болезни печени

Ткаченко Е.И., Авалуева Е.В., Сказываева Е.В., Иванов С.В., Медведова О.И., Лапинский И.В.

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

**Цель исследования:** оценка клинической эффективности БАД к пище «Холесенол Артишок», содержащей активные вещества – экстракт листьев артишока и экстракт расторопши пятнистой, и

«Холесенол», в состав которой входят натуральный мед, янтарная кислота, аскорбиновая кислота, отвары грецкого ореха, плодов шиповника, цветков пижмы, ромашки, календулы и корня одуванчика.

**Материалы и методы.** В исследование были включены 45 пациентов с функциональными нарушениями билиарного тракта и неалкогольной жировой болезнью печени. 20 пациентов получали лечение препаратами «Холесенол Артишок» и «Холесенол», 15 – препаратом «Холесенол Артишок», 10 пациентов получали препарат сравнения «Хофитол». В ходе исследования проводился опрос пациентов для учета жалоб и сбора анамнеза, клинический и биохимический анализы крови, анализ копрограммы, бактериологическое исследование содержимого толстой кишки, УЗИ печени и билиарного тракта.

**Результаты исследования.** После курса лечения отмечено снижение частоты встречаемости субъективных проявлений заболевания (более и тяжести в правом подреберье, изжоги, отрыжки, тошноты, горечи во рту и нарушений стула) во всех группах. У всех пациентов не было отмечено изменений печеночных и почечных проб по сравнению с исходными значениями. Во всех группах наблюдения была отмечена тенденция к нормализации размеров печени у пациентов с гепатомегалией и нормализация моторики желчевыводящих путей.

Результаты исследования свидетельствуют об эффективности БАД к пище «Холесенол Артишок» в капсулах, назначаемой в течение 1 месяца по 1 капсуле однократно в сутки в качестве монотерапии или в комбинации с препаратом «Холесенол» (сироп) при лечении больных с патологией гепатобилиарной системы.

### 127. Нарушение моторно-эвакуаторной функции органов пищеварения у больных СРК

Ткаченко Е.И., Орешко Л.С., Шабанова А.А., Журавлева М.С.

СЗГМУ им. И.И. Мечникова, Санкт-Петербург, Россия, e-mail: oreshkol@yandex.ru, nusenk@mail.ru

В настоящее время проблема нарушений моторно-эвакуаторной функции пищеварительного тракта у больных СРК является весьма актуальной. Эти нарушения занимают значительное место в развитии клинической симптоматики у больных СРК. По данным отечественных и зарубежных авторов частота нарушений моторной функции ЖКТ при различных заболеваниях органов пищеварения составляет от 10% до 98,2% [Черняквич С.А., 1998; Wung X., 2003; Riezzo G., 2009; Kamiya T., 2009].

**Цель исследования:** изучение моторно-эвакуаторной деятельности отделов пищеварительного тракта у больных СРК.

**Материал и методы исследования.** Под наблюдением находились 23 пациента с СРК (из них с диареей 11, с констипацией 12) в возрасте от 18 до 68 лет, 15 женщин и 8 мужчин. Всем пациентам проводилась периферическая электрогастроэнтерография с помощью гастроэнтеромонитора «Гастроскан ГЭМ-01» (НПО «Исток-Система», г. Фрязино) согласно разработанной методике в стандартном режиме.

**Результаты.** Анализ данных показал, что у 16 (69%) пациентов СРК с диарейным и констипационным синдромами выявлены признаки гастроэзофагеального рефлюкса как нотошак, так и после стандартной пищевой стимуляции. У 8 (35%) пациентов при тощачковом исследовании и после стандартной пищевой стимуляции выявлены признаки дуоденогастрального рефлюкса. У 14 (61%) больных обеих групп выявлен гипертонус желудка и ДПК нотошак. По данным вейвлет-анализа пиковые повышения амплитуд тощей, подвздошной и толстой кишок наблюдали у 9 (39%) больных с констипацией и у 4 (17%) больных с диареей. Повышенные показатели амплитуд свидетельствовали о спастическом сокращении указанных отделов. После стандартной пищевой стимуляции регистрировали снижение К-ритмичности у 6 (54%) больных с диареей, что указывало на ускоренную эвакуацию по типу «быстрого сброса»; избыточное повышение К-ритмичности преимущественно подвздошной и толстой кишки – у 7 (58%) больных с констипацией, что свидетельствовало о замедлении эвакуации содержимого.

**Выводы.** У обследованных с различными формами СРК выявлены функциональные нарушения моторно-эвакуаторной функции верхних и нижних отделов ЖКТ. Указанные изменения моторики сопровождались как повышением, так и снижением тонуса гладкой мускулатуры различных отделов пищеварительного тракта, что указывает на необходимость подбора препаратов спазмолитического и прокинетики действия с учетом выявленных нарушений моторики.

**128. Сравнительная оценка содержания токсикантов в биосредах организма у детей с билиарной дисфункцией в условиях различного воздействия химических веществ антропогенного происхождения**  
Толмачева О.Г., Голованова Е.С., Аминова А.И.  
Пермская ГМА им. акад. Е.А. Вагнера, Федеральный научный центр медико-профилактических технологий управления рисками здоровью населения, Пермь, Россия

**Цель работы:** сравнить содержание токсикантов в биосредах организма (кровь, желчь, моча) у детей с билиарной дисфункцией (БД) в условиях различного воздействия химических веществ антропогенного происхождения.

**Материал и методы.** Обследованы 303 ребенка. В основной группе (О) – 204 ребенка, проживающих в условиях неблагоприятного воздействия среды обитания, в группе сравнения (С) – 99 детей, проживающих в условиях относительно благополучной санитарно-гигиенической ситуации. Химико-аналитическое исследование включало определение содержания в крови, желчи и моче металлов и органических соединений с помощью атомно-абсорбционной спектрофотометрии, жидкостной и газовой хроматографии.

**Результаты.** В крови детей (О) группы выявлялись формальдегид, фенол, марганец, хром (VI), свинец в концентрациях, существенно превышающих референтные уровни ( $p < 0,001$ ) и аналогичные показатели в группе (С) ( $p < 0,02$ ). У детей с БД группы (О) в отличие от детей группы (С) значительно снижается содержание меди, марганца, свинца и толуола ( $p < 0,05$ ) и увеличивается концентрация цинка и формальдегида в печеночной фракции желчи ( $p < 0,05$ ). Выведение цинка с мочой у детей группы (О) не нарушается, а меди, марганца, хрома и никеля увеличивается в 1,3–2 раза ( $p < 0,05$ ) в отличие от группы (С). Низкое содержание цинка в крови у больных с БД группы (О) – ( $5,257 \pm 0,186$ ) и ( $7,000 \pm 0,234$ ) мг/дм<sup>3</sup>,  $p < 0,001$ ) сочетается с нормальным его уровнем в моче и почти двукратным увеличением его концентрации в желчи ( $2,452 \pm 0,335$  и  $1,603 \pm 0,196$ ,  $p < 0,05$ ) в отличие от детей группы (С), что подчеркивает несомненную роль усиленной печеночной экскреции цинка в возникновении цинкдефицитного состояния. У детей с БД в условиях негативного воздействия внешней среды в отличие от группы (С) отмечается существенный дефицит меди и цинка на фоне превышения в крови референтных концентраций фенола, м-крезола, марганца, хрома (VI), свинца, обусловленных, по-видимому, значительным снижением их фильтрации и транспорта в печени и отсутствием компенсаторного усиления выведения их с мочой.

**129. Эффективность применения персонализированных рационов питания у больных с неалкогольной жировой болезнью печени**  
Топильская Н.В.<sup>1,2</sup>, Селезнева К.С.<sup>1</sup>, Нефедова Е.А.<sup>3</sup>, Исаков В.А.<sup>1</sup>, Каганов Б.С.<sup>1,2</sup>  
<sup>1</sup>НИИ питания РАМН, <sup>2</sup>РМАПО, <sup>3</sup>ООО «Семейная поликлиника № 3», Москва, Россия, e-mail: topilnat@mail.ru

**Введение.** Развитие НАЖБП тесно связано с ожирением и инсулинорезистентностью. Мероприятия, направленные на снижение массы тела и выраженности инсулинорезистентности, представляются наиболее эффективными.

**Цель:** оценить эффективность персонализированной диеты с контролируемым содержанием белка, жиров и углеводов у пациентов с НАЖБП.

**Материалы и методы.** В исследование были включены 398 пациентов с НАЖБП (мужчин 183, женщин 215), средний возраст

( $44,9 \pm 11,8$ ) года. Всем пациентам после проведения антропометрических измерений, определения количества жировой массы и ИИР НОМА назначалась персонализированная диета. Группу контроля составили 60 пациентов с НАЖБП, которым диетотерапия не назначалась.

**Результаты.** Через 12 мес лечения у 73% отмечалось снижение массы тела на 10% и более, у 21% – на 5–10%, у 6% снижение веса составило менее 5% от исходной величины. В контрольной группе вес сохранялся. Снижение массы тела пациентов основной группы достоверно отличалось по сравнению с контролем, средняя масса тела по группам составила ( $97,3 \pm 6,1$ ) кг и ( $124,4 \pm 7,8$ ) кг соответственно ( $p = 0,00003$ ). ИМТ и ОТ/ОБ также имели достоверные отличия с контрольной группой ( $p = 0,004$  и  $p = 0,0032$ , соотв.). ИИР НОМА после лечения в основной группе составил 3,01 и достоверно отличался от исходных показателей ( $p = 0,005$ ). В контрольной группе, наоборот, отмечалось незначимое повышение показателя ИИР НОМА.

**Выводы.** Применение персонализированной диеты с контролируемым содержанием белка, жиров и углеводов у пациентов с НАЖБП приводит к значительной редукации массы тела за счет жирового компонента, снижению ИМТ, индекса ОТ/ОБ, а также выраженности инсулинорезистентности.

**130. Фактическое питание больных неалкогольной жировой болезнью печени на догоспитальном этапе**  
Топильская Н.В.<sup>1,2</sup>, Селезнева К.С.<sup>1</sup>, Нефедова Е.А.<sup>3</sup>, Чедия Е.С.<sup>2</sup>, Каганов Б.С.<sup>1,2</sup>  
<sup>1</sup>НИИ питания РАМН, <sup>2</sup>РМАПО, <sup>3</sup>ООО «Семейная поликлиника № 3», Москва, Россия, e-mail: topilnat@mail.ru

**Цель работы:** провести качественную и количественную оценку питания в домашних условиях у больных НАЖБП.

**Материалы и методы.** В исследование были включены 398 пациентов с НАЖБП – 281 с жировым гепатозом и 117 с неалкогольным стеатогепатитом. Всем пациентам проводили оценку фактического питания методом частотного анализа (с помощью компьютерной программы «Анализ состояния питания человека», версия 1.2 ГУ НИИ питания РАМН, 2003–2005 гг.).

**Результаты.** При анализе фактического питания 398 пациентов с НАЖБП в домашних условиях установлено, что питание характеризовалось повышенной калорийностью: ЭЦ составила ( $3245 \pm 1210$ ) ккал/сут. При этом употребление белков составляло ( $108,3 \pm 49,9$ ) г/сут, жиров – ( $157,4 \pm 60,0$ ) г/сут, углеводов – ( $350,2 \pm 197,5$ ) г/сут, что значительно превышало рекомендуемые значения. Состав жирового компонента рациона характеризовался избыточным потреблением НЖК – ( $47,9 \pm 23,5$ ) г/сут и  $\omega$ -6 ПНЖК – ( $37,8 \pm 19,8$ ) г/сут, избыточным потреблением рафинированных углеводов – ( $119,8 \pm 69,8$ ) г/сут и недостаточным потреблением крахмала – ( $153,1 \pm 131,7$ ) г/сут. В группе пациентов с НАСГ было установлено достоверно большее потребление насыщенных жирных кислот – ( $54,3 \pm 27,5$ ) г и ( $41,8 \pm 17,0$ ) г,  $p = 0,025$ , холестерина – ( $308,4 \pm 227,7$ ) мг и ( $204,9 \pm 86,6$ ) мг,  $p = 0,008$ , моно- и дисахаридов – ( $56,6 \pm 32,9$ ) г и ( $34,1 \pm 17,2$ ) г,  $p = 0,0014$  и меньшее потребление витамина А – ( $270,1 \pm 95,3$ ) мкг и ( $671,6 \pm 115,7$ ) мкг,  $p = 0,00013$ , чем в группе пациентов с жировым гепатозом.

**Выводы.** Фактическое питание пациентов с НАЖБП характеризуется повышением общей калорийности рациона. Особенности питания больных НАСГ является достоверно большее потребление НЖК, холестерина, простых углеводов за счет моно- и дисахаридов, сниженное потребление сложных углеводов и витамина А.

**131. Влияние мультипробиотика «Симбитер®» на состав продуктов перекисного окисления липидов в слизистой оболочке желудка крыс разного возраста**  
Торгало Е.А., Остапченко Л.И.  
Киевский национальный университет им. Тараса Шевченко, Украина, e-mail: alisa210@meta.ua

**Цель исследования.** Учитывая современные данные о нарушениях микрофлоры кишечника с возрастом [Salmon A.B., 2010], важно

исследовать состояние ПОЛ в слизистой оболочке желудка крыс, которым для поддержания микрофлоры кишечника и иммунитета на протяжении 12 месяцев вводили мультипробиотик.

**Материалы и методы.** Исследования проведены на 40 белых крысах, которые были разбиты на 2 группы. Крысам контрольной группы в возрасте 1,5; 4,5; 7,5 и 9,5 месяцев в течение 10 дней перорально вводили 0,5 мл водопроводной воды. Крысам опытной группы в первые 10 дней после рождения ежедневно в ротовую полость вводили 1 каплю мультипробиотика. В последующем этим крысам в возрасте 1,5; 4,5; 7,5 и 9,5 месяцев в течение 10 дней перорально вводили мультипробиотик (0,14 мл/кг), растворенный в 0,5 мл воды. В возрасте 3, 6, 9 и 12 месяцев из каждой группы крыс отбирали по 5 животных, которых умерщвляли летальной дозой уретана. Содержание диеновых конъюгатов (ДК) определяли в гептан-изопропанольном экстракте, шиффовы основания (ШО) – флуорометрическим методом. Статистическую обработку результатов проводили общепринятыми методами вариационной статистики.

В тканях внутренних органов содержание ПОЛ зависело от возраста животных. В гомогенате слизистой оболочки желудка крыс двенадцатимесячного возраста содержание ДК, ШО по сравнению с крысами трехмесячного возраста возросло на 31,0% ( $p < 0,05$ ), 40,1% ( $p < 0,05$ ) и на 21,0%. В процессе онтогенеза происходит увеличение уровня продуктов ПОЛ, а введение мультипробиотика «Симбитер®» нормализует окислительно-антиоксидантный баланс.

## У

### 132. Препараты «похудания» вместе с физическими нагрузками не предотвращают ожирения на фоне рациона, обогащенного легко усваиваемыми углеводами и жирами

Учитель М.Л.<sup>1,2</sup>, Трунин Р.А.<sup>2</sup>, Гришина Е.В.<sup>1</sup>, Дынник В.В.<sup>1</sup>, Симонова М.А.<sup>1</sup>, Васильева А.А.<sup>1</sup>, Ермаков А.М.<sup>1</sup>, Богданова Л.А.<sup>1</sup>, Маевский Е.И.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Институт теоретической и экспериментальной биофизики РАН, Пущино, <sup>2</sup>ООО «ЭкоМедСервис», Тула, Россия, e-mail: eim11@mail.ru

**Цель исследования:** проверка представлений о возможности предотвращения ожирения путем увеличения физических нагрузок вместе с приемом активирующих метаболизм негормональных средств на фоне богатого жирами и углеводами рациона.

**Объект исследования:** 220 половозрелых самцов и самок беспородных белых мышей. Ожирение животных вызывали введением в стандартный рацион свиного жира (первая модель) или жира с употреблением слегка подслащенной глюкозой воды вместо обычной (вторая модель). В целом добавка к рациону составляла порядка 25% стандартного калоража. Животных еженедельно взвешивали и брали на исследование кровь. В течение 2 месяцев перед забоем группе животных давали различные композиции метаболитов, ускоряющие энергетический обмен (в том числе и средства, способствовавшие уменьшению веса при клинических испытаниях). Животные отдельной группы получали метаболические добавки и в течение 40 дней бегали на тредбане с возрастающими нагрузками: скорость выше 25 м/мин, длительность бега более 40 минут.

Животные на жировой диете существенно прибавляли в весе через 6-8 месяцев, на жире с подслащенной водой – уже через 2 месяца. Выяснилось, что избыток жира и углеводов в рационе не может быть компенсирован увеличением физических нагрузок и приемом метаболических добавок «похудания». Они лишь несколько сдерживали прибавку веса у самцов, но не у самок, не препятствовали ожирению, приросту подкожного и внутреннего жира, жировой инфильтрации печени, не обеспечивали позитивных сдвигов в глюкозном и липидном спектре крови (по содержанию глюкозы, холестерина, глицерина, триглицеридов и жирных кислот). Нагрузки сопровождались гипертрофией миокарда.

## Ф

### 133. Морфологическая оценка кист печени различной этиологии

Фрейд Г.Г., Живаева Е.В., Белякова Я.В., Кулакова Е.В.  
Пермская ГМА им. акад. Е.А. Вагнера,  
e-mail: gfreynd@mail.ru

**Цель исследования:** изучить морфологические особенности паразитарных (ПК) и непаразитарных кист (НПК) печени.

**Материал и методы.** Проведено морфологическое исследование операционного материала 71 больного. Гистологические препараты окрашивали гематоксилином и эозином по ван Гизону.

**Результаты.** Стенка капсулы НПК представлена фиброзной тканью. Кисты выстланы кубическим или цилиндрическим эпителием. В стенках кист нередко определяются конгломераты диспластичных кровеносных сосудов венозного или артериального типов, с кровоизлияниями в очагах ангиоматоза. Коегде обнаруживаются островки гепатоцитов, малодифференцированных клеток, тяжи билиарного эпителия. Малодифференцированные клетки (так называемые «овальные клетки») расположены вблизи билиарных структур или изолированно в портальных трактах в прилежащей к кистам ткани печени. В ткани печени отмечается фиброз, нередко – формирующиеся септы. В гепатоцитах – белковая и очаговая жировая дистрофия, встречается внутриклеточный холестаз. Нередко определяются элементы пластинки, комплексы фон Мейенбурга. Эхинококковые кисты (12 наблюдений) представлены крупными полостями до 8-10 см, внутри которых обнаруживаются дочерние кисты. При микроскопическом исследовании стенки паразитарных кист содержат многослойную хитиновую оболочку с внутренним зародышевым слоем и обилием сколексов. В ткани печени фиброз, скопления эозинофилов, лимфоцитов, макрофагов. Осложненные нагноением кисты различного происхождения характеризуются наличием большого количества лейкоцитов.

**Заключение.** Морфологическое исследование позволяет проводить дифференциальную диагностику паразитарных и непаразитарных кист печени. Непаразитарные кисты имеют дизонтогенетическое происхождение, доказательством чего являются нарушения тканевой дифференцировки в стенках кист – персистенция элементов эмбриональной дуктальной пластинки, дисплазия сосудов, наличие овальных клеток-предшественников.

### 134. Дифференциальная диагностика ахалазии кардии

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

Ахалазия кардии требует проведения дифференциальной диагностики с рядом заболеваний, основным клиническим проявлением которых является дисфагия. Наиболее частым из них упоминается рак пищевода или кардии. В большинстве случаев проведение ФГДС позволяет установить диагноз без особого труда, с одномоментным получением морфологической верификации.

При проведении дифференциальной диагностики ахалазии кардии с постожоговой стриктурой пищевода правильно собранный анамнез также позволяет установить точный диагноз.

Сложнее бывает при проведении дифференциальной диагностики ахалазии кардии и пептической стриктуры пищевода. При опросе пациента врач нередко выясняет наличие в анамнезе изжоги, что может быть расценено как проявление ГЭРБ, приведенное затем к развитию пептической стриктуры. В то же время утверждать это однозначно нельзя, так как ахалазия вполне могла развиваться на фоне ГЭРБ, и эти два заболевания могут быть не связаны друг с другом. Кроме того, при развитии ахалазии на фоне отсутствия нормальной функции кардиального сфинктера вполне возможно наличие заброса желудочного содержимого именно за счет уже упомянутой дисфункции кардии. Дальнейшее же прогрессирование заболевания устраняет изжогу и выводит на первое место дисфагию.

Для уточнения диагноза в данном случае очень большое значение приобретает полноценное и адекватное инструментальное обследование пищеводно-желудочного перехода: эндоскопическое (наличие поперечной складчатости слизистой), рентгенологическое (с-м писчего пера, мышинного хвостика), эзофагоманометрия (наличие увеличения пищеводно-желудочного градиента давления). Для подтверждения диагноза возможно также проведение пробного бужирования пищевода.

Конечно, следует помнить, что на фоне длительно существующей ахалазии, проведенных ранее курсов инструментального расширения кардии, неизбежно развитие в кардии рубцового процесса. Однако в данной ситуации речь идет уже не о первичном случае, и постановка диагноза облегчается наличием длительного анамнеза. Развитие же рубцового процесса на фоне ахалазии и сопутствующего ей воспалительного процесса при существовании застоя в пищеводе не столь значительно, чтобы вести к развитию стриктуры и самостоятельно обуславливать развитие дисфагии.

**Выводы.** Только полноценное обследование пациента, включающее в себя как полноценный сбор жалоб и анамнеза, так инструментальные методы исследования, позволяет установить достоверный диагноз у больных с ахалазией кардии.

## X

### 135. Аллергия и дисбактериоз – что первично

Хачатрян А.П., Абросимова Ю.С., Хачатрян А.А.  
Международная академия здоровья, Новосибирск, Россия,  
e-mail: narinebalance@ngs.ru

**Цель исследования:** определить причинно-следственную связь аллергии и дисбактериоза толстой кишки.

**Материал и методы исследования.** Обследованы 32 пациента (19 женщин и 13 мужчин) в возрасте от 22 до 56 лет. У 21 больного отмечался атопический дерматит с детства, у 8 больных диагностировалась аллергия на пищевые продукты, у 3 – бронхиальная астма инфекционно-аллергического характера. Всем больным проведено бактериологическое исследование кала на дисбактериоз. Проводилось восстановление кишечной микрофлоры по авторской и запатентованной методике.

**Результаты.** При бактериологическом исследовании у всех больных отмечены изменения баланса кишечной микрофлоры: резкое снижение количества кишечной палочки с нормальными ферментативными свойствами до уровня ниже  $10^7$  – у 32 больных; снижение количества бифидобактерий до уровня ниже  $10^7$  – у 8; снижение содержания лактобактерий до уровня ниже  $10^6$  – у 3; высеивалась патогенная микрофлора (протей, золотистый стафилококк, грибы рода кандиды) более  $10^5$  – у 12 больных. У всех больных в кале была обнаружена кишечная палочка с декарбоксилазной активностью выше 25%. После восстановления кишечной микрофлоры отмечалось полное выздоровление у 27 больных (84,4%); у 3 больных (9,4%) имело место улучшение состояния; у 2 (2,7%) – без изменений.

**Выводы.** Причиной аллергических заболеваний в исследуемой группе является дисбактериоз толстой кишки, характеризующийся появлением в кале кишечной палочки с декарбоксилазной активностью. Восстановление кишечной микрофлоры привело к полному выздоровлению больных с аллергией.

### 136. Роль дисбактериоза в патогенезе синдрома хронической усталости

Хачатрян А.П., Абросимова Ю.С., Хачатрян А.А.  
Международная академия здоровья, Новосибирск, Россия,  
e-mail: narinebalance@ngs.ru

**Цель исследования:** определить причинно-следственную связь между синдромом хронической усталости и дисбактериозом толстой кишки.

Существуют три основных гипотезы возникновения синдрома хронической усталости (СХУ): под влиянием инфекций; вследствие иммунодефицита; в результате отравления организма

нейротоксином. Однако ни одна из них в отдельности не нашла научно-клинического подтверждения.

**Материал и методы исследования.** Обследованы 120 больных. 70% из них составили женщины в возрасте от 28 до 45 лет, ведущие активный образ жизни. Диагноз СХУ был поставлен при наличии у больных комплекса симптомов (не менее 8): постоянная усталость, бессонница, боли в мышцах, суставах, головные боли, плохой аппетит, субфебрильная температура, понос или запор, депрессия или раздражительность.

**Результаты.** У всех больных были выявлены нарушения баланса кишечной микрофлоры, характеризующиеся резким уменьшением или отсутствием нормальной микрофлоры толстой кишки. В 10% случаев наблюдался рост дрожжевых грибков, у 20% больных отмечался рост условно патогенной и патогенной флоры. В результате лечения отмечалось стойкое клиническое выздоровление и улучшение лабораторных данных у 112 больных (93,3%).

**Выводы.** Исследования показали, что основной причиной СХУ в исследуемой группе явился дисбаланс кишечной микрофлоры, приводящий к иммунодефициту, нарушению обмена веществ, всасыванию в кровь продуктов неполного метаболизма, эндотоксикации организма. Восстановление баланса кишечной микрофлоры в 93,3% случаев привело к полному выздоровлению больных с синдромом хронической усталости.

### 137. Синдром раздраженной толстой кишки и дисбактериоз

Хачатрян А.П., Абросимова Ю.С., Хачатрян А.А.  
Международная академия здоровья, Новосибирск, Россия

**Цель исследования:** определить причинно-следственную связь синдрома раздраженной толстой кишки и дисбактериоза.

**Материал и методы исследования.** Обследованы 250 пациентов (190 женщин, 60 мужчин) в возрасте от 22 до 76 лет. Из них у 212 больных синдром раздраженной толстой кишки выражался в стойких запорах (стул 1 раз в 3-5 дней), у 38 наблюдались поносы (стул 5-8 раз в день). Отмечены жалобы на боли, вспучивание в области кишечника, повышенную утомляемость, отсутствие аппетита, раздражительность. Всем больным проведена колоноскопия, бактериологическое исследование кала на дисбактериоз и восстановление кишечной микрофлоры по авторской запатентованной методике.

**Результаты.** При колоноскопии у всех больных отмечались изменения слизистой толстой кишки воспалительного характера, резкое снижение количества кишечной палочки с нормальными ферментативными свойствами ниже  $10^7$  наблюдалось у 38 больных с поносами; у 250 имело место снижение содержания бифидобактерий ниже  $10^7$  и лактобактерий ниже  $10^6$ ; из них у 120 больных высеивалась патогенная микрофлора (протей, золотистый стафилококк, грибы рода кандиды) более  $10^5$ . После восстановления кишечной микрофлоры отмечалось восстановление нормального стула у 38 больных с поносами (100%) и у 225 больных (90%) с запорами; у 21 (8,4%) наблюдалось улучшение, у 4 (1,6%) – без изменений. При колоноскопии у всех больных отмечалось уменьшение и исчезновение гиперемии, при бактериограмме – восстановление нормофлоры толстой кишки. Одновременно купировались и другие клинические признаки заболевания.

**Выводы.** Исследования показали, что причиной синдрома раздраженной толстой кишки является дисбактериоз. Восстановление кишечной микрофлоры привело к восстановлению нормального стула и снятию воспаления слизистой толстой кишки.

### 138. Динамика показателей состава тела больных после гастрэктомии на фоне персонализированной диетотерапии

Хомичук А.Л., Шаховская А.К.  
НИИ питания РАМН, Москва, Россия

**Цель исследования:** оценить состав тела больных, перенесших гастрэктомию по поводу рака, на фоне диетотерапии.

**Материалы и методы.** Обследованы 50 пациентов: 26 мужчин и 24 женщины в возрасте от 32 до 82 лет (средний возраст

(63,0±11,9) года). Срок давности после операции составил от 3 до 24 месяцев. Пациенты были подразделены на 2 группы по 25 человек в каждой: 1-ю (основную) составили пациенты с белково-энергетической недостаточностью (БЭН) средней и тяжелой степени, 2-ю (контрольную) – больные с БЭН легкой степени. В процессе комплексной терапии в течение 14 дней назначалась высокобелковая диета (120 г белка в сутки) с механическим и химическим щажением. Пациенты 1-й группы дополнительно к рациону получали смесь для энтерального питания, обогащенную макро-, микроэлементами и  $\omega$ -3 жирными кислотами. У всех больных определялся состав тела методом биоимпедансометрии. После выписки пациентам рекомендовалась персонализированная диета, составленная согласно данным, полученным при оценке метаболического статуса. Повторно все больные обследовались через 6 и 12 месяцев.

**Результаты.** На момент первичного обследования средний индекс массы тела в 1-й группе составлял 18,5 кг/м<sup>2</sup>, во 2-й – 23 кг/м<sup>2</sup>. При контрольном обследовании у больных 1-й группы установлено увеличение всех показателей состава тела: жировой массы в среднем с 7 кг до 8,3 кг, мышечной массы с 24 кг до 27 кг, общей воды организма с 33 л до 36 л. В контрольной группе также выявлено увеличение мышечной массы на 3 кг и воды на 3 л при незначительном снижении жировой массы тела в среднем на 1 кг.

**Выводы.** Таким образом, результаты проведенного исследования позволяют заключить, что добавление смесей для энтерального питания к основному рациону у оперированных больных с БЭН приводит к улучшению показателей состава тела в отдаленные сроки после операции.

### 139. Арефлюксные билиодигестивные соустья в хирургии доброкачественных стриктур внепеченочных желчных протоков

Хоронько Ю.В., Ермолаев А.Н., Хоронько Е.Ю.  
Ростовский ГМУ, Ростов-на-Дону, Россия,  
e-mail: khoronko@aanet.ru

**Цель работы:** улучшить результаты хирургического лечения больных со стриктурами внепеченочных желчных протоков (ВПЖП) путем разработки арефлюксных билиодигестивных анастомозов (АБДА) и их применения в клинических условиях.

**Материалы и методы.** Проанализированы результаты лечения 95 пациентов, подвергнутых билиодигестивным реконструкциям (БДР) ВПЖП. 39 из них поступили в нашу клинику с последними элементами lig.hepatoduodenale (LHD) и еще 24 – после неадекватной хирургической коррекции. Еще у 56 больных имели место рубцовые изменения терминального отдела холедоха. В когорте ятрогений в 31 случае установлено изолированное повреждение общего желчного протока; еще у 4 оно сочеталось с ранением печеночной артерии; в 1 случае был клипирован гепатико-холедох, правая печеночная артерия и ветвь воротной вены, приведшие к некрозу правой доли.

**Результаты.** Оперированы все 36 пациентов. У 32 – БДР петель тонкой кишки по Ру, из них в 17 случаях с использованием разработанного нами арефлюксного анастомоза. У 3 – анастомоз холедоха «конец-в-конец». Пациентке с некрозом правой доли печени – гемигепатэктомия. Летальности у оперированных больных данной категории не отмечено. Ситуация со способом БДР при стриктурах терминального отдела холедоха не столь однозначна. В 15 случаях из 54 использован вышеупомянутый вид пластики, а еще 28 человек подверглись наложению арефлюксного холедоходуоденоанастомоза (ХДА). Умер 1 больной. Еще 16 подверглись папиллосфинктеротомии.

**Выводы.** 1. Операция выбора – БДР с использованием петли по Ру и применением арефлюксного механизма. 2. При протяженных стриктурах терминального отдела холедоха целесообразно использование арефлюксного варианта ХДА.

### 140. Трансьюгулярное внутривенное портосистемное шунтирование (TIPS/ТИПС): осложнения операции и их лечение

Хоронько Ю.В., Саркисов А.Э., Микрюков В.А.,  
Глебов К.А., Дударев С.И.  
Ростовский ГМУ, Ростов-на-Дону, Россия,  
e-mail: khoronko@aanet.ru

**Цель работы:** улучшить результаты лечения больных с жизнеугрожающими проявлениями портальной гипертензии цирротического генеза, подвергшихся операции трансьюгулярного внутривенного портосистемного шунтирования (TIPS/ТИПС), путем разработки мероприятий, способствующих уменьшению осложнений, сопутствующих данному вмешательству.

**Материал и методы.** 128 больных в возрасте от 14 до 83 лет (средний возраст (47,8±5,4) года), находившихся в клинике портальной гипертензии РостГМУ в 2007-2012 гг., подверглись операции TIPS/ТИПС. Мужчин было 79 (61,7%), женщин – 49 (38,3%). В 98 случаях показанием к операции было варикозное пищеводно-желудочное кровотечение или высокий риск рецидива геморрагии. Еще у 30 поводом к вмешательству стал асцит, рефрактерный к медикаментозным мероприятиям, из их числа манифестированный гепаторенальный синдром отмечен у 11 пациентов.

**Результаты.** Нами усовершенствованы диагностические алгоритмы, а именно, модифицирована шкала MELD. Проанализированы осложнения. Наиболее частыми были прогрессирование энцефалопатии (19 случаев – 14,9%); дисфункция сформированного шунта (17 больных – 13,3%) в виде тромбозов (3 человека – 2,3%) или стеноза. Установлены факторы риска, способствующие их развитию, а также разработаны мероприятия, способствующие их минимизации.

**Выводы.** 1. Главными факторами, способствующими уменьшению риска интраоперационных осложнений, являются накопленный опыт и совершенствование хирургической техники. 2. Проведение комплекса мероприятий, включающих диетические мероприятия и регуляцию стула, применение препаратов лактулозы, орнитин-аспартата, неабсорбируемых антибиотиков, и включение их в предоперационные программы позволяет снизить выраженность и частоту развития энцефалопатии.

### 141. Современное энтеральное питание и метаболическая терапия

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

Современное энтеральное питание представляет собой сложный набор питательных и биологически активных веществ (фармако-нутриентов). Наряду с белками, жирами, углеводами, макро- и микроэлементами, витаминами в состав энтеральных питательных смесей производители включают биологически активные вещества, такие как таурин, карнитин, гамма-линоленовую и эйкозапентаеновую полиненасыщенные жирные кислоты, фрукто-олигосахариды, пробиотические бактерии. В последнее время в клинической практике также активно используются новые метаболические препараты, содержащие биологически активные вещества в более высоких фармакопейных дозах, в частности, карнитин (элькар), таурин (дибикор), коэнзим Q10 (кудевита).

Наш собственный опыт сочетанного использования энтерального питания и метаболической терапии показывает его высокую клиническую эффективность у больных с различными нарушениями питания, как с ожирением, так и с недостаточностью питания. У пациентов с анорексией и кахексией использовали стандартное энтеральное питание (клинутрен оптимум, нутрикомп) с дополнительным назначением карнитина (элькар) и коэнзима Q<sub>10</sub> (кудевита). Пациентам с избыточной массой тела, ожирением и метаболическим синдромом назначали разгрузочные дни, гипокалорийные энтеральные смеси (глюцерна) и метаболическую терапию (элькар, дибикор, кудевита).

Сочетанное использование энтерального питания и метаболической терапии существенно повышает терапевтический эффект как при наличии недостаточности питания (истощения, кахексии), так и у больных с ожирением и метаболическим синдромом.

#### 142. Уровень активности трансаминаз у пожилых и старых больных с ИБС и жировой дегенерацией печени

Хорошинина Л.П., Турьева Л.В., Радченко В.Г.  
СЗГМУ им. И.И. Мечникова, Санкт-Петербург, Россия

**Цель исследования:** определить корреляцию между уровнем активности трансаминаз (АЛаТ, АСаТ) и возрастом пациентов с ИБС и жировой дегенерацией печени.

**Материал и методы.** Под наблюдением находились 219 больных, госпитализированных в 2010-2011 гг. на терапевтическое и кардиологическое отделения больницы Петра Великого и Госпиталя ветеранов войн с верифицированным диагнозом ИБС атеросклеротического генеза. В исследование не включались пациенты с клиническими и инструментальными признаками застоя по большому или малому кругу кровообращения, с наличием сахарного диабета, ожирением II-III степени, почечной недостаточностью, с повреждением печени токсической, лекарственной, вирусной, алиментарной, наследственной природы, онко- и гематологической патологией, с резким снижением массы тела за последние 3 года. Наличие жировой дегенерации печени доказывалось методом УЗИ с использованием «шкал серости» (Бацков С.С., 1998). Уровень активности трансаминаз (АЛаТ и АСаТ) определялся с использованием колориметрического ферментативного метода. При определении степени активности патологического процесса в печени учитывалась выраженность цитолиза, при этом повышение активности АЛТ и АСТ в 1,5-2 раза больше нормы определялось как минимальная степень, в 2-5 раз – низкая, в 5-10 раз – умеренная, более чем в 10 раз – выраженная.

Обследованы 112 женщин и 107 мужчин в возрасте от 45 до 90 лет, средний возраст больных в группе составил (72,3±1,3) года, средний возраст женщин – (73,3±1,7) года, средний возраст мужчин – (71,4±2,0) года. Все пациенты были разделены на две группы. Основную группу составляли люди старших возрастных групп с жировой дегенерацией печени и ИБС, в группу сравнения вошли пациенты с ИБС, но без жировой дегенерации печени. Пациенты с жировой дегенерацией печени I степени были присоединены к группе сравнения в связи с пограничным положением I степени жирового перерождения печени по ультразвуковым критериям. По возрасту пациенты наблюдаемой группы были разделены на 2 подгруппы: до 75 лет и 75 лет и старше. При статистической обработке использовался корреляционный анализ и метод определения достоверности относительных величин (Вишняков Н.И., 2000).

**Полученные данные.** Проведенные исследования показали, что жировая дегенерация печени I-4 степени регистрировалась у (86,3±0,2)% больных с ИБС. У наблюдаемых пациентов синдром цитолиза выявлялся одинаково часто ( $T < 2$ ) как в основной группе – (8,3±8,3)% при  $n=12$ , так и в группе сравнения – (15,3±11,4)% при  $n=11$ , при этом в двух группах наблюдения выраженность цитолиза была минимальной. У пациентов старших возрастных групп с жировой дегенерацией печени и ИБС вне зависимости от возрастной группы (как до 75 лет, так и старше 75 лет) была установлена средней силы обратная корреляционная связь ( $r > 0,48$ ) между возрастом пациентов и уровнем активности АЛаТ и АСаТ. Подобная корреляция не отмечалась в группе пациентов с ИБС, но без жировой дегенерации печени.

**Вывод.** Для пожилых и старых больных с ИБС и жировой дегенерацией печени сниженная активность аминотрансфераз (АЛаТ и АСаТ) не является абсолютным критерием степени выраженности воспалительного процесса в печени.

#### 143. Метаболический синдром, ассоциированный с неалкогольной жировой болезнью печени, в перименопаузе

Худякова Н.В., Шишкин А.Н., Смирнов В.В.  
СПбГУ (каф. факультетской терапии МФ), СПбГПМА  
(каф. госпитальной терапии), Санкт-Петербург, Россия

**Цель исследования:** оценить показатели, определяющие инсулинорезистентность и морфофункциональное состояние печени, у женщин в перименопаузе с МС, ассоциированным и неассоциированным с НАЖБП.

**Материалы и методы.** Обследованы 40 женщин с МС в перименопаузе. Рассматривались две группы: основная (22 человека) – пациентки с МС, ассоциированным с НАЖБП (средний возраст (48,2±2,3) года) и группа сравнения (18 человек) – пациентки с МС без НАЖБП (средний возраст (48,8±1,9) года). Всем пациенткам кроме общеклинического обследования было проведено ультразвуковое исследование печени (УЗИ) и селезенки, определены лабораторные показатели, характеризующие функциональное состояние печени (уровни билирубина, общего и прямого, АЛТ, АСТ), а также оценены уровни С-пептида (С-пд) и инсулина (Инс) натощак (н/к). Использован расчетный метод оценки гомеостатического индекса инсулинорезистентности (НОМА-IR).  $НОМА-IR = \text{Инс н/к мкЕд/мл} \times \text{глюкоза н/к ммоль/л} / 22,5$ . Индекс массы тела (ИМТ) рассчитывался по известной формуле в  $\text{кг/м}^2$ .

**Результаты.** ИМТ в основной группе был достоверно выше – (34,66±0,70)  $\text{кг/м}^2$  и (31,08±1,00)  $\text{кг/м}^2$  ( $p < 0,01$ ). Показатели уровня Инс и С-пд оказались достоверно выше у пациенток с МС, ассоциированным с НАЖБП: Инс – (17,4±2,4) мкЕд/мл и (11,2±1,9) мкЕд/мл ( $p < 0,05$ ), С-пд – (1600±200) пмоль/л и (1100±100,0) пмоль/л ( $p < 0,05$ ). Значения индекса НОМА-IR оказались существенно выше у пациенток основной группы: 4,4±0,6 и 3,0±0,6 ( $p < 0,05$ ). Размеры печени были достоверно больше у пациенток с МС, ассоциированным с НАЖБП: косой вертикальный (15,1±0,2) см и (12,8±0,3) см; толщина левой доли (5,1±0,1) см и (4,3±0,1) см ( $p < 0,01$ ;  $p < 0,01$  соответственно).

**Заключение.** Таким образом, менопаузальный МС, ассоциированный с НАЖБП, сопряжен с более высокими показателями ИМТ, инсулинорезистентности и гиперинсулинемии, и увеличенными размерами печени.

## Ч

#### 144. Бифидобактерии, перспективные для создания пробиотиков

Червинец В.М., Беляева Е.А., Самоукина А.М.,  
Червинец Ю.В., Михайлова Е.С.  
Тверская ГМА, Россия

**Цель исследования:** выделить у здоровых людей бифидобактерии, обладающие высокой антагонистической активностью по отношению к патогенным и условно патогенным микроорганизмам.

**Материалы и методы.** В исследовании приняли участие 86 здоровых людей. Изучение видового и количественного состава просветной микрофлоры проводили с использованием классических бактериологических методов. Биохимическая идентификация проводилась с помощью тест-систем api<sup>®</sup> 20A (bio Mérieux) и программного обеспечения API WEB. Антагонистическую активность бифидобактерий изучали с помощью методов прямого и отсроченного антагонизма. В качестве тестовых культур были использованы следующие штаммы: *Staphylococcus aureus* 25923, *Candida albicans* 531, *Pseudomonas aeruginosa* ATCC 9027, *Salmonella typhimurium* 415, *Shigella sonnei* I фазы 941, *Bacillus subtilis*, *Escherichia coli* BVK O83.

**Результаты.** Выделено 64 штамма бифидобактерий. Высокую антагонистическую активность по отношению к *Staphylococcus aureus* 25923, *Pseudomonas aeruginosa* ATCC 9027, *Salmonella typhimurium* 415, *Shigella sonnei* I фазы 941, *Bacillus subtilis* и *Escherichia coli* BVK O83 проявили 15 штаммов (23%). Зона задержки роста составила 20 мм и более. Ни один из штаммов бифидобактерий не оказал влияния на рост *Candida albicans* 531.

**Заключение.** Выделенные штаммы бифидобактерий, обладающие высокой антагонистической активностью, можно рекомендовать в качестве пробиотических препаратов при дисбиотических нарушениях.

**145. Генотипический контроль бактериоциногенности лактобацилл**

Червинец В.М., Червинец Ю.В., Полуэктова Е.У., Самоукина А.М., Михайлова Е.С., Беляева Е.Д.  
Тверская ГМА, e-mail: chervinets@mail.ru, Институт общей генетики РАН им. Н.И. Вавилова, Москва, Россия

**Цель исследования:** определение корреляции между наличием генов, ответственных за синтез бактериоцинов, и проявлением бактериоцинной активности у лактобацилл.

**Материал и методы.** Объектом исследования служили 14 штаммов лактобацилл, выделенных из слизистой оболочки полости рта и просвета толстой кишки практически здоровых людей современными бактериологическими методами. В результате генетической идентификации по гену 16S РНК лактобациллы были отнесены к 3 видам: *L.fermentum* (5) *L.plantarum* (3) и *L.rhamnosus* (6). Продукцию бактериоцинов лактобациллами определяли методом отсроченного антагонизма (Блинкова Л.П., 2003). Для исследования генов, ответственных за продукцию бактериоцинов, у выделенных штаммов лактобацилл использована ПЦР и специфические праймеры для генов *L.plantarum* (для генов пребактериоцинов plnEF, plnJ, plnNC8, а также для гена plnN, предположительно являющегося пребактериоцином) и *L.rhamnosus* (генов пребактериоцинов LGG\_02380 и LGG\_02400).

**Результаты.** Все 14 штаммов лактобацилл проявили бактериоцидную активность разной степени выраженности по отношению к тест-культурам: *Staphylococcus aureus* ATCC 25923, *Pseudomonas aeruginosa* ATCC 27853, *Bacillus subtilis* 534, *Escherichia coli* 25922, *Klebsiella pneumoniae* K1 5054, *Candida albicans* ATCC 885-653. Проверено наличие 6 генов, синтезирующих предшественники бактериоцинов, у штаммов *L.plantarum*, *L.rhamnosus*, *L.fermentum*. Показано, что все проверенные 6 генов являются видоспецифичными. По наличию (отсутствию) проверенных генов 6 исследованных штаммов *L.rhamnosus* идентичны. Штаммы *L.plantarum* и *L.rhamnosus*, проявляющие выраженную и слабую бактериоцинопродуцирующую активность, не различаются по наличию проверенных генов предшественников бактериоцинов. Наличие генов бактериоциногенности не всегда проявляется фенотипически.

**Выводы.** Штаммы *L.plantarum* и *L.rhamnosus* несут шесть генов (plnEF, plnJ, plnNC8, plnN, LGG\_02380 и LGG\_02400), детерминирующих синтез предшественников бактериоцинов, но их наличие не имеет прямой зависимости с синтезом бактериоцинов.

**146. Изменения кишечного микробиоценоза у больных хроническим гепатитом**

Тетерина Л.А., Чихачева Е.А., Селиверстов П.В., Радченко В.Г.  
СЗГМУ им. И.И. Мечникова, Санкт-Петербург, Россия

**Цель исследования:** оценить изменения кишечного микробиоценоза у больных хроническим гепатитом (ХГ) и влияние дисбиоза на формирование печеночной энцефалопатии (ПЭ).

**Материалы и методы.** Обследованы 80 пациентов с ХГ с ПЭ (мужчин 32, женщин 48, возраст от 30 до 56 лет). Диагностика ХГ и ПЭ проводилась в соответствии с принятыми стандартами. Степень выраженности дисбиоза кишечника оценивалась согласно «Протоколу ведения больных. Дисбактериоз кишечника» (ОСТ 91500.11.0004-2003).

**Результаты.** У больных ХГ в 98% случаев диагностирован дисбиоз толстой кишки. У 64% пациентов с ПЭ-0 преобладал дисбиоз 1 степени. При ЛПЭ одинаково наблюдался дисбиоз 1 и 2 степени – в 37% и 40% случаев. На стадии ПЭ-1 преобладал дисбиоз 3 степени – у 48% пациентов, дисбиоз 4 степени диагностировался у 8%, снижалось выявление дисбиоза 1 и 2 степени в 20% и 24% случаев. Корреляция зависимости степени дисбиоза толстой кишки от стадии ПЭ составила  $r=0,42$  ( $p<0,01$ ). Выявлена корреляционная связь между дисбиозом толстой кишки и параметрами ТСЧ и ТЛ (повышенным числом гемолитических *E. Coli* и временем ТСЧ и ТЛ ( $r=0,31$ ,  $p<0,05$  и  $r=0,30$ ,  $p<0,05$ ), ростом содержания грибов рода *Candida* ( $r=0,34$ ,  $p<0,05$  и  $r=0,34$ ,  $p<0,05$ ), *S. aureus* ( $r=0,25$ ,  $p<0,05$  и  $r=0,24$ ,  $p<0,05$ ) и обратная

корреляционная связь между снижением уровня *Lactobacillus* и времени ТСЧ и ТЛ ( $r=-0,32$ ,  $p<0,05$  и  $r=-0,31$ ,  $p<0,05$ ).

**Выводы.** Формирование дисбиоза толстой кишки, приводящее к увеличению образования эндогенных нейротоксинов, является одним из триггерных факторов развития и прогрессирования ПЭ у больных хроническим гепатитом.

**147. Коррекция кишечного микробиоценоза закофальком у пациентов с хроническими заболеваниями печени**

Чихачева Е.А., Тетерина Л.А., Селиверстов П.В., Ситкин С.И., Радченко В.Г.  
СЗГМУ им. И.И. Мечникова, Санкт-Петербург, Россия

**Цель исследования:** оценить эффективность препарата «Закофальк» для коррекции микробиоценоза кишечника в комплексной терапии хронических заболеваний печени (ХЗП).

**Материалы и методы.** Обследованы 32 пациента с ХЗП, из них 16 пациентов (50%) с неалкогольной жировой болезнью печени, 4 пациента (12,5%) с перекрестным синдромом и хроническим вирусным гепатитом В, 6 пациентов (18,8%) с хроническим вирусным гепатитом С, 2 пациента (6,2%) с криптогенным гепатитом. Средний возраст обследованных составил  $(58,2\pm 10,8)$  года. 22 пациента были включены в основную группу (ОГ) и 10 пациентов – в группу сравнения (ГС).

Всем пациентам до и через месяц после лечения проводилось стандартное клиническое обследование, а также бактериологическое исследование кала на дисбиоз. У всех больных (100%) отмечались проявления цитолитического, холестатического, астеновегетативного и диспепсического синдромов. У 19 пациентов (59,4%) до лечения отмечалась склонность к запорам; у 8 (25%) – эпизоды непоследовательной диареи, 5 пациентов (15,6%) отмечали чередование поносов и запоров. Практически все пациенты (97%) отмечали вздутие живота, урчание, боли в нижних отделах живота. В 100% случаев по данным УЗИ были выявлены диффузные изменения ткани печени. Также у всех пациентов (100%) выявлялись нарушения микробиоценоза кишечника за счет снижения содержания бифидобактерий, лактобактерий, бактероидов, *E.coli* с нормальной ферментативной активностью и роста предшественников условно патогенной флоры (*Klebsiella oxytoca*, *Citrobacter freundii*, стафилококков, грибов рода *Candida*).

Всем больным назначался гепатопротектор «Урсофальк» в стандартной дозе. Пациенты ОГ дополнительно получали препарат «Закофальк» по 1 капсуле 2 раза в день во время еды в течение 1 месяца.

На фоне проводимой терапии у всех пациентов ОГ снизились проявления астеновегетативного и диспепсического синдромов. У 17 пациентов (77,3%) наблюдалось достоверное снижение АлАТ –  $(67\pm 26)$  Ед./л ( $p<0,05$ ); АсАТ –  $(59\pm 21)$  Ед./л ( $p<0,05$ ); ЩФ –  $(147\pm 37)$  Ед./л ( $p<0,05$ ). Через 5-7 дней нормализация частоты и регулярности стула отмечена у 13 (59%) больных, боли в животе регрессировали у 19 (86,3%), уменьшение вздутия живота имело место у 15 (68%) больных. Было отмечено восстановление микрофлоры кишечника за счет повышения содержания бифидо-, лактобактерий, *E.coli* с нормальной ферментативной активностью, и снижения уровня условно патогенной флоры до допустимых величин. При динамическом обследовании в ГС также отмечалась положительная динамика, однако достоверных различий получено не было.

**Выводы.** Использование препарата «Закофальк» способствует нормализации микрофлоры кишечника, улучшению клинических и лабораторных проявлений основного заболевания, что повышает эффективность лечения больных хроническими заболеваниями печени с дисбиозом кишечника. Рекомендуемые дозы закофалька при запорах – 1 таблетка 3 раза в день, при поносах – 1 таблетка 1 раз в день.

## III

**148. Патология органов брюшной полости у больных гормонозависимой бронхиальной астмой**

Шипова Ю.В.

Консультативно диагностическая поликлиника,  
Ставрополь, Россия

**Цель исследования:** выявить наличие сопутствующей патологии органов брюшной полости у больных гормонозависимой бронхиальной астмой.

**Материалы и методы.** В исследование были включены 36 больных гормонозависимой бронхиальной астмой. По давности использования гормональной терапии выделены три группы пациентов: первая группа (1-4 года) – 10 больных, вторая (5-9 лет) – 12, третья группа (10 и более лет) – 14. По степени тяжести БА были выделены две группы – средней степени тяжести (15 больных) и тяжелая БА (21 больной). У всех пациентов проводилось общеклиническое и биохимическое исследование крови, коагулограмма, копрограмма, клиническое исследование мочи, спирография, эзофагогастроэноскопия, ультразвуковое исследование органов брюшной полости. Все больные консультированы пульмонологом с установкой степени тяжести БА.

**Результаты исследований.** В структуре соматической патологии были выявлены: хронический гастродуоденит у 30 пациентов (83%), ГЭРБ – у 14 (39%), язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки – у 10 (28%). Поражение поджелудочной железы по типу хронического панкреатита выявлено у 11 (31%) больных, из них у 5 (14%) имела место ремиссия, а у 6 (17%) – обострение. Все пациенты с хроническим панкреатитом имели признаки билиарной дисфункции. Хронический некалькулезный холецистит наблюдался у 5 (14%) больных, желчнокаменная болезнь – у 8 (22%), первичный склерозирующий холангит – у 1 (3%). Поражение печени по типу лекарственного гепатита имело место у 1 (3%) больного, по типу жирового гепатоза – у 19 (53%).  
**Заключение.** Таким образом, полученные результаты позволили выявить тесную взаимосвязь гормональной терапии бронхиальной астмы с заболеваниями органов брюшной полости. Присоединение патологии органов брюшной полости в большинстве случаев обусловлено медикаментозным воздействием.

**149. Возможность неинвазивной диагностики фиброза печени у пациентов с диффузными заболеваниями печени**

Широких И.Н., Мавлитова Л.А., Хлынова О.В.

Пермская ГМА им. акад. Е.А. Вагнера (каф. госпитальной  
терапии № 1), Россия

**Цель исследования:** изучить возможности неинвазивной диагностики фиброза печени у пациентов с диффузными заболеваниями печени на основе изучения сывороточных маркеров фиброза и данных дуплексного сканирования сосудов брюшной полости.

**Материалы и методы.** Обследованы 23 пациента с хроническими заболеваниями печени, подтвержденными анкетированием (опросник CAGE), данными анамнеза, физикальными признаками (по S. Sherlock, 1995), лабораторными (дислипидемия, нарушения углеводного обмена) и инструментальными (УЗИ) методами. Критерии исключения: тяжелые сопутствующие соматические заболевания, фиброзирующие процессы любой другой локализации, оперативные вмешательства на сосудах брюшной полости. У всех пациентов изучены сывороточные уровни аполипротеина А-1, гаптоглобина и альфа-2-макроглобулина, проведено дуплексное сканирование селезеночной и печеночной артерий и воротной вены, определена плотность печеночной ткани методом ультразвуковой эластографии.

**Результаты исследования** показали достоверную связь уровня сывороточной концентрации маркеров фиброза и плотности печеночной ткани при стадии фиброза F2-F4. Показатели гемодинамики, в том числе индексы пульсации селезеночной и печеночной артерий, достоверно коррелируют с плотностью ткани печени при стадии фиброза F3-F4.

**Выводы.** На основе комплексной оценки маркеров фиброза в сыворотке крови и показателей дуплексного сканирования артерий брюшной полости возможна разработка комплексного метода неинвазивной диагностики фиброза печени у пациентов с диффузными заболеваниями печени.

**150. Особенности течения цирроза печени смешанной вирусной HBV+HCV этиологии, усугубленной приемом алкоголя**

Шубина М.Э., Дуданова О.П., Родина А.С.

Петрозаводский государственный университет, Россия,  
e-mail: shubina@petrsu.ru

**Цель исследования:** оценить влияние алкогольного фактора на активность и тяжесть течения цирроза печени (ЦП) вирусной (HBV+HCV) этиологии.

**Материалы и методы.** Обследованы 34 пациента с ЦП: 16 с ЦП HBV+HCV этиологии (I группа), 18 – HBV+HCV и алкогольной этиологии (II группа). Возраст пациентов в I группе составил (52,3±4,3) года, во II – (47,5±5,6) года. Диагноз установлен на основании стандартных клинико-лабораторных и инструментальных методов. Активность процесса оценивалась комплексно по уровню индекса гистологической активности (ИГА) и биохимическим маркерам; тяжесть течения процесса – с учетом выраженности печеночно-клеточной недостаточности (ПКН) и портальной гипертензии (ПГ).

**Результаты.** Во II группе HCV-виремия выявлялась чаще (у 80% больных) по сравнению с I группой (20%) и сочеталась с более высокой активностью: в I группе ИГА составил (11,8±1,3) балла, во II группе – (14,9±2,1) балла (p<0,05). Во II группе были более выраженные признаки ПКН (p<0,05) и изменения показателей портального кровотока: ниже была скорость кровотока в воротной и селезеночной венах (p<0,05), выше были индекс застоя и сплено-портальный индекс (p<0,05). Такие проявления ПГ, как асцит и варикозное расширение вен пищевода (ВРВП), достоверно (p<0,05) чаще встречались во II группе. Эпизоды кровотечения из ВРВП (n=4) и резистентный асцит (n=6) наблюдались только во II группе.

**Выводы.** У пациентов с ЦП вирусной (HBV+HCV) этиологии, употребляющих алкоголь, отмечается более раннее формирование ЦП, более выраженная активность ЦП, большая выраженность портальной гипертензии и печеночно-клеточной недостаточности. Более тяжелое течение ЦП у пациентов со смешанной (алкоголь+HBV+HCV) этиологией по сравнению с вирусным (HBV+HCV) поражением печени объясняется комплексным влиянием этанола: прямым токсическим действием на печень и созданием условий для реактивации гепатотропных вирусов.

**151. Особенности течения цирроза печени смешанной вирусной HBV+HCV этиологии, усугубленной приемом алкоголя**

Шубина М.Э., Дуданова О.П., Родина А.С.

Петрозаводский государственный университет, Россия,  
e-mail: shubina@petrsu.ru

**Цель исследования:** оценить влияние алкогольного фактора на активность и тяжесть течения цирроза печени (ЦП) вирусной (HBV+HCV) этиологии.

**Материалы и методы.** Обследованы 34 пациента с ЦП: 16 HBV+HCV этиологии (I группа), 18 – HBV+HCV и алкогольной этиологии (II группа). Возраст пациентов в I группе составил (52,3±4,3) года, во II – (47,5±5,6) года. Диагноз установлен на основании стандартных клинико-лабораторных и инструментальных методов. Активность процесса оценивалась комплексно по уровню индекса гистологической активности (ИГА) и биохимическим маркерам; тяжесть течения процесса – с учетом выраженности печеночно-клеточной недостаточности (ПКН) и портальной гипертензии (ПГ).

**Результаты.** Во II группе HCV-виремия выявлялась чаще (у 80% больных) по сравнению с I группой (20%) и сочеталась с более высокой активностью: в I группе ИГА составил (11,8±1,3) балла, во II – (14,9±2,1) балла (p<0,05). Во II группе были более выра-

женные признаки ПКТ ( $p < 0,05$ ) и изменения показателей портального кровотока: скорость кровотока в воротной и селезеночной венах была ниже ( $p < 0,05$ ), а индекс застоя и сплено-портальный индекс были выше ( $p < 0,05$ ). Такие проявления ПГ, как асцит и варикозное расширение вен пищевода (ВРВП), достоверно ( $p < 0,05$ ) чаще встречались во II группе. Эпизоды кровотечения из ВРВП ( $n=4$ ) и резистентный асцит ( $n=6$ ) наблюдались только во II группе.

**Выводы.** У пациентов с вирусной (HBV+HCV) этиологией цирроза печени, употребляющих алкоголь, отмечаются более раннее формирование ЦП, более выраженная активность ЦП, большая выраженность портальной гипертензии и печеночно-клеточной недостаточности. Более тяжелое течение ЦП у пациентов со смешанной (алкоголь+HBV+HCV) этиологией по сравнению с вирусным (HBV+HCV) поражением печени объясняется комплексным влиянием этанола: прямым токсическим действием на печень и созданием условий для реактивации гепатотропных вирусов.

### 152. Профилактика кровотечений из эрозивно-язвенных поражений верхних отделов ЖКТ ИПП у больных с заболеваниями сердца и сосудов, получающих комбинированную антиагрегантную терапию и/или антикоагулянтные средства

Шулешова А.Г., Голикова З.Н., Минушкин О.Н., Масловский Л.В.

РКНПК, УНМЦ УД Президента РФ, Москва, Россия

**Цель исследования:** оценка эффективности, переносимости и безопасности применения препарата «Контролок» в дозе 40 мг в течение 3 месяцев в профилактике кровотечений у пациентов с заболеваниями сердечно-сосудистой системы, имеющих 2 и более факторов риска развития кровотечения.

**Материалы и методы.** В исследование были включены 30 пациентов (19 мужчин, 11 женщин), имевших в среднем 3 фактора риска развития кровотечения. Средний возраст больных составил ( $62,8 \pm 7,9$ ) года. Контрольные эндоскопические исследования выполняли до и через 1 и 3 месяца лечения. До и после терапии проводили изучение общего и биохимического (билирубин, аланинаминотрансфераза, аспарагиновая аминотрансфераза, гамма-глутаматтранспептидаза, щелочная фосфатаза) анализов крови, коагулограммы.

**Результаты.** При исходной ЭГДС эрозии в желудке были выявлены у 28 больных, язвы двенадцатиперстной кишки – у 5, эрозивный эзофагит – у 8. Через 1 месяц лечения наблюдали полное рубцевание язв и заживление эрозий в пищеводе у всех больных, заживление эрозий желудка в 82,1% случаев. К 3-му месяцу лечения полное исчезновение эрозий отметили в 96,7% случаев. Кровотечений, ухудшения состояния сердечно-сосудистой системы не наблюдали.

**Выводы.** Введение в комплекс лечения больных с сердечно-сосудистой патологией, имеющих эрозивно-язвенные изменения слизистой, препарата «Контролок» приводит к заживлению этих изменений в течение 1-3 месяцев и предупреждает развитие кровотечений, не уменьшая эффекты антиагрегантной/антикоагулянтной терапии.

### 153. Особенности электроэнцефалографии у детей с функциональными нарушениями желудочно-кишечного тракта

Шумейко Н.К., Михеева С.А., Серебровская Н.Б., Стрижова И.С., Емелина С.Р.

МГМСУ, ДКБ Св. Владимира, Москва, Россия

**Цель исследования:** выявить особенности и оценить диагностическую значимость электроэнцефалографии (ЭЭГ) у детей с функциональными нарушениями толстой кишки (синдромом раздраженного кишечника (СРК), хроническим запором, энкопрезом).

**Материал и методы.** Проведен визуальный и спектральный анализ ЭЭГ 152 детям 7-14 лет, находящимся в отделении гастроэнтерологии. 1-ю группу составили 64 ребенка с диагнозами: СРК, хронический запор, энкопрез. Во 2-ю группу вошли 88 детей, не имеющих функциональных нарушений толстой кишки.

**Результаты.** По результатам проведенного обследования регуляторные нарушения на ЭЭГ выявлены у 30 (46,9%) детей 1-й группы и у 32 (36,4%) – 2-й. Изменения органического характера определены у 26 (40,6%) детей 1-й группы и у 30 (34,1%) – 2-й. Наличие диффузной пароксизмальной активности выявлено у 2 (3,1%) детей 1-й группы и у 8 детей (9,1%) 2-й группы. Локальные пароксизмальные и эпизоды регистрировались у 8 (12,5%) детей 1-й группы и у 2 (4,5%) – 2-й группы.

**Заключение.** Проведенное обследование показало, что наряду с органическими знаками (резидуально-органическими) большой процент составляют регуляторные нарушения, в основе которых лежат изменения нейромедиаторного обмена. Нарушения регуляторного характера практически преобладают во всех группах больных, однако наиболее выражены у детей 1-й группы. Кроме того отмечен высокий процент наличия как генерализованной, так и локальной пароксизмальной активности и локальных пароксизмальных знаков, что отражает нарушение функциональной активности коры с преимущественным выпадением функций ее передних отделов.

Проведенные исследования выявили нарушения функционального состояния нервной системы, что позволяет корректировать терапию с учетом данных ЭЭГ.

## III

### 154. Выявление токсина *Clostridium difficile* у пациентов, обследуемых по поводу дисбиоза кишечника

Щеглов В.С., Оришак Е.А.

ЗАО «Ситилаб», Санкт-Петербург, Россия

Одной из наиболее частых причин формирования дисбиоза кишечника является антибиотикотерапия. В результате подавления индигенных микроорганизмов появляется риск колонизации кишечника токсигенными штаммами *Clostridium difficile* как в результате инфицирования, так и активизации уже имеющихся симбионтов. Традиционное исследование на дисбиоз не подразумевает выявления *C. difficile* и их токсинов, которые могут являться причиной антибиотикоассоциированной диареи.

**Целью исследования** явилась оценка значимости выявления токсинов *Clostridium difficile* у лиц, обследуемых по поводу дисбиоза кишечника.

**Материалы и методы.** Выявление токсинов *C. difficile* проводили с использованием тест-систем Хрест *Clostridium difficile* Toxin A/B (Oxoid). Исследовано 219 образцов фекалий от пациентов, направленных для бактериологического исследования на дисбиоз кишечника. Среди обследованных 71 пациент в возрасте до одного года, 108 – в возрасте 1-6 лет, 40 – дети старше 6 лет и взрослые. В группе детей до одного года токсин выявлен в трех случаях (4,2%). В группе детей от года до 6 лет токсины не выявлялись. В группе детей старше шести лет и взрослых токсин выявлен у одного пациента (2,5%). Обнаружение токсинов *C. difficile* у детей до одного года не является диагностически значимым, так как у детей до года отсутствуют сайты связывания для данного токсина. Однако находки *C. difficile* и их токсинов у детей раннего возраста являются прямым указанием на несформировавшуюся или ослабленную колонизационную резистентность индигенных микроорганизмов.

**Заключение.** Полученные данные указывают на необходимость избирательного исследования на присутствие токсинов *C. difficile* у пациентов после антибиотикотерапии в случае наличия клинических показаний.

### 155. Жировая болезнь печени и коморбидные ей заболевания органов пищеварения

Щелоченков С.В.

Тверская ГМА, Россия, e-mail: workmedbox@gmail.com

**Цель:** изучить в гендерном аспекте совокупность коморбидных заболеваний ЖКТ у пациентов с жировой болезнью печени (ЖБП), свободных от носительства антигенов вирусного гепатита и не употреблявших гепатотоксичных доз алкоголя.

**Материал и методы.** У 198 больных (98 мужчин и 100 женщин) со сканографической картиной ЖБП с абдоминальными болями и диспепсическими расстройствами изучено морфофункциональное состояние эзофагогастродуоденальной зоны и панкреатобилиарного тракта. Преобладающей формой ЖБП являлся стеатоз (у мужчин в 81% случаев, у женщин – в 96%).

**Результаты.** Оценка состояния слизистых оболочек верхних отделов ЖКТ у больных с ЖБП выявила дистальный эзофагит у 51% женщин и 42,4% мужчин. Хронический гастрит имел место у 98,8% пациентов, при этом в 75% случаев он был ассоциирован с инфекцией *H.pylori*. У женщин доминировал вариант с атрофией желез (46%), у мужчин – неатрофический тип (38,2%), часто имели место эрозии в антральном отделе желудка (у 47,1% мужчин и 42% женщин). С высокой частотой у мужчин (81,8%) и женщин (77,1%) с ЖБП обнаруживались явления дуоденита. Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки имела место у 16,3% женщин и 12,1% мужчин. Также отмечена высокая частота патологии панкреатобилиарной зоны: хронический холецистит у 52,1% женщин и 47,9% мужчин, хронический панкреатит соответственно в 69,6% и 30,4% случаев. Часто выявлялась медикаментозная и пищевая аллергия (32,4%). Изучение микробной флоры кишечника обнаружило картину его дисбактериоза с бактериальной контаминацией I степени у 45% больных, II – у 39,5%, III – у 10,5%. Дисбиотические явления отсутствовали в 5% наблюдений.

**Заключение.** Коморбидными ЖБП патологическими состояниями у мужчин и женщин выступают воспалительные заболевания панкреатобилиарной зоны, а также эрозивно-язвенные поражения верхних отделов пищеварительного тракта.

#### 156. Гистоморфометрические и гистохимические особенности слизистой оболочки толстой кишки при кампилобактериозе, неспецифическом язвенном колите и болезни Крона

Щербаков И.Т., Федулова Э.Н., Леонтьева Н.И., Потехин П.П., Щербакова Э.Г.  
Московский НИИЭМ им. Г.Н. Габричевского,  
Нижегородский НИИ детской гастроэнтерологии,  
Проблемная лаборатория медицинской цитологии РМАПО,  
Россия, e-mail: leonteva-nina@yandex.ru

**Цель исследования:** изучить слизистую оболочку толстой кишки (СОТК) у больных с кишечным кампилобактериозом (КК), неспецифическим язвенным колитом (НЯК) и болезнью Крона (БК).

**Материал и методы:** 66 колонобиоптатов СОТК (198 гистологических препаратов), полученных от 44 больных: 17 с КК, 13 – с НЯК в ремиссии хронического рецидивирующего течения; 14 – с БК со среднетяжелым течением болезни вне обострения; 6 – от добровольцев с адаптационной нормой. В работе применялся комплекс клинико-лабораторных методов: фиброколоноскопия с взятием колонобиоптатов СОТК; гистоморфометрическое и гистохимическое исследование биоптатов; статистическая обработка полученных результатов. Состояние СОТК у добровольцев и наблюдавшихся больных оценивали по 24 морфометрическим показателям, отражающим состояние эпителиального пласта и прилегающей к нему собственной пластинки.

**Результаты.** Выявлены различия по 4-5 значимым морфометрическим показателям, которые необходимо учитывать при гистологической верификации морфометрических картин при названных заболеваниях СОТК.

**Выводы.** Гистологическая диагностика упомянутых болезней по колонобиоптатам СОТК затруднена, несмотря на сходство клинической и морфологической картины. Гистоморфометрическое изучение СОТК позволяет избежать диагностических трудностей.

## Abstracts in English (A–Z)

### 157. Clarithromycin-based triple therapy in first-line treatment for *Helicobacter pylori* eradication: drug-related side effects

Rustamov M.N., Lazebnik L.B.

Belarusian State Medical University, Belarus, Central Research Institute of Gastroenterology, Russia

**Purpose:** to investigate the efficacy and drug-related side effects of clarithromycin-based eradication regimen as first line treatment in patients with *Helicobacter pylori* (Hp)-positive duodenal ulcer.

**Materials and methods.** The study included 50 Hp-positive patients with duodenal ulcer. Endoscopy, pH-metry, blood analyses were performed. Hp was confirmed histologically. Next regimen was recommended: PPI, amoxicillin, clarithromycin in standard dose 10-days twice; then 20-days PPI.

**Findings.** In 50% of patients increased frequency of dyspeptic complaints and in 42% such complaints appeared firstly and continued 1,5 months after treatment. Eradication rate was 70%. Healing of duodenal ulcer was noted in 82% cases. The level of basal pH increased ( $p < 0,001$ ) in stomach corpus from  $1,39 \pm 0,41$  to  $1,83 \pm 0,31$ , in antrum from  $1,97 \pm 0,29$  to  $2,52 \pm 0,34$  and in duodenum from  $4,09 \pm 0,59$  to  $5,14 \pm 0,95$ . Significantly increased the levels of alanine transaminase, asparagines transaminase, alkaline phosphatase and triglycerides. Increase of levels of bilirubin and cholesterol were not statistically significant.

Thus the standard triple eradication therapy based on clarithromycin leads to healing of duodenal ulcer in 82% of patients, initially reduces the acidity in the stomach, but does not reach the success rate (70%), causes a number of serious side effects.

**Conclusion.** Standard triple eradication therapy based on clarithromycin has low efficacy, causes or increases the frequency of dyspeptic complaints associated with antibiotics, has a hepatotoxic effect. Triple eradication therapy based on clarithromycin must not be recommended in comorbid patients with diseases of the hepatobiliary system and the metabolic syndrome.

### 158. Improvement of *Helicobacter pylori* eradication regimens in patients with duodenal ulcer

Rustamov M.N., Lazebnik L.B.

Belarusian State Medical University, Belarus, Central Research Institute of Gastroenterology, Russia

**Purpose:** to investigate effects of proton pump inhibitor (PPI), probiotics and mineral water in patients with *H.pylori*-positive duodenal ulcer and to elaborate optimal *H.pylori* eradication regimens.

**Materials and methods.** 250 patients were randomized into 5 groups, 50 in each. Endoscopy, pH-metry, blood analyses were performed. Next regimens were recommended: group I – 10-days twice: PPI, amoxicillin 1000 mg, clarithromycin 500 mg; then 20-days PPI; II – same treatment plus probiotics; III – PPI, probiotics, hydrocarbonate-chloride sodium mineral water; IV – PPI, probiotics, chloride sodium mineral water; V – probiotics and PPI.

**Findings.** In 50% of patients of group I increased dyspeptic complaints and in 42% appeared firstly. In group II dyspeptic complaints disappeared in 74%. Dyspeptic complaints disappeared 78%, 76%, 74% in III, IV, V groups respectively. Eradication rate were 70%, 82%, 80%, 78%, 68% in I, II, III, IV, V groups respectively. Healing of duodenal ulcer were 82%, 84%, 86%, 84%, 78% in I, II, III, IV, V groups respectively. Intragastric and intraduodenal pH increased in all groups, especially in III one. In group I increased alanine transaminase, asparagines transaminase, alkaline phosphatase, triglycerides. In III, IV, V groups decreased alanine transaminase, asparagines transaminase, blood bilirubin, alkaline phosphatase, cholesterol and triglycerides.

**Conclusions.** Triple therapy causes or increases dyspeptic complaints, has low efficacy and hepatotoxic effect. Eradication regimen containing PPI, mineral water and probiotics is more preferable, safe regimen among above mentioned ones.