



**Тезисы 14-го Съезда Научного общества гастроэнтерологов России «Профилактика, диагностика и лечение заболеваний органов пищеварения в XXI века» — 18-ой Северо-Западная научная конференция «Санкт-Петербург — Фармакотерапия-2014» – 8-го Санкт-Петербургского гепатологического конгресса**

The XIV<sup>th</sup> Annual Congress Of The Gastroenterological Scientific Society Of Russia  
«Prevention, Diagnosis And Treatment Of The Digestive Tract Diseases In The XXI Century»  
The 18<sup>th</sup> Northwest Conference «St. Petersburg — Pharmacotherapy 2014»  
The 8<sup>th</sup> St. Petersburg Hepatological Congress

Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология 2014;102 (2):41-83

Eksperimental'naya i klinicheskaya Gastroenterologiya 2014;102 (2):41-83

**Терапевтические и хирургические аспекты заболеваний верхних отделов ЖКТ**

**Features Of Dic — A Syndrome At Sick Of A Stomach Ulcer**

*Research objective:* to study features of DIC — a syndrome at sick of a stomach ulcer.

*Material and methods.* At 82 stomachs sick by a stomach ulcer and a duodenal gut some aspects of development DIC of a syndrome of blood were studied. The concentration in increase in peptids of middlemolecular weights in blood which mediate linkage of endotheliocitis with blood cells were notified. The concentration increase 4-arginina, compensative strengthens formation NO, directed

for maintenance vasodilatation. The observable superfluous quantity glytaminic and asparginic acids causes the generation of peroxinitris and accelerates aggregation activity of trombocitis reducing thus fibrinolytic activity of blood. The above-stated infringements promote system activation complement and vessel-thrombocitic a link of system of a hemostasis and are one of the reasons of formation of syndrome DIC of a blood at sick of a stomach ulcer.

Hamrabaeva F.I.  
The Tashkent Institute of improvement of doctors, Uzbekistan

**Опыт лечения больных дуоденальной недостаточностью**

*Цель исследования:* оценить возможности лечения больных дуоденальной недостаточностью в зависимости от состояния моторной функции двенадцатиперстной кишки (ДПК).

*Материал и методы.* Под наблюдением находились 40 больных в возрасте 18–70 лет с дуоденальной недостаточностью. В обследовании пациентов помимо общеклинических данных использована периферическая электроэнтерография, позволяющая оценить электрическую активность кишечника. Моторная функция кишечника изучалась утром натощак в течение 15 минут и после пробного завтрака при помощи электрогастрографа ЭГС-4 в оригинальной модификации. Полученные результаты сравнивали с показателями контрольной группы, которую составили 15 практически

здоровых лиц в возрасте от 18 до 25 лет. Всем больным проводилось фиброгастроудоденоскопия и рентгенологическое исследование для исключения органической патологии.

*Результаты.* В зависимости от результатов энтерографии больные были разделены на следующие группы: 1-я группа — с повышенной моторной функцией ДПК натощак и после еды (62,5 % пациентов), 2-я группа — с повышенной моторной функцией ДПК натощак, нормализующейся после приема пищи (32,5 %), 3-я группа — с пониженной моторной функцией ДПК натощак и после пробного завтрака (5 %). Лечение пациентов, участвовавших в исследовании, проводилось с учетом данных электроэнтерографии. Больные 1-й группы, преимущественно жалующиеся на чувство

Афанасьева Т.С., Вахрушев Я.М.  
Ижевская ГМА, Россия

переполнения в эпигастрии, получали спазмолитический препарат Дротаверин по 40 мг 3 раза в день. Больные 2-й и 3-й групп, имевшие жалобы на изжогу, отрыжку получали прокинетику Итоприда гидрохлорид по 50 мг 3 раза в день до еды.

Через 1 месяц после лечения нормализация моторной функции двенадцатиперстной кишки

наблюдалась у больных 1-й группы в 72 % случаев, 2-й группы — в 61,5 %, а в 3-й — у 50 % пациентов.

**Заключение.** Определение моторной функции ДПК при дуоденальной недостаточности позволяет подобрать индивидуальную эффективную терапию.

Борисов Ю. Ю., Горбань В. В.  
Краснодарский ММИВСО,  
Россия

### Влияние *H. Pylori* на желудочное слизевыделение у больных язвенной болезнью

**Цель исследования:** изучение у больных активной дуоденальной язвой (ДЯ) реологических свойств пристеночной слизи желудка с учетом ее обсеменения *Helicobacter pylori* (Нр).

**Материал и методы.** Обследованы 52 больных активной ДЯ, а также 27 практически здоровых лиц. Желудочную секрецию изучали в базальном периоде и после максимальной стимуляции пентагастрином. Реологические свойства слизистого геля, выделенного центрифугированием, исследовали на прецизионном ротационном вискозиметре Rheotest-2 (Германия). Нр выявляли в гистологических препаратах, окрашенных по Гимзе.

**Результаты.** Установлено, что больные ДЯ, наряду с гиперсекрецией кислоты и пепсина в базальном периоде и в ответ на максимальную стимуляцию пентагастрином, характеризуются существенным падением реологических параметров слизи. При этом показатели базальной и стимулированной выработки кислоты и пепсина не обнаруживают закономерной связи с наличием хеликобактериоза. В то же время у больных с хеликобактериозным

обсеменением слизистой оболочки желудка по сравнению с больными без такого феномена предел упругости слизистого геля ниже в среднем в 1,2 раза —  $(342 \pm 16)$  дин/см<sup>2</sup> и  $(296 \pm 12)$  дин/см<sup>2</sup>,  $p < 0,05$ , его эффективная вязкость при низкой скорости сдвигового течения ниже в 1,4 раза —  $(1869 \pm 102)$  сП и  $(1368 \pm 97)$  сП,  $p < 0,01$ , а число лиц с реологическими нарушениями слизи в 1,4 раза выше —  $(85 \pm 6)\%$  и  $(60 \pm 10)\%$  соответственно.

**Заключение.** Таким образом, у больных активной дуоденальной язвой хеликобактериозное обсеменение слизистой оболочки желудка существенно не влияет на базальное и стимулированное кислото- и пепсиновыделение, но достоверно снижает реологические параметры пристеночной слизи, которые в значительной мере определяют ее цитопротективный потенциал. По-видимому, индуцированные хеликобактериозом изменения физико-химических свойств слизи могут рассматриваться как один из важных патогенетических механизмов ulcerogenesis, по крайней мере, у части больных.

Борисов Ю. Ю., Кузнецов И. В.  
Краснодарский ММИВСО,  
Россия

### Реологические свойства желудочной слизи у больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки в разных фазах заболевания

**Цель исследования:** изучение у больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки (ЯБДК) реологических (упруговязких) свойств слизистого геля желудка, в значительной мере определяющих его цитопротективный потенциал, с учетом фазы заболевания.

**Материал и методы.** Обследованы 52 больных ЯБДК в разных фазах заболевания и 25 здоровых людей. Реологические свойства слизи, выделенной центрифугированием из аспирированного желудочного секрета, изучали на прецизионном ротационном вискозиметре РЕОТЕСТ-2 (Германия) при низкой скорости сдвига ( $D=11,1 \text{ с}^{-1}$ ), когда структура геля остается интактной, и при высокой скорости ( $D=4860 \text{ с}^{-1}$ ), когда его структура полностью разрушается.

**Результаты.** Установлена четкая связь показателей упруговязких свойств слизи с фазой заболевания. Так, у больных с активной дуоденальной язвой реологические параметры значительно снижены: предел упругости — в 1,9 раза, эффективная

вязкость, измеренная при низкой и высокой скоростях сдвига, — в 2,1 и 1,5 раза соответственно (здесь и далее  $p < 0,01$ ). Упомянутые показатели у  $(83 \pm 6)\%$  больных оказались ниже нижней границы нормы, равной для предела упругости 300–600 дин/см<sup>2</sup>, а для эффективной вязкости при низкой скорости сдвига — 1800–4700 сП. Рубцевание язвы в процессе лечения сопровождалось увеличением сниженных в исходном состоянии реологических параметров в среднем в 1,5–1,3 раза, а у  $(38 \pm 5)\%$  больных — их полной нормализацией. У больных в фазе стойкой ремиссии заболевания средние величины упруговязких свойств слизи существенно не отличаются от таковых у здоровых людей, хотя у 1/5 таких больных сохраняются реологические нарушения.

**Заключение.** Представленные данные свидетельствуют о существенном ослаблении структуры слизистого геля желудка у больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки в период обострения заболевания, на что указывает резкое снижение его упруговязких свойств.

Быков А. С.<sup>1</sup>, Дмитриенко М. А.<sup>2</sup>, Быков С. Э.<sup>3</sup>, Барышников Н. В.<sup>3</sup>  
<sup>1</sup>Санкт-Петербургский государственный технологический институт (технический университет), <sup>2</sup>ООО «Ассоциация медицины и аналитики», Санкт-Петербург,

### Механизм транспорта аммиака из желудка в ротовую полость при гидролизе мочевины в присутствии гастральной уреазы

**Цель исследования:** определение транспортных путей переноса свободного аммиака из желудка в ротовую полость при гидролизе мочевины в присутствии хеликобактерной уреазы желудочной локализации.

**Материалы и методы.** В исследование были вовлечены 9 пациентов стационара с различными

видами патологии гастродуоденального комплекса. Каждый из пациентов имел гистологически подтвержденный хеликобактериоз. Всем пациентам делалась гастроскопия, во время которой стенки желудка омывались 50 мл 10 % раствора мочевины. Непрерывная динамика изменения концентрации аммиака в ротовой полости

регистровалась Хелик-аппаратом до и после проведения гастроскопии.

**Результаты.** У 8 из 9 пациентов с НР-позитивным статусом в воздухе ротовой полости достоверно ( $p < 0,001$ ) детектировался прирост аммиака. Динамика изменения концентрации  $\text{NH}_3$  в ротовой полости пациентов имела устойчивые периодические колебания с индивидуальным периодом от 20 до 60 секунд. Аммиак появлялся в ротовой полости через 5–10 минут после омывания стенок желудка, и количество его нарастало в течение всего времени измерения (9 минут).

### Нарушение пищеварительной реакции желудка как основной патофизиологический механизм формирования острой и хронической эзофагогастроуденальной патологии у специалистов экстремальных профессий

**Обоснование.** В результате клинко-морфологических исследований С. С. Вайля и Л. Б. Шейниной (30-е годы XX века), клинических и экспериментальных исследований В. М. Успенского, В. Ю. Голофеевского, С. Г. Щербака, Ю. А. Миронова (1980–1990 гг.) обоснована и изучена так называемая пищеварительная реакция желудка как одна из его основных функций.

**Цель исследования:** оценить состояние слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки у лиц, работающих на объектах по уничтожению высокотоксичных химических веществ, а также оценить особенности организации режима их труда и питания.

**Материал и методы.** Стационарно осуществлено комплексное гастроэнтерологическое обследование 163 специалистов (возраст до 43 лет), а также проведено амбулаторное наблюдение (непосредственно на объектах) более 1000 специалистов.

**Результаты.** Ранее мы сообщали о малосимптомности, но высокой частоте воспалительно-эрозивных изменений слизистой оболочки пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки, о высокой частоте (до 90%) инфицированности НР,

**Выводы.** Малое время транспорта  $\text{NH}_3$ , высокая достоверность его обнаружения в воздухе ротовой полости, а также динамика изменения концентрации, соответствующая периодичности моторики пневмоканала желудок — пищевод — ротовая полость, свидетельствуют о трансэзофагеальном пути переноса индуцированного свободного аммиака за счет постоянно существующего газового обмена между желудком и ротовой полостью. Показано, что, несмотря на высокие абсорбционные свойства  $\text{NH}_3$ , он легко детектируется в воздухе ротовой полости.

выраженной воспалительной реакции слизистой оболочки, подтвержденной гистологически (дистрофия, нарушения микроциркуляции, нейтрофильная и лимфоплазмоцитарная инфильтрация, склонность к атрофии желез и ворсинок луковицы, фиброз стромы).

При оценке контингента наблюдаемых специалистов необходимо отметить их высокую социальную обеспеченность, отсутствие вредных привычек, высококачественное питание, высокий уровень техники безопасности проводимых работ. Однако обращает на себя внимание сменный характер работ и прием пищи в разное время суток, напряженная работа в спецкостюмах на протяжении 3–4 часов, нарушения водного баланса. Можно полагать, что именно совокупность этих факторов способствует нарушению пищеварительной реакции и формированию хронического воспаления гастродуоденальной слизистой оболочки. Наши данные должны способствовать формированию новых принципов диспансеризации данной категории специалистов с возможным выходом на новые подходы к лечению и профилактике эзофагогастроуденальной патологии.

### Фактор лечения и смена штамма *Helicobacter Pylori*

**Цель исследования:** отследить, сохраняется ли выявленный штамм *Helicobacter pylori* (Нр) у больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки (ЯБДК) и хроническим гастритом (ХГ), или штамм возбудителя может меняться под влиянием лечения или без такового.

**Материалы и методы.** Были обследованы 16 пациентов, из которых 9 больных с ЯБДК в стадии обострения и 7 больных с ХГ в стадии ремиссии, не требовавшей медикаментозного лечения. Набор больных проводился случайным образом по мере обращения пациентов в эндоскопическое отделение ГКБ № 3 г. Астрахани; эндоскопическое исследование больным с ЯБДК проводилось до лечения и после лечения (амоксциллин + кларитромицин; ингибитор протонной помпы; коллоидный субцитрат висмута в стандартных дозах); больным с ХГ эндоскопическое исследование проводилось дважды с интервалом в 1 месяц (лечение пациентов не получали); при каждом эндоскопическом исследовании производилось взятие биоптата из антрального отдела желудка для выявления Нр и определения кратности вариабельных тандемных

повторов локусов (VNTR-анализ, variable number tandem repeats analysis) методом молекулярного генотипирования.

**Результаты исследования.** В группе больных с ЯБДК при первом исследовании биоптата у 8 больных выявился Нр со следующей кратностью повторов: (1) А3, D6, E13, F4; (2) А4, D10, E10, F3; (3) А4, D99, E2, F4; (4) А4, D15, E6, F2; (5) А2, D24, E3, F4; (6) А4, D19, E4, F5; (7) А3, D21, E4, F3; (8) А4, D23, E6, F4, у девятого больного выявился смешанный тип Нр: (9) А3, D99, E4, F4 и А3, D99, E14, F4.

После лечения при повторном исследовании у больных ЯБДК (1), (4), (7), (8) произошла эрадикация Нр, а у больных (2), (5), (6) Нр продолжал выявляться с сохранением Нр прежнего генотипа, а у больного (3) Нр продолжал выявляться, но с измененным генотипом А4, D17, E2, F4. У (9) Нр не типировался (слабоположительный).

У всех больных с ХГ в фазе ремиссии обнаруживался Нр: [1] А3, D22, E5, F3; [2] А5, D17, E4, F4; [3] А4, D20, E3, F2; [4] А5, D23, E17, F4; [5] А4, D20, E5, F3; [6] А4, D22, E4, F99; [7] А3, D15, E4, F4.

E-mail: bse\_mail@mail.ru,  
<sup>3</sup>Первый Санкт-Петербургский ГМУ им. И. П. Павлова

Голофеевский В. Ю.,  
 Халимов Ю. Ш., Фомичев А. В., Малышева Е. В.  
 Военно-медицинская академия им. С. М. Кирова,  
 Санкт-Петербург, Россия,  
 e-mail: vgolf@yandex.ru

Голубкина Е. В.<sup>1</sup>, Камнева Н. В.<sup>1</sup>, Умерова А. Р.<sup>1</sup>,  
 Дуюнов С. А.<sup>2</sup>, Сорочкин В. М.<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Астраханская ГМА, <sup>2</sup>ЮОМЦ  
 Правобережная больница  
 ФМБА России, Астрахань,  
<sup>3</sup>Ростовский-на-Дону  
 противочумный институт,  
 Россия

Через месяц при повторном исследовании у 2 пациентов с ХГ Нр обнаружился без геномных различий: [2] А5, D17, E4, F4; [3] А4, D20, E3, F2; у [1], [4], [5], [6] Нр сохранился слабopоложительный (не типируется).

Демина Е. И., Белова И. И.  
Алтайский ГМУ, Барнаул,  
Россия

### Первый опыт применения опросника GERDQ в диагностике гастроэзофагеальной рефлюксной болезни

**Цель исследования:** оценить выраженность клинических симптомов до начала лечения у пациентов с гастроэзофагеальным рефлюксом.

**Материал и методы.** Обследованы 13 пациентов (мужчин 2, женщин 11) в возрасте от 18 до 83 лет (средний возраст составил  $(53,0 \pm 5,5)$  года). Клинически у всех больных отмечались жжение за грудиной, регургитация съеденной пищей. Диагноз гастроэзофагеальной рефлюксной болезни был подтвержден эндоскопически в 100 % случаев. У 11 пациентов диагностирована эндоскопически негативная форма, у 2 больных — эрозивная форма, степень “А” согласно Лос-Анджелесской классификации. Всем пациентам до начала лечения предлагали заполнить русскоязычную версию опросника GerdQ для самостоятельной оценки выраженности симптомов заболевания.

**Результаты.** Итоговый балл GerdQ колебался от 8 до 16 (средний итоговый балл составил

**Выводы.** У больных с ЯБДК после курса лечения эрадикация не произошла у 5 из 9 больных; у этих 5 в одном случае сменился штамм. У всех 7 больных с ХГ (пациенты без лечения) Нр сохранился, но смены штамма выявить не удалось.

$10,9 \pm 0,7$ ). Наибольшие значения обнаружены у 2 пациентов с эрозивной формой рефлюксной болезни (16 и 13 баллов соответственно). Количество баллов, характеризующих влияние гастроэзофагеальной рефлюксной болезни на качество жизни всех пациентов (по ответам на вопросы блока “С” опросника), составило  $3,6 \pm 0,4$ . При этом двое больных эрозивной формой имели 6 и 5 баллов соответственно.

**Выводы.** Применение опросника GerdQ до начала лечения позволяет в количественном выражении оценить характерные симптомы гастроэзофагеальной рефлюксной болезни. Пациенты с эрозивной формой имели большее количество баллов, что позволяет предполагать у них более выраженную клиническую симптоматику, снижение их качества жизни в большей степени, чем у пациентов с эндоскопически негативной формой гастроэзофагеальной рефлюксной болезни.

Денисова Е. В., Назаров В. Е.  
СЗГМУ им. И. И. Мечникова,  
Санкт-Петербург, Россия

### Индивидуализация послеоперационного лечения больных с осложненной дуоденальной язвой

В последние десятилетия отмечается рост количества больных с язвенной болезнью и с ее осложненным течением. Хроническое течение заболевания приводит к выраженным патофизиологическим нарушениям, что часто заканчивается осложнениями, иногда на фоне полного благополучия. Нередко отсутствие стойкого лечебного эффекта при применении лекарственных препаратов, придают проблеме язвенной болезни как медицинское, так и социальное значение. Проблемы на послеоперационном этапе возникают, в основном, из-за недостаточной эффективности от проведенного лечения, что связано с неполноценностью назначенной специфической противоязвенной терапии или с ее отсутствием, а так же нарушением преемственности между лечащими специалистами на госпитальном и амбулаторном этапах, что и приводит к увеличению числа рецидивов осложнений язвенной болезни ДПК.

**Цели и задачи:** На основе изучения патофизиологических изменений после консервативного, эндоскопического и оперативного лечения осложненной дуоденальной язвы, разработать новые подходы к профилактике и лечению заболевания в раннем и позднем послеоперационном периодах.

**Материалы и методы.** Нами проводилось наблюдение за группой из 260 пациентов после консервативного и оперативного лечения осложненной дуоденальной язвы. Срок наблюдения составил от 6 месяцев до 8 лет. Наблюдаемая группа из 260 человек состояла из 174 мужчин (66,9 %) и 86 женщин (33,1 %), средний возраст которых составил  $46,2 \pm 1,25$  лет. Контрольная наблюдаемая группа составила 46 человек.

**Результаты и обсуждение.** В различные сроки после операции по поводу осложненной

дуоденальной язвы назначалась индивидуализированная противоязвенная терапия с учетом проведенного оперативного вмешательства, наличия или отсутствия бактериального агента, включающая как патогенетическую, так и симптоматическую терапию. Оценка результатов лечения осуществлялась по динамике патофизиологических изменений на фоне проводимой индивидуализированной терапии, а так же по длительности ремиссий, наличию обострений дуоденальной язвы и рецидивов осложнений. **Все пациенты с осложнениями язвенной болезни ДПК по принципу лечения нами были разделены на три основные группы. В первую группу мы объединили 165 больных с дуоденальным кровотечением (после консервативной остановки кровотечения, эндоскопического гемостаза или прошивания кровоточащей язвы) и пациентов после ушивания перфорации.**

Вторая группа представлена 44 пациентами с осложненной язвой ДПК, которым проведены органосохраняющие операции (различные виды ваготомий с дренирующими операциями), которые изменяли патогенез заболевания. В эту группу вошли больные с язвенными кровотечениями, перфоративной язвой, пилородуоденальным стенозом и с язвой, резистентной к лечению или длительно не рубцующейся (более двух месяцев). К третьей группе были отнесены 51 больной со всеми перечисленными осложнениями, которым была проведена резекция 2/3 желудка в различных модификациях. Эта группа объединена также по типу операции, т.к. сам вид операции вызывает более существенные патогенетические изменения в течении ЯБ, чем ее осложнения.

Для определения принципов индивидуализации лечения, мы оценили макроскопические изменения слизистой желудка и ДПК при эндоскопическом исследовании, состоянии двигательной-эвакуаторной функции при ультрасонографии, нарушении секреции и нейтрализующих свойств слизи при реогастрографии. Наличие инфекции *H. pylori* определялось различными методами (экспресс-диагностика *H. pylori* — “Хелпил-тест” при эндоскопическом

исследовании, определение антител (класса иммуноглобулина G) к *H. pylori*, определение антигена *H. pylori* в кале).

**Заключение.** В результате проведенной индивидуализированной терапии на основе выявленных морфофункциональных изменений, возникших после разных видов лечебных и оперативных пособий, количество рецидивов и осложнений уменьшилось с 30–50 % до 8–10 %.

### Модифицированный инвагинационно-муфтообразный эзофагоэюноанастомоз

**Цель исследования:** улучшить непосредственные результаты гастрэктомии при раке желудка путем модификации эзофагоэюноанастомоза по Гильяровичу.

**Материалы и методы.** В отделении абдоминальной хирургии РОНЦ с 2000 по 2011 гг. 1150 больным раком желудка III–IV стадии процесса произведена стандартная, расширенная и комбинированная гастрэктомия. Из них до 2006 г. 525 больным (45,6 %) после гастрэктомии эзофагоэюноанастомоз формирован по методике Гильяровича — Шалимова, а с 2006 по 2011 гг. 625 (54,4 %) больным эзофагоэюноанастомоз формирован по собственной модификации классического способа Гильяровича. Из 1150 больных 868 (75,5 %) больным произведена стандартная гастрэктомия в объеме D2 и 282 (24,5 %) больным — расширенная гастрэктомия. Из общего числа 555 (48,3 %) больным произведена комбинированная гастрэктомия. Предложенная модификация принципиально отличается от существующих модификаций Шалимова, Русанова и др. тем, что анастомоз приобретает инвагинационно-муфтообразный характер и лишен тех недостатков, которые имеются при классическом варианте и в его модификациях. Изучены непосредственные

результаты гастрэктомии по критериям несостоятельности эзофагоэюноанастомоза и частоты развития рефлюкс-эзофагита в зависимости от способа формирования эзофагоэюноанастомоза.

**Результаты.** Несостоятельность анастомоза наблюдалась у 21 (1,8 %) больного, в 7 (33,3 %) случаях ранняя и в 14 (66,7 %) — поздняя. Анализ по способам формирования анастомоза показал, что в 18 (85,7 %) случаях несостоятельность наблюдалась в 1-й группе и только в 3 (14,3 %) случаях во 2-й группе. Рефлюкс-эзофагит различной степени наблюдался у 30,4 % (350) больных в первой группе и у 5,3 % (61) больных во второй группе ( $p < 0,05$ ).

**Вывод.** Предложенный модифицированный инвагинационно-муфтообразный анастомоз имеет ряд преимуществ по обеспечению надежной герметичности и физиологичности в отличие от классического варианта и его существующих модификаций. Изучение непосредственных результатов по критериям несостоятельности швов анастомоза частоты встречаемости рефлюкс-эзофагита показало, что вышеуказанные осложнения в основной группе по сравнению с существующим вариантом достоверно реже.

Джураев М.Д., Худоев С.С.  
Республиканский онкологический научный центр,  
Ташкент, Узбекистан

### Ранняя диагностика опухолевых и предопухолевых патологий желудка

**Цель исследования:** улучшить результаты ранней диагностики предопухолевых и опухолевых патологий желудка с помощью эндоскопического исследования у отобранных путем анкетирования больных.

**Материалы и методы.** С целью раннего выявления предопухолевых и опухолевых патологий 40 000 населения в возрасте от 45 до 70 лет розданы анкеты с указанием основных симптомов патологии желудка. Мужчины составили 69 %, женщины — 31 %. Отбор пациентов для эндоскопического исследования проводили с учетом показаний анкеты. Эзофагогастродуоденоскопию проводили при наличии более 2 симптомов из 20. По результатам анкетирования 14 910 больным проводилось эндоскопическое исследование пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки.

С целью изучения процесса трансформации и степени инфицированности *H. pylori* при наличии атрофического гастрита брали биопсию.

**Результаты.** Предопухолевые и опухолевые патологии из 14 910 пациентов, которым проводили эндоскопическое исследование, выявлены у 12 316,

у остальных 3002 (20,2 %) больных патология не выявлена.

Среди обследованных пациентов рак желудка в I–II стадии выявлен у 9 (0,06 %), атрофический гастрит — у 468 (3,8 %), язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки — у 176 (1,2 %), пернициозная анемия — у 116 (0,8 %), аденоматозный полип желудка — у 94 (0,63 %), болезнь Менетрие — у 58 (0,4 %). Кроме этого различные виды гастродуоденита, сочетающегося с рефлюксом, выявлены у 9814 (65,8 %), а эзофагогастрит — у 1073 (7,2 %). Инфицированность *H. pylori* установлена у 92,6 % пациентов.

Итак, из обследованных 14 910 пациентов у 1012 (6,9 %) выявлена предопухолевая патология. Эти больные как группа повышенного риска взяты под контроль. Больным, у которых выявлен эзофагогастродуоденит, 10 887 (73 %), рекомендовано проведение лечения в амбулаторных условиях.

**Вывод.** Наиболее эффективным методом выявления опухолевых и предопухолевых патологий желудка в ранней стадии его развития является отбор пациентов путем анкетирования населения и проведения эндоскопического исследования.

Джураев М.Д., Абдурахманов Б.Б., Исламбекова З.А.  
Ферганский областной онкологический диспансер,  
Фергана, Узбекистан

### Структура госпитализации пациентов с ГЭРБ

С целью анализа особенностей структуры госпитализации пациентов с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью (ГЭРБ) в терапевтические

и гастроэнтерологические отделения крупного многопрофильного стационара была проанализирована база данных пролеченных больных за 2009–2011 гг.

Дудина О.В., Яблонская В.Н., Пиджимян В.П., ПСПбГМУ им. акад. И.П. Павлова, Санкт-Петербург, Россия

Всего с диагнозом ГЭРБ выписано 102 человека; из них 40 (0,39) мужчин и 62 (0,61) женщины. Доля госпитализированных по экстренным показаниям оказалась невелика — 12,7%; гендерных различий не получено.

Наибольшее количество пациентов с ГЭРБ зафиксировано в апреле, октябре и декабре (13,7%, 12,7% и 14,7% соответственно), что, возможно, отражает сезонность течения патологии.

Зверков И. В., Володин Д. В., Топчий Т. Б., Минушкин О. Н.  
УНМЦ УД Президента РФ,  
Москва, Россия

### Новые подходы в лечении язвенной болезни (ЯБ)

*Цель исследования:* показать новые подходы и комбинации в лечении язвенной болезни (антисекреторные, антибактериальные, противовирусные).

*Материал и методы.* На 101 больном ЯБ показаны новые подходы в терапии ЯБ: антисекреторные (новые препараты блокаторов «протонной помпы»), антибактериальные (дозы и длительность эрадикации в зависимости от частоты обсемененности НР), противовирусные (противовирусные препараты). Методы стандартные (эндоскопические, морфологические, иммуноморфологические, клинические), критерии их эффективности общеприняты.

В то же время при анализе гендерных особенностей обнаружено совпадение пиков общей госпитализации с максимальным количеством госпитализированных в апреле и октябре мужчин (20% и 17,5% соответственно), а в декабре — женщин (21%).

Таким образом, выявлены различия в структуре госпитализированных пациентов с ГЭРБ как по гендерному, так и по временному признакам.

*Результаты.* Новые препараты блокаторов «протонной помпы» показали эффективность по результатам ЭГДС и эндоскопической pH-метрии. При эрадикации выявлено, что чем меньше частота обсемененности НР в желудке (+, ++, +++), тем меньше доза и длительность приема антибиотиков (кларитромицина, амоксицилина). Добавление противовирусных препаратов к противоязвенной терапии стимулировало рубцевание трудно рубцующихся гастродуоденальных язв.

Каримов М. М., Саатов З. З., Собирова Г. Н., Дусмухамедова Э. Х.  
ОАО «Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр терапии и медицинской реабилитации», Ташкент, Узбекистан.  
E-mail: mirvasit61@rambler.ru

### Коррекция дуоденогастрального рефлюкса у больных гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью

*Цель исследования:* оценить эффективность урсодезоксихолевой кислоты (УДХК) в терапии щелочного варианта гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (ГЭРБ).

*Материал и методы.* В исследование включены 30 больных со щелочным вариантом ГЭРБ. Щелочной вариант ГЭРБ диагностировали как визуально при эндоскопическом исследовании путем выявления дуоденогастрального рефлюкса (ДГР), так и изучением биохимического состава дуоденогастрального рефлюктата в желудочном соке.

*Результаты исследования.* Выявлено увеличение доли свободных желчных кислот (ЖК) в виде токсичных деконъюгированных солей ЖК, пула лизофосфатидилхолина (ЛФХ) и снижение пула фосфатидилхолина (ФХ). Также определена высокая активность фермента фосфолипазы  $A_2$ , уменьшение количества секреторного иммуноглобулина А (sIg A). УДХК способствовала снижению частоты

ДГР на 74%, снижению доли токсичных деконъюгированных солей ЖК и увеличению конъюгированных ЖК ( $p < 0,01$ ). Изучение фосфолипазной активности желудочного сока выявило достоверное снижение уровня фермента фосфолипазы  $A_2$  на 62% ( $p < 0,01$ ). Как указывалось выше, наличие таких факторов агрессии, как токсичные деконъюгированные соли ЖК и фосфолипазная активность неблагоприятно отражалось на факторах защиты слизистой оболочки желудка. В результате использования УДХК содержание sIg A у больных увеличилось в 2,3 раза по сравнению с исходными показателями.

*Выводы.* УДХК способствует снижению агрессивных свойств дуоденогастрального рефлюктата путем снижения количества токсичных деконъюгированных солей ЖК, фосфолипазной активности, нормализации фосфолипидного состава и повышения содержания sIg A.

Каримов М. М., Собирова Г. Н., Саатов З. З., Рустамова С. Т.  
ОАО «Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр терапии и медицинской реабилитации», Ташкент, Узбекистан.  
E-mail: mirvasit61@rambler.ru

### Роль дуоденогастрального рефлюктата в течении гастроэзофагеальной рефлюксной болезни

*Цель исследования:* изучить биохимические свойства желудочного сока у больных со щелочным вариантом ГЭРБ.

*Материал и методы.* Обследованы 30 пациентов со щелочным вариантом ГЭРБ, который диагностировали при эндоскопическом исследовании путем выявления дуоденогастрального рефлюкса (ДГР), а также лабораторно изучением биохимического состава дуоденогастрального рефлюктата в желудочном соке по содержанию желчных кислот (ЖК). Контрольную группу составили 10 здоровых лиц.

*Результаты исследования.* У лиц контрольной группы содержание ЖК в желудочном соке составило  $(54,3 \pm 3,8)$  мг%. У пациентов с ГЭРБ содержание ЖК было достоверно выше, чем у контрольной группы, и составило  $(85,7 \pm 4,6)$  мг% ( $p < 0,01$ ).

Выявлено, что в желудочном соке контрольной группы в большей степени преобладают первичные **высокие желчные кислоты** в виде конъюгатов с глицином и таурином. В аналогичных показателях желудочного сока больных ГЭРБ отмечается более высокий процент вторичных, деоксихолевых желчных кислот, представленных деоксихолевой и хенодеоксихолевой кислотами, которые в отличие от первичных, гидрофильных желчных кислот обладают цитотоксическими свойствами.

*Выводы.* Таким образом, проведенные исследования показали, что у больных со щелочным вариантом ГЭРБ в желудочном соке увеличивается содержание вторичных (токсичных), гидрофобных деоксихолевых ЖК, оказывающих прямое повреждающее воздействие на слизистую оболочку желудка.

## Антибиотикорезистентность хеликобактерной инфекции при хронических заболеваниях желудка и двенадцатиперстной кишки у военнослужащих республики карелия

**Цель исследования:** определить частоту распространения антибиотикорезистентности *Helicobacter pylori* (НР) у военнослужащих Республики Карелия (РК), страдающих хроническими заболеваниями желудка и двенадцатиперстной кишки.

**Материалы и методы.** Исследована антибиотикорезистентность НР у 16 больных: 10 — хроническим гастритом, 6 — язвенной болезнью (желудка — 1, двенадцатиперстной кишки — 5). При фиброгастроуденоскопии выполнялась множественная биопсия слизистой тела, антрального отдела желудка и луковицы двенадцатиперстной кишки с посевом биопатов на среды по методу, рекомендованному институтом Пастера (Санкт-Петербург), чувствительность к антибиотикам определялась с помощью набора стандартных дисков.

**Результаты.** Минимальная частота резистентности НР выявлена к амоксициллину — у 3 (18,8%) больных, затем к кларитромицину — у 5 (31,3%)

больных, к левофлоксацину — у 6 (37,5%), к рифампицину — у 7 (43,8%), к фуразолидону — у 9 (56,3%); максимальная устойчивость была к тетрациклину — у 10 (62,5%) больных. Сочетанная резистентность к амоксициллину и кларитромицину определялась у 2 (12,5%) больных, а сочетанная чувствительность — у 7 (43,8%) пациентов. Среди обследованных пациентов 8 (50,0%) ранее получали эрадикационную терапию I линии, но сроков лечения не выдерживали по разным причинам; 8 (50,0%) пациентов ранее антибактериального лечения хеликобактерной инфекции не получали.

**Выводы.** У военнослужащих РК, страдающих хроническими заболеваниями желудка и двенадцатиперстной кишки, выявлена минимальная частота резистентности НР к амоксициллину (18,8%), средняя — к кларитромицину (31,3%) и максимальная — к тетрациклину (62,5%), что учитывалось при проведении эрадикационной терапии.

Кирсань И. В., Военнушкина Е. И., Дуданова О. П. Медико-санитарная часть УФСБ России по Республике Карелия, Петрозаводский государственный университет, Петрозаводск, Россия

## Хеликобактерная инфекция в структуре хронических заболеваний желудка и двенадцатиперстной кишки у военнослужащих республики карелия по результатам бактериологического исследования

**Цель исследования:** определить роль хеликобактерной инфекции в структуре хронических заболеваний желудка и двенадцатиперстной кишки (ДПК) у военнослужащих РК по данным бактериологического исследования.

**Материалы и методы.** Обследованы 54 больных: 24 (44,4%) хроническим гастритом, 13 (24,1%) хроническим гастродуоденитом, 17 (31,5%) язвенной болезнью (2 — желудка, 15 — ДПК). Выполнялась множественная биопсия слизистой тела, антрального отдела желудка и ДПК. Биоптаты помещались в анаэробную транспортную среду, не позднее 20 минут выполнялся посев на питательные среды — Шиндлера и стрептококковый агар (в условиях повышенного уровня CO<sub>2</sub>), кровяной агар, среду Сабуро, желтушно-солевой агар, среду Макконки. Рост бактерий происходил в течение 10 дней с проверкой каждые 2 дня. Выполнялись уреазные тесты.

## Осложнения пункционной гастростомии

**Цель исследования:** анализ осложнений пункционной гастростомии.

**Материалы и методы.** Проанализированы результаты эндоскопической гастростомии у 13 больных (мужчин 8, женщин 5). Средний возраст составил 63 года. У 7 больных гастростомия выполнялась при бульбарных нарушениях глотания; в 2 случаях при стенозирующем раке пищевода, гортаноглотки; в 3 — при нисходящем гнойном медиастините у больных на продленной ИВЛ и в 1 — у больного со сформированным трахеопищеводным свищем. Во всех случаях применялась система PEG-24 PULL-I-S фирмы COOK. Проведение гастростомии осуществляли по рекомендованной изготовителем методике. Компрессию силиконовым уплотнителем сохраняли 3–5 дней. Питание больных через гастростому начинали со вторых суток после операции. Операцию выполняли в условиях

**Результаты.** Рост НР получен у 16 пациентов (29,6%) — у 14 (87,5%) в монокультуре, у 2 (12,5%) в сочетании со стрептококком группы В и акинетобактером. У 15 (93,8%) больных с НР выявлено хроническое воспаление слизистой желудка и ДПК, у 13 (81,3%) из них определялась нейтрофильная инфильтрация: у 5 — умеренная и у 8 — выраженная. У 7 (43,8%) больных с выраженной нейтрофильной инфильтрацией имелось эрозивное или язвенное поражение слизистой. У 9 (56,2%) больных верифицирована атрофия слизистой желудка, у 4 (25%) — кишечная метаплазия.

**Выводы.** НР-инфекция при бактериологическом исследовании выявлялась у 29,6% больных с хроническими заболеваниями желудка и двенадцатиперстной кишки. Эндоскопические и гистологические признаки эрозивно-язвенного поражения выявлялись у 43,8% пациентов, хронического воспаления с атрофией желез — у 56,2% пациентов.

Кирсань И. В., Военнушкина Е. И., Дуданова О. П. Медико-санитарная часть УФСБ России по Республике Карелия, Петрозаводский государственный университет, Петрозаводск, Россия

реанимационного отделения (9) или операционной (4) под местной анестезией, а в 3 случаях с внутривенной седацией.

**Результаты.** Всего внутрибрюшных осложнений было 2 (15%). Интраоперационных осложнений непосредственно при установке гастростомы не возникло ни в одном случае. У 4 больных с избыточным питанием успешно выполнить пункцию желудочной стенки удалось со 2–3 попытки, поскольку игла попадала в паренхиму печени. В 1 случае на 5-е сутки развилась картина разлитого перитонита. При лапаротомии выявлено, что гастростомическая трубка проходила через край печени, дистальный ее конец с манжетой мигрировал под левую долю печени сквозь стенку желудка, причем дефект стенки желудка полностью закрылся. Еще в 1 случае компрессию гастростомы уменьшили на 2-е сутки, картина перитонита развилась на 4-е сутки от

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

гастростомии. На операции выявлено неплотное прилегание стенки желудка к передней брюшной стенке в зоне гастростомы. В 3 случаях отмечалось появление небольшого кожного пролежня под кольцом-уплотнителем. После уменьшения компрессии дефекты кожи закрылись. В 1 случае у пациента с трахеопищеводным свищем, на фоне длительной компрессии отмечена миграция гастростомической трубки под слизистую желудка, а затем под апоневроз с полным самостоятельным закрытием дефекта стенки желудка. В этом случае, учитывая закрытие свища, гастростома была удалена.

Мазурин В. С., Прищепо М. И., Титов А. Г., Кригер П. А., Шестаковская Е. Е., Фролов А. В., Подлеских М. Н. МОНИКИ им. М. Ф. Владимирского, Москва, Россия, e-mail: AGTitov@mail.ru

### Лечение ущемленных диафрагмальных грыж

*Цель исследования:* улучшение результатов лечения ущемленных диафрагмальных грыж.

За период с 1995 г. по 2014 г. в хирургическом торакальном отделении МОНИКИ проходили лечение 12 больных с диагнозом «ущемленная диафрагмальная грыжа». Время до постановки диагноза — в среднем (4±1) дня. У 7 больных выявлена посттравматическая грыжа левого купола диафрагмы, у 3 — параэзофагеальная, у 2 больных была ущемленная рецидивная грыжа ПОД. У всех больных был ущемлен желудок, у 5 — ободочная кишка и большой сальник и у 1 — селезенка. «Свежая» травма наблюдалась у 2 (3 и 7 дней), остальные поступили в сроки от 2 до 12 лет с момента травмы. Во время операции выявлен некроз стенки ущемленных органов у 5 пациентов, что потребовало выполнить резекцию пищевода в 1 случае, в 3 — желудка и в 1 — толстой кишки; у 1 больного

*Выводы.* Пункционная гастростомия под ЭГДС-контролем является хорошей альтернативой традиционной операции у больных с дисфагией при условии сохраняющейся проходимости пищевода для эндоскопа, однако данная методика не лишена возможных осложнений. Для снижения вероятности осложнений целесообразно выполнять УЗ-разметку нижнего края печени на брюшной стенке непосредственно перед операцией и сохранять компрессию гастростомы не менее 3–5 дней с последующим уменьшением давления уплотнителя.

выполнено погружение линии некроза на желудке узловыми серозно-мышечными швами, у 2 — выполнено ушивание перфораций в желудке после попытки дренирования. В послеоперационном периоде умерли 3 больных.

*Выводы.* 1. Ущемленные диафрагмальные грыжи — редкая патология, представляющая большие сложности в диагностике. 2. При ущемленной диафрагмальной грыже показано экстренное хирургическое лечение в объеме ликвидации грыжи и пластики грыжевых ворот. 3. При ущемленной диафрагмальной грыже оптимальным доступом является срединная лапаротомия, при которой возможно выполнение резекционных операций. 4. При операциях по поводу больших кардиофундальных грыж рекомендовано выполнение адекватной круорографии и фиксации манжеты к диафрагме. 5. Результат лечения зависит от длительности заболевания.

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

### Урсодеоксихолевая кислота в поддерживающей терапии ГЭРБ у больных с резекцией желудка или гастрэктомией

*Цель исследования:* определить эффективную дозу препарата урсодеоксихолевой кислоты для поддерживающей терапии рефлюкс-эзофагита у больных с резекцией желудка или гастрэктомией.

*Материал и методы.* К исследованию приняты 25 пациентов (мужчин 13, женщин 12) после окончания 4–6-месячного курсового лечения препаратом УДХК в стадии клинко-эндоскопической ремиссии. Средний возраст больных составил (65,2±10,0) года, 12 перенесли гастрэктомию, 13 — резекцию желудка. Больные 1-й группы (n=12) получали препарат в дозе 2,5 мг/кг/сутки; пациенты 2-й группы (n=13) — 5 мг/кг/сутки в течение 2 месяцев. Исходно, на 28-й и 56-й день поддерживающей терапии проводилась ЭГДС, по десятибалльной шкале оценивалась степень выраженности клинических проявлений и качество жизни по визуальной аналоговой шкале (ВАШ).

*Результаты.* В 1-й группе наблюдали возникновение изжоги у 16,7% (2 чел.) пациентов на 28-й

день и у 58,3% (7 чел.) пациентов на 56-й день. Степень выраженности изжоги возросла с 0 до (4,9±0,9) балла (56-й день). К 56-му дню лечения у 25% больных 1-й группы наблюдалась отрицательная динамика эндоскопической картины (трансформация очаговой гиперемии нижней трети пищевода в диффузную) и достоверное снижение уровня качества жизни по сравнению с исходным. Больные 2-й группы сохранили клинко-эндоскопическую ремиссию и исходный высокий уровень качества жизни.

*Заключение.* Эффективной дозой препарата УДХК, позволяющей сохранить достигнутую клинко-эндоскопическую ремиссию у всех больных, является 5 мг/кг/сутки. Применение препарата в дозе 2,5 мг/кг/сутки было малоэффективным: наблюдали клинический рецидив заболевания (58,3% случаев), отрицательную эндоскопическую динамику (25%) и снижение уровня качества жизни.

Налетов А. В., Гуз Н. П. Донецкий НМУ им. М. Горького, Медицинский центр «Гастро-лайн», Донецк, Украина

### Синдром избыточного бактериального роста тонкой кишки у детей с язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки

*Цель исследования:* изучение распространенности синдрома избыточного бактериального роста (СИБР) тонкой кишки среди детей с язвенной болезнью (ЯБ) двенадцатиперстной кишки (ДПК), ассоциированной с *Helicobacter pylori* (НР).

*Материалы и методы.* Обследованы 60 детей в возрасте от 9 до 17 лет с ЯБ ДПК, ассоциированной

с инфекцией НР. НР диагностирована у всех пациентов двумя методами: быстрым уреазным тестом с биопсийным материалом и уреазным дыхательным «Хелик»-тестом («АМА», Россия). Группу сравнения составили 30 условно здоровых детей того же возраста. Для диагностики СИБР всем детям проводился водородный дыхательный тест

с нагрузкой лактулозой с использованием цифрового анализатора выдыхаемого водорода «Лактофа Н<sub>2</sub>» («АМА», Россия).

**Результаты.** Установлено, что развитие язвенных изменений слизистой оболочки ДПК практически у всех детей сочеталось с развитием избыточного роста анаэробных бактерий в просвете тонкой кишки. При этом СИБР тонкой кишки у пациентов с ЯБ ДПК, ассоциированной с НР, выявлялся достоверно чаще ( $p < 0,001$ ), чем у здоровых детей. Так,

СИБР выявлен у 57 — (95,0±2,8)% детей с ЯБ ДПК, среди детей группы сравнения СИБР диагностирован лишь у 4 — (13,3±6,2)% пациентов.

**Выводы.** Таким образом, ЯБ ДПК, ассоциированная с НР, у детей протекает на фоне развития СИБР тонкой кишки, что может ухудшать результаты лечения данных пациентов. В эрадикации НР-инфекции необходимо дополнительное использование пробиотических препаратов для коррекции нарушений микрофлоры кишечника.

## Эпидемиология язвенной болезни в республике Карелия как регионе европейского севера России

**Цель исследования:** изучение эпидемиологии язвенной болезни в Республике Карелия (РК).

Сегодня активно изучается роль неблагоприятных факторов окружающей среды в формировании различных заболеваний, в том числе и заболеваний желудочно-кишечного тракта (ЖКТ). Это актуально для территорий Севера, где условия жизни отличаются высокой суровостью. РК относится к регионам Европейского севера России. Заболевания ЖКТ — индикаторная патология жителей Севера: как общая, так и первичная заболеваемость ими населения в РК в течение пяти последних лет превышает среднероссийский уровень в 1,4–1,6 раза, а в структуре смертности населения болезнями органов пищеварения стабильно занимают пятое место с удельным весом 4,6–7,0% без тенденции к снижению. Проблема язвенной болезни (ЯБ) — одна из актуальных в гастроэнтерологии: несмотря на достижения современной терапии, эта патология не поддается окончательному излечению. В РК

общая заболеваемость всего населения ЯБ двенадцатиперстной кишки и желудка в 2011 и 2012 гг. составляла 19,2 и 17,8 соответственно, что больше средних показателей по РФ в 2–2,5 раза. Среди детского населения в возрасте до 17 лет отмечался незначительный прирост общей заболеваемости с 2,0 в 2011 г. до 2,1 в 2012 г. Первичная заболеваемость населения ЯБ двенадцатиперстной кишки и желудка 2011–2012 гг. составляла 2,3–2,0 и тоже превышала в 2 раза аналогичный показатель по РФ. При этом отмечен прирост первичной заболеваемости этой патологией среди детского населения региона с 0,4 в 2011 г. до 0,7 в 2012 г.

Таким образом, в РК заболеваемость населения ЯБ двенадцатиперстной кишки и желудка остается стабильно высокой (при этом в таких регионах Европейского севера России, как Мурманская и Архангельская области, отмечается ее снижение), а среди детского населения региона даже возрастает.

Никифорова Н. А.,  
Карапетян Т. А., Доршак  
Кова Н. В.  
Петрозаводский государственный университет,  
Россия

## Тиреоидный статус у детей с хроническим гастродуоденитом в сочетании с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью в период становления пубертата

**Цель исследования:** оценить изменения уровня тиреотропного гормона (ТТГ), трийодтиронина (Т<sub>3</sub>) и тироксина (Т<sub>4</sub>) в крови у детей 8–15 лет, находящихся в I–III стадиях полового созревания (СПР), страдающих хроническим гастродуоденитом (ХГД) в сочетании с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью (ГЭРБ), с учетом тяжести поражения слизистой оболочки (СО) верхних отделов пищеварительного тракта (ВОПТ).

**Материалы и методы.** Обследованы 154 ребенка в возрасте 8–15 лет, находящихся в I–III СПР, с обострением ХГД+ГЭРБ. У 84 детей (1-я группа) выявлен поверхностный гастродуоденит (ПГД)+ГЭРБ; у 70 больных (2-я группа) — эрозивный гастродуоденит (ЭГД)+ГЭРБ. Также обследованы 56 детей из I–II групп здоровья (группа контроля). Исследование уровня ТТГ, Т<sub>3</sub>, Т<sub>4</sub> в сыворотке крови проводилось методом иммуноферментного анализа наборами фирмы «Алкор Био» (Россия).

**Результаты.** Установлено, что уровень ТТГ у больных с ЭГД+ГЭРБ выше, чем у пациентов с ПГД+ГЭРБ и у детей контрольной группы (3,95±0,17) мкМЕ/мл; (1,87±0,15) мкМЕ/мл; (1,83±0,16) мкМЕ/мл соответственно,  $p < 0,05$ ). Выявленные изменения со стороны ТТГ сочетались с пониженными уровнями Т<sub>3</sub> во 2-й группе (преимущественно у девочек при *Helicobacter pylori*-ассоциированном процессе) в сравнении группой контроля — (2,15±0,23) мкМЕ/мл; (1,79±0,29) мкМЕ/мл соответственно,  $p < 0,05$ . Статистически значимых изменений со стороны уровня Т<sub>4</sub> у детей 2-й группы в сравнении с контрольными значениями не обнаружено ( $p > 0,05$ ).

**Заключение.** Полученные данные свидетельствуют о формировании вторичного транзиторного гипотиреоза у детей в I–III СПР с эрозивными поражениями СО ВОПТ.

Панова И. В.  
Ростовский ГМУ, Ро-  
стов-на-Дону, Россия.  
E-mail: pan\_tol@list.ru

## Сравнение комбинированной терапии ингибитором протонной помпы (ИПП) и препаратом альгиновой кислоты и монотерапии ИПП в лечении больных с эрозивным эзофагитом после применения нестероидных противовоспалительных препаратов (НПВП)

**Введение.** Известно, что применение НПВП (в том числе низких доз аспирина) является фактором риска развития повреждений слизистой не только желудка, но и пищевода (особенно эрозивно-язвенных). Однако исследования по лечению данной

патологии не проводились (используются стандарты лечения гастроэзофагеальной рефлюксной болезни).

**Цель** — оценить эффективность ИПП и комбинированной терапии ИПП и препаратом альгиновой

Пахомова И. Г.<sup>1</sup>, Белоу-  
сова Л. Н.<sup>1</sup>, Барышников-  
ва Н. В.<sup>2</sup>  
<sup>1</sup>СЗГМУ им. И. И. Мечникова,  
<sup>2</sup>ПСПБГМУ им. И. П. Павлова

кислоты «Гевискон-форте» в лечении эрозивного эзофагита после приема НПВП.

**Материалы и методы исследования.** В исследование были включены 68 больных с эрозивным эзофагитом, которые принимали НПВП не менее 1 месяца и испытывали изжогу. Пациенты были разделены на 2 группы: 1-я группа (n=30) получала ИПП (препарат «Пантопразол») 40 мг один раз в день и препарат «Гевискон-форте» 10 мл после еды 3 раза в день и 10 мл на ночь в течение 14 дней, 2-я группа (n=38) получала ИПП (пантопразол) в дозе 40 мг утром. Все пациенты ежедневно заполняли специально разработанный опросник; до и после лечения были проведены эзофагогастроскопия и мониторинг pH.

**Результаты.** При применении комбинированной терапии ИПП и гевисконом-форте была отмечена более быстрая динамика симптомов (изжога на 7-й день лечения купирована у 53,3% больных, на 14-й день — у 90,0%,  $p < 0,05$  в сравнении со 2-й группой) по сравнению с изолированным применением ИПП (изжога на 7-й день купирована у 42,1% пациентов, на 14-й день — у 68,4%). Более выраженная положительная динамика эндоскопической

картины отмечалась в группе пациентов, получавших комбинированную терапию (на 14-й день полное заживление эрозий наблюдалось у 73,3% пациентов в 1-й группе и у 60,5% во 2-й группе,  $p < 0,05$ ). На фоне комбинированного лечения ИПП и гевисконом-форте было отмечено улучшение результатов суточного мониторинга pH: значительно сократился процент времени с  $pH < 4$  в течение дня (с 23,5% до 7%), общее число рефлюксов уменьшилось со 161 до 52,2 в течение 24 часов ( $p < 0,05$  в сравнении со 2-й группой). В группе пациентов, получающих только ИПП, процент времени с  $pH < 4$  в течение дня уменьшился с 21,7% до 10,1%, общее число рефлюксов уменьшилось со 143 до 72,2. За время лечения побочных эффектов и аллергических реакций зарегистрировано не было.

**Выводы.** На фоне комбинированной терапии ИПП и гевисконом-форте отмечается более высокая клиническая и эндоскопическая эффективность в лечении эрозивного эзофагита после применения НПВП по сравнению с монотерапией ИПП. Кроме того, комбинация ИПП и гевискона-форте безопасна для применения.

Поздникова О.Ю., Аленичева Т.М., Дуданова О.П.

Отделенческая клиническая больница на ст. Петрозаводск ОАО «РЖД», Петрозаводский государственный университет, Россия

## Роль дуоденогастрального рефлюкса в развитии гастроэзофагеальной рефлюксной болезни

**Цель исследования:** определить частоту и клиническое значение дуоденогастрального рефлюкса у больных гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью.

**Материалы и методы исследования.** Эзофагогастроскопия (Olympus PQ-20) выполнена 340 больным с клиническими эзофагеальными симптомами гастроэзофагеальной рефлюксной болезни: изжога, горечь во рту, чувство тяжести за грудиной, которые они испытывали не реже 1 раза в неделю. Мужчин было 142 (41,8%), женщин 198 (58,2%), средний возраст обследованных составил  $(44,5 \pm 10,2)$  года (колебания от 15 до 83 лет).

**Результаты.** Эндоскопическое исследование верхних отделов пищеварительного тракта показало наличие функциональных нарушений у 208 (61%) пациентов, из них у 113 (54,3%) пациентов диагностирована изолированная недостаточность

кардии, а у 95 (45,7%) — недостаточность кардии в сочетании с дуоденогастральным рефлюксом. Анализ эндоскопических симптомов поражения слизистой пищевода в данных подгруппах показал наличие рефлюкс-эзофагита у 53 (46,9%) пациентов с изолированной недостаточностью кардии и у 50 (52,6%) пациентов с сочетанием недостаточности кардии и дуоденогастрального рефлюкса,  $p > 0,05$ . При этом отмечена тенденция к росту степени выраженности воспалительных изменений пищевода во второй подгруппе: увеличение количества пациентов с рефлюкс-эзофагитом 3–4 степени с 36% в первой подгруппе до 40% во второй ( $p > 0,05$ ).

**Выводы.** Дуоденогастральный рефлюкс выявлялся у 45,7% пациентов с ГЭРБ, он усугублял эндоскопическую картину и служил показанием для подключения к антисекреторной терапии препаратов урсодеоксихолевой кислоты.

Сысоев К.В., Марданов Д.Н., Шаверская Э.Ш., Ефремова Л.И., Соловьева Н.В.  
ГП № 1 МЗ УР, Ижевская ГМА, Ижевск, Россия

## Диагностическая оценка дыхательного теста на *H. Pylori*

**Цель исследования:** оценить эффективность использования тест-системы ХЕЛИК с цифровым аппаратом в выявлении патологии верхних отделов желудочно-кишечного тракта.

**Материалы и методы.** Обследованы 350 человек в возрасте 25–65 лет. Обследование проводилось в рамках периодического осмотра, все исследуемые практически здоровые. Всем пациентам проводился дыхательный уреазный тест с помощью тест-системы ХЕЛИК с цифровым аппаратом, состояние слизистой оболочки желудка оценивалось во время проведения цифровой видеоэзофагогастродуоденоскопии аппаратом РЕНТАХ ЕРК-і, функциональное состояние СОЖ оценивалось посредством интрагастральной пристеночной pH-метрии с помощью АГМ-03.

**Результаты.** В 65,7% случаев (230 человек) был выявлен *H. pylori*, в 32,9% (120 человек) результат дыхательного уреазного теста

был отрицательный. Проведение ВФГДС у лиц с Нр-положительным результатом позволило выявить: эрозивно-язвенные процессы в СОЖ и двенадцатиперстной кишки в 47,82% случаев (110 человек), полипы желудка — в 5,22% (12 человек), рубцовую деформацию луковицы двенадцатиперстной кишки — в 15,21% (35 человек), в то время как у лиц с отрицательным дыхательным тестом органической патологии выявлено не было. Нарушение кислотопродуцирующей и ощелачивающей функции желудка было выявлено в 94,34% (217 человек) при положительном Нр-статусе и в 5,83% (7 человек) при отрицательном Нр-статусе.

**Выводы.** Дыхательный уреазный тест на Нр с помощью тест-системы ХЕЛИК с цифровым аппаратом является эффективным скрининговым методом выявления патологии верхних отделов ЖКТ.

## Морфологическая характеристика полных эрозий слизистой оболочки желудка

*Цель:* изучить патоморфологические характеристики слизистой оболочки желудка при полных эрозиях.

*Материалы и методы.* Обследованы 186 человек с полными эрозиями слизистой оболочки желудка. Возраст обследованных составлял от 18 до 78 лет. Эрозивный процесс локализовался преимущественно в антральном отделе — в 166 случаях (89,2%), в нижней и средней трети тела желудка выявился у 20 больных (11,8%). Всем больным проводилась эзофагогастродуоденоскопия с прицельным забором биопсийного материала из очагового поражения (полной эрозии) с последующим гистологическим исследованием.

*Результаты.* На основании морфологической оценки были определены основные типы патологических изменений слизистой оболочки желудка в очагах поражений.

Атрофический гастрит был выявлен у 131 больного (70,4%), атрофический гастрит

с перестройкой эпителия по кишечному типу (кишечная метаплазия) — у 22 больных (11,8%), при этом у 12 больных (6,4%) — метаплазия по тонкокишечному, полному типу и у 10 пациентов (5,4%) — метаплазия по толстокишечному, неполному типу.

Гиперпластические и гипертрофические изменения были обнаружены у 19 больных (10,2%).

Хронический гастрит 2 и 3 степени активности присутствовал у 8 больных (4,4%).

Дисплазия слабой степени тяжести была выявлена у 3 пациентов (1,6%), дисплазия средней степени тяжести — у 2 (1,1%), дисплазия тяжелой степени была верифицирована в 1 случае (0,5%).

*Выводы.* Морфологическая картина полных эрозий слизистой оболочки желудка в своем большинстве представлена атрофическими изменениями, а также сочетанием атрофии с явлениями кишечной метаплазии.

Сысоев К. В., Шаверская Э. Ш., Ефремова Л. И., Сысоев С. В., Марданов Д. Н.  
ГП № 1 МЗ УР, Ижевская ГМА, Ижевск, Россия

## Дифференциальная диагностика ахалазии кардии

Частота ахалазии кардии (АК) по данным различных авторов колеблется в пределах 3,1%-20% от всех заболеваний пищевода. АК наиболее часто поражает трудоспособное население в периоде 20–50 лет жизни. Клиническая картина АК не всегда однозначно указывает на патологию пищевода. Наибольшие трудности представляет дифференциальный диагноз ахалазии кардии и кардиоэзофагеального рака.

*Цель работы:* оценить эффективность эндоскопического исследования в дифференциальной диагностике ахалазии кардии (АК).

*Материал и методы.* В хирургическом торакальном отделении МОНКИ в 1988–2013 гг. наблюдались 478 больных АК. Диагноз основывался на рентгенологическом (478), эндоскопическом (478) исследованиях и рентгеновской компьютерной томографии (53).

Эндоскопический метод позволил оценить состояние слизистой пищевода, степень расширения его просвета, эластичность стенок, выявить наличие сдавления извне, а также при необходимости

произвести биопсию слизистой оболочки пищевода.

Эзофагогастроскопия также позволяла проводить бужирование кардии под визуальным контролем в максимально безопасном режиме, особенно при сложной геометрии просвета пищевода, нередкой у больных АК.

*Результаты.* Чувствительность эндоскопического метода при диагностике ахалазии кардии составила 87%, а рентгенологического метода — 95%. При выполнении эндоскопического исследования в 6 случаях исключена АК, ложно диагностированная при рентгенологическом исследовании. В 4 случаях диагностирован КЭР, ранее не выявленный. В 3 случаях рак диагностирован только по данным РКТ. Осложнений кардиобужирования не было.

*Выводы.* Эндоскопическое исследование является важным компонентом дифференциальной диагностики АК. При выполнении эндоскопического исследования у больных с АК нередко проводится безопасное первичное расширение кардии в виде кардиобужирования.

Фролов А. В., Аллахвердян А. С., Шабаров В. Л., Прищепо М. И., Кригер П. А.  
МОНКИ им. М. Ф. Владимирского, Москва, Россия

## Применение лазеротерапии в комплексном лечении больных язвенной болезнью

*Целью исследования* явилось изучение влияния квантовой терапии на состояние лизосомальных ферментов полиморфноядерных нейтрофилов у больных язвенной болезнью (ЯБ) двенадцатиперстной кишки (ДПК).

*Материал и методы исследования.* Всего были обследованы 42 пациента с использованием эндоскопии и прицельной биопсии. Биохимические методы исследования включали исследование лизосомальных ферментов полиморфноядерных нейтрофилов. Первая группа (22 больных) получала квантовую терапию (импульсное инфракрасное лазерное излучение полупроводникового арсенид-галлиевого лазерного диода) и стандартную трехкомпонентную эрадикационную терапию, больные (20) второй группы квантовую терапию не получали.

*Результаты исследования.* Анализ результатов исследования иммунологической реакции организма у больных ЯБ ДПК в зависимости от получаемого лечения свидетельствует о достоверном повышении концентрации иммунных комплексов в первой группе больных, когда ее уровень составил  $(34,8 \pm 1,9)$  усл. ед. против  $(18,9 \pm 1,1)$  усл. ед. во второй группе. Это говорит об активации общей бактерицидной и фагоцитарной активности лейкоцитов, показатели которых оказались в 1,5–2 раза выше, чем у больных второй группы.

*Выводы.* Можно предположить, что под влиянием квантовой терапии у больных ЯБ ДПК нейтрофильный лейкопедез способствует повышению бактерицидных свойств желудочного сока и противомикробной резистентности слизистой оболочки желудка.

Хамрабаева Ф. И., Туляганова Ф. М.  
Ташкентский институт усовершенствования врачей, Узбекистан

Шаверская Э. Ш.,  
Ефремова Л. И., Кари-  
мова Л. М., Сысоев К. В.,  
Марданов Д. Н.  
ГП № 1, Ижевск, Ижевская  
ГМА, Россия

### Исследование двигательной функции желудка у пациентов с ГЭРБ

**Цель исследования:** изучение особенностей моторной функции желудка у пациентов с изолированным течением гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (ГЭРБ) и в сочетании ГЭРБ с хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ).

**Материал и методы исследования.** Обследованы 37 больных ХОБЛ в сочетании с ГЭРБ и 46 пациентов с изолированной ГЭРБ. Моторная функция желудка изучалась методом периферической электрогастрографии с использованием электрогастрографа ЭГГ-4М в два этапа по 40 минут каждый. Первый этап — проведение электрогастрографии утром натощак, второй этап — после стандартного завтрака. В зависимости от частоты регистрации сократительных циклов были выделены три типа моторно-эвакуаторной деятельности желудка: нормогастрия (2–4 цикла/мин), тахигастрия (более 4 циклов/мин) и брадикастрия (менее 2 циклов/мин).

**Результаты исследования.** При оценке электрогастрограмм натощак было выявлено, что миоэлектрическая активность желудка у больных ГЭРБ и ХОБЛ характеризовалась преобладанием брадикастрии — (1,3±0,1) цикл/мин у 24 пациентов — (64,9±7,8)%,  $p < 0,001$ . Нормогастрия — (2,36±0,3) цикл/мин — была выявлена у 10 пациентов с ГЭРБ

и сопутствующей ХОБЛ — (27,0±7,3)%,  $p < 0,001$ ); тахигастрия — (4,7±0,2) цикл/мин — у 3 — (8,1±4,5)%. У пациентов с изолированной ГЭРБ также преобладала дисмоторика желудка по брадикастрическому типу — (1,20±0,04) цикл/мин,  $p < 0,001$  у 27 пациентов — (58,7±4,9)%,  $p < 0,001$ , но нарушения моторики по тахигастрическому — типу (4,8±0,2) цикл/мин — отмечены в 2 раза чаще — у 8 (17,4±3,8)% пациентов. После приема пищи у большинства пациентов в обеих группах определялись синдромы брадикастрии и тахигастрии. Помимо частотного анализа, был рассчитан коэффициент отношения амплитуды сигнала, соответствующей доминирующей частоте, после стандартного завтрака к амплитуде сигнала натощак. У больных ГЭРБ и ХОБЛ этот показатель был достоверно ниже 0,8±0,1 ( $p < 0,001$ ) в сравнении с контрольной группой — 1,9±0,1.

**Выводы.** По данным проведенных исследований нарушение двигательной функции желудка у пациентов с ГЭРБ как в сочетании с ХОБЛ, так и при изолированном течении, характеризуется преобладанием брадикастрического типа ЭГГ. Уменьшение амплитудного коэффициента можно расценивать как снижение реакции желудка на прием пищи и/или растяжение желудка натощак.

### Функциональные и органические заболевания кишечника

Лантухов Д. В., Эфендиев А. О., Вологжанин Д. А.,  
Васильев Е. В.  
Военно-медицинская  
академия им. С. М. Кирова,  
Городская больница № 40,  
Санкт-Петербург, Россия

#### Алгоритм диагностики целиакии у взрослых

Согласно результатам ряда исследований, атипичные, бессимптомные формы целиакии выявляются среди взрослого населения в 7 раз чаще, что представляет собой одну из проблем современной гастроэнтерологии. Внедрение в практику новых серологических маркеров целиакии приводит к совершенствованию существующих алгоритмов диагностики. В качестве скринингового метода у пациентов с низкой вероятностью целиакии используется определение уровня IgA к тканевой трансглутаминазе (tTG) и уровня общего IgA.

При низких титрах tTG IgA и общего IgA определяют уровень tTG IgG и антитела к деаμιрированным пептидам глиаина (DGP IgG). В случае низких уровней tTG IgG, DGP IgG и отрицательных результатов исследования tTG IgA при нормальном уровне общего IgA диагноз целиакии исключается.

При высоком титре tTG IgG и DGP IgG рекомендовано выполнение ФГДС с прицельной биопсией

и гистологическим исследованием. В случае обнаружения в биоптате укорочения кишечных ворсинок, углубления крипт, лимфоцитарной инфильтрации собственной пластинки при высоких титрах tTG IgA в крови пациента устанавливается диагноз «целиакия».

В случае отрицательного результата гистологического исследования и низкого титра tTG IgA диагноз «целиакии» исключается.

При расхождении данных биопсии и результатов серологического исследования диагноз «целиакии» ставится под сомнение. В этом случае рекомендовано выполнение генетического исследования (выявление аллелей DQ2 и DQ8) и повторное определение уровня общего IgA и/или tTG IgG и DGP IgG.

Внедрение в практику современных алгоритмов позволяет существенно повысить эффективность диагностики целиакии, включая как классические, так и малосимптомные формы заболевания.

#### Оценка воспалительной реакции в слизистой оболочке при дивертикулярной болезни толстой кишки по уровню фекального кальпротектина.

**Цель:** установить взаимосвязь кальпротектина в кале с воспалительным процессом в слизистой оболочке толстой кишки.

**Материалы и методы:** обследовано 78 больных с невоспалительными хроническими заболеваниями толстой кишки, из них 25 — СРК (группа контроля), 53 — с дивертикулярной болезнью толстой кишки (ДвБ). Возраст больных 58–83 года. Диагноз верифицировали клиническими, рентгенологическими, эндоскопическими и иммунологическими методами. Иммуноферментным методом в ткани толстой кишки определяли TNF $\alpha$ ,  $\gamma$ -IFN (Bender MedSystems GmbH), в образцах кала

кальций-зависимый маркер воспаления — кальпротектин (ФК) (Buhlmann). Статистическая обработка «Statistica 6.0».

**Результаты:** У 72% (38 больных) ДвБ концентрация ФК колебалась от 47 до 103 мкг/г (средние значения 72,4±12,3 мкг/г). 23 больных лечились нестероидными противовоспалительными средствами, у 5 выявлены антитела к иерсениам. При СРК уровень ФК у 17 больных был ниже, чем при ДвБ (от 4 до 40 мкг/г), у 8 больных — повышен (61,8 ± 7,6 мкг/г). Возможно бактериальное и лекарственное повреждение слизистой кишки. Воспалительная реакция подтверждена повышением

Левченко С. В., Лазебник Л. Б.  
Московский государствен-  
ный медико-стоматоло-  
гический университет  
им. А. И. Евдокимова

провоспалительных цитокинов в ткани. Выявлено, что при ДВБ концентрация TNF $\alpha$  высокая (299,3 $\pm$ 34,5 pg/ml), что определяет активацию тканевых макрофагов — свидетелей воспаления. При СРК — нормальный уровень TNF $\alpha$  (9,2 $\pm$ 0,8 pg/ml). В ткани при ДВБ повышена концентрация  $\gamma$ -IFN (262,3 $\pm$ 12,7 pg/ml), что указывает на активацию Th1. Концентрация ФК выше 55 мкг/г свидетельствует о воспалительном процессе, выраженность которого коррелирует с повышенным уровнем

провоспалительных цитокинов. Низкий уровень ФК установлен у 32 больных (15 — при ДВБ, и 17 — при СРК).

**Выводы:** Различная степень повышения концентрации ФК свидетельствует о развитии воспаления в слизистой толстой кишки. Кальций регулирует воспалительный процесс с активацией макрофагального звена местной иммунной системы, которые приводят к изменениям в строении толстой кишки.

### Оценка степени активности язвенного колита по картине белой крови

**Цель исследования:** определить наиболее простой и чувствительный показатель активности язвенного колита (ЯК) по картине белой крови.

**Материал и методы.** Обследованы 45 пациентов язвенным колитом с тяжелым и среднетяжелым течением в период активности. Из обследованных 15 с дистальной формой, 15 — с левосторонней, 15 — с тотальной формой. Диагноз верифицирован при ФКС с досмотром слепой кишки и последующим гистологическим исследованием биоптатов. Проведено клинико-лабораторное и эндоскопическое сопоставление степени активности.

**Результаты.** При оценке белой крови оказалось, что общепринятый показатель активности — лейкоцитоз определялся лишь у 16 из 45 больных (35,6%). У 31 пациента (71,1%) выявлен палочкоядерный сдвиг. Наряду с этим проанализировано соотношение палочкоядерных форм и лимфоцитов. Оказалось, что у пациентов со среднетяжелыми формами ЯК оно составило в среднем 0,52, в то

время как при тяжелом течении — 0,85. Протяженность поражения не влияла на показатели белой крови.

**Выводы.**

1. Лейкоцитоз не является наиболее показательным критерием активности ЯК, поскольку выявляется лишь у трети больных с несомненной клинико-эндоскопической активностью (среднетяжелой и тяжелой).
2. Палочкоядерный сдвиг по чувствительности превосходит лейкоцитоз в 2 раза в качестве показателя активности ЯК.
3. Чем выше показатель отношения палочкоядерных лейкоцитов к лимфоцитам, тем тяжелее течение ЯК (при показателе выше 0,4 — среднетяжелое течение, выше 0,6 — тяжелое течение).
4. Показатели белой крови указывают на степень активности ЯК, а не протяженность поражения толстой кишки.

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

### Тактика ведения больных язвенным колитом при беременности

**Цель исследования:** определить тактику ведения больных язвенным колитом (ЯК) в период беременности.

**Материал и методы.** Под наблюдением состояли 8 женщин в возрасте от 20 до 34 лет, страдающих ЯК, верифицированным при ФКС с последующим гистологическим исследованием биоптатов. У 1 из пациенток была субтотальная форма, у 3 — левосторонняя, у 4 — дистальная форма. В 3 случаях течение ЯК расценивалось как среднетяжелое, в 5 — как легкое. На момент наступления беременности клинико-эндоскопическая ремиссия продолжалась от полугода до года. У всех 8 пациенток была первая беременность, у одной из них через год после родов была повторная беременность. 1 больная была беременна двойней. Из 8 наблюдаемых клинически активности ЯК развилась у 5, из них у 2 во втором триместре, у 3 — в третьем триместре. В период беременности обследование

ограничилось рутинной лабораторной диагностикой. У всех пациенток проводилось лечение свечами с салофальком в дозе 2 г в сутки в сочетании с пробиотиком «Флорин форте» и регулятором моторики дюспаталином. У 1 пациентки с субтотальной формой ЯК помимо этого было назначено внутрь 2 г салофалька.

**Результаты.** Во всех случаях удалось достигнуть клинической ремиссии в срок от 2 до 3 недель, после чего доза салофалька постепенно снижалась вплоть до отмены, полный курс лечения составил 1 месяц. Все пациентки родоразрешались самостоятельно в срок без осложнений, дети здоровы.

**Выводы.**

1. Активность ЯК во время беременности развивается не у всех пациенток.
2. В случае активности ЯК в период беременности предпочтительна терапия свечами с салофальком в сочетании с пробиотиками.

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

### Кожные проявления у больных целиакией взрослых

**Цель исследования:** изучение структуры и частоты кожной патологии у взрослых пациентов с целиакией, наблюдающихся в клинике пропедевтики внутренних болезней СЗГМУ им. И. И. Мечникова.

**Пациенты, результаты.** Под наблюдением находились 72 больных с целиакией, средний возраст которых составил (33 $\pm$ 14) лет. Во всех наблюдениях диагноз целиакии устанавливали на основании эндоскопических, гистоморфологических и иммуногенетических критериев.

У всех пациентов наблюдались различные кожные проявления.

В 8 случаях (11%) кожные проявления были представлены герпетическим дерматитом Дюринга, подтвержденным гистологически. Процесс на коже был представлен полиморфными высыпаниями с преобладанием пятен, уртикарных элементов, пузырьков, реже — крупных пузырей.

В 40 случаях (55,5%) был установлен атопический дерматит, который характеризовался

Прокофьева Н. А.  
СЗГМУ им. И. И. Мечникова,  
Санкт-Петербург, Россия

непрерывно-рецидивирующим течением с потерей сезонности обострений. Поражение кожи носило универсальный характер, преобладала лихеноидная форма заболевания. В 9 случаях (12,5 %) атопический дерматит сочетался с другим атопическим заболеванием — бронхиальной астмой.

Общая сухость кожи (ксеродермия) и фолликулярный гиперкератоз были у 61 пациента (85 %).

**Выводы.** Таким образом, среди различных заболеваний, ассоциированных с целиакией, имеют

место различные дерматологические проявления, для которых характерно отсутствие сезонности, частые рецидивы, распространение, утяжеление течения кожного процесса и неэффективность традиционных схем лечения. Заболевания кожи, ассоциированные с целиакией, требуют дифференцированного подхода к лечению, что способствует регрессии кожного процесса и улучшению результатов лечения.

Решетова Т.В., Жигалова Т.Н., Газиева А.Т.  
СЗГМУ им. И.И. Мечникова,  
Санкт-Петербург, Россия

### Снижение тревожности без ухудшения когнитивных функций

**Цель исследования:** демонстрация возможности уменьшения тревожности без негативного влияния на концентрацию внимания, память.

**Материалы и методы.** В исследовании участвовали больные с СРК, получавшие и не получавшие помимо базисного лечения валемидин.

В группу больных СРК, получающих валемидин по 30 капель 3 раза в день 2 недели, вошли 52 человека. В группу больных СРК, получающих только базисную соматическую терапию по СРК, был включен 31 человек. В контрольную группу здоровых вошли 19 человек

**Результаты исследования.** В группе сравнения (пациенты, получавшие только базисную терапию) на фоне объективного снижения симптоматики со стороны кишечника психологические характеристики не имели достоверного улучшения.

Сочетание базисной терапии с валемидином позволило уменьшить тревожность (до лечения

(12,4±2,4), через 2 недели после — (5,9±0,8),  $p < 0,05$ ) и параллельно снизить когнитивную дисфункцию: до лечения (12,2±1,1), через 2 недели после (7,9±0,9),  $p < 0,05$ . Валемидин, в отличие от других психотропных препаратов, абсолютно не оказал негативного влияния на кратковременную память.

**Выводы.** У больных СРК на фоне базисной терапии и приема в течение 2 недель валемидина наблюдалась положительная динамика показателей тревоги (снижение вдвое), которые в итоге достоверно не отличались от показателей, характерных для группы здоровых. Лечение валемидином больных СРК достоверно снизило проявления тревоги, уменьшило когнитивную дисфункцию. На фоне лечения валемидином у больных СРК не было негативных изменений памяти. На фоне адекватной базисной терапии больных СРК когнитивная дисфункция не имела достоверной положительной динамики. Улучшение клинической симптоматики со стороны кишечника у больных СРК, получавших только базисную терапию, не привело автоматически к редукции тревоги и улучшению когнитивных функций.

Тихонова Т.А., Козлова И.В., Мялина Ю.Н.  
Саратовский ГМУ им.  
В.И. Разумовского, Россия

### Некоторые показатели «внутренней картины болезни» у пациентов с заболеваниями толстой кишки

**Цель исследования:** определить психологические особенности пациентов с синдромом раздраженной кишки (СРК), неспецифическим язвенным колитом (НЯК) и болезнью Крона (БК).

**Материалы и методы:** основная группа — 52 больных СРК, 32 — НЯК, 14 — БК, группа контроля — 30 клинически здоровых лиц. Диагнозы подтверждены результатами колоноскопии с биопсией. Комплекс психологических тестов включал метод цветочных выборов Люшера, тесты СМОЛ, САН (самочувствие, активность, настроение), шкалу депрессии Бека, опросник КЖ (качество жизни по НМЦ «Радикс»).

**Результаты.** Стрессовые ситуации и депрессивные расстройства достоверно чаще встречались у пациентов с СРК (60 %), чем у лиц с ВЗК и в группе контроля. Методом СМОЛ у 76 % пациентов с СРК выявили конверсионный и тревожно-мнительный типы личности, у 44 % больных с НЯК — паранойальный, у 79 % лиц с БК — социопатический тип. При анализе типов реагирования у лиц с СРК определили протестный (42 %) и активно-зависимый (8 %) варианты, при НЯК — пассивно-оборонительный

(25 %), при БК — созерцательный (29 %). Пациенты имели высокий уровень фрустрации потребностей: физиологических, в самореализации, аффилиативной (при СРК), что может обуславливать повышенную тревожность больных в сравнении с группой контроля (30 % здоровых, 66 % лиц с СРК, 72 % — с НЯК, 79 % — с БК). Качество жизни снижено у большинства пациентов (75 % лиц с СРК, 55 % — с НЯК, 71 % — с БК). Снижение самочувствия и активности чаще отмечали больные с ВЗК. У лиц с СРК на фоне удовлетворительного самочувствия и активности было снижено настроение.

**Выводы.** Наличие особых типов личности, эмоционального реагирования, депрессии у больных показывают сходство психических механизмов формирования патологии при функциональных и органических заболеваниях толстой кишки. Преобладание данных особенностей у лиц с СРК позволяет предположить большее влияние психического фактора на развитие функциональной патологии. Эти особенности могут являться как ядерными чертами личности, так и формироваться под влиянием тяжелого заболевания.

Хамрабаева Ф.И., Алиева Х.А.  
Ташкентский институт усовершенствования врачей,  
Узбекистан

### Профилактика дисбиоза толстой кишки при эрадикационной терапии

**Цель исследования:** изучить эффективность эрадикационной терапии в комплексе с пробиотиком «Энтерожермина» в качестве профилактики дисбиоза.

**Материал и методы.** В исследовании участвовали 102 больных язвенной болезнью, ассоциированной с *Helicobacter pylori*. Всем пациентам

проводилось эндоскопическое исследование с прицельной биопсией по общепринятой методике и исследование кала на дисбактериоз. Больные были разделены на 2 группы: первая группа получала трехкомпонентную терапию в комплексе с препаратом «Энтерожермина» по 3 фл./сут. в течение 14 дней; вторая группа (группа сравнения) получала трехкомпонентную терапию в течение 14 дней.

**Результаты исследования.** В группе пациентов, не использовавших пробиотики, значимых изменений состава микрофлоры кишечника не наблюдалось, однако выявлялось незначительное угнетение микробного роста всех представителей кишечной

микрофлоры. У больных исследуемой группы после курса эрадикационной терапии в комплексе с пробиотиком обнаружено достоверное ( $p < 0,05$ ) увеличение количества бифидобактерий и лактобактерий. Также было выявлено достаточно выраженное уменьшение количества бактерий, относящихся к патогенной и условно патогенной микрофлоре. В совокупности эти изменения в конечном итоге приводили к уменьшению степени дисбиоза кишечника в этой группе больных.

**Выводы.** Полученные данные свидетельствуют, что применение энтерожермины предупреждает и нивелирует дисбиотические расстройства толстой кишки.

### Оптимизация симптоматической терапии больных синдромом раздраженного кишечника с констипацией

**Цель:** оценить эффективность пребиотической терапии больных СРК с констипацией и нарушением моторно-эвакуаторной функции отделов пищеварительного тракта.

**Материалы и методы.** В исследование были включены 10 пациентов с СРК с преобладанием констипации, все обследованные женщины. Возраст пациентов от 29 до 50 лет. На основании жалоб и результатов электрогастроэнтерографии (ЭГЭГ) всем пациентам был назначен препарат «Флоролакт» по 1 пакетик (5 г) 2 раза в день между приемами пищи в течение 5 дней. После проводимой терапии проводили расспрос с целью выявления жалоб и периферическую ЭГЭГ.

**Результаты.** Все больные предъявляли жалобы на отрыжку воздухом, изжогу, боли, вздутие и урчание в животе, чувство неполного опорожнения кишечника. По результатам исследования моторно-эвакуаторной функции у всех обследуемых были выявлены признаки дискоординации сокращений желудка и ДПК ( $P_i/P_{i+1}$  желудок/ДПК  $> 16,0$  ед.), спастические сокращения подвздошной и толстой кишок, избыточная ритмичность сокращений подвздошной и толстой кишок у 8 больных ( $K_{\text{ритм}}$

подвздошной кишки более 7,5 ед.,  $K_{\text{ритм}}$  толстой кишки более 33,0 ед.). У всех обследуемых выявлен гастроэзофагеальный и дуоденогастральный рефлюкс, дискоординация сокращений подвздошной и толстой кишок.

После проведенной терапии по результатам субъективного исследования и электрогастроэнтерографии отмечалась положительная динамика: обследуемые не предъявляли жалобы на абдоминальную боль и чувство неполного опорожнения кишечника. По данным ЭГЭГ наблюдали исчезновение спастических сокращений подвздошной и толстой кишок, уменьшение дискоординации моторики желудка/ДПК, не регистрировались ДГР. Дискоординация сокращений подвздошной и толстой кишок сохранялась только у половины обследованных пациентов.

**Выводы.** Применение пребиотической терапии у пациентов СРК с преобладанием констипации показало положительное влияние на моторно-эвакуаторную функцию органов пищеварения в виде нормализации пилородуоденальной координации и улучшения пропульсивности сокращений.

### Сравнительная характеристика особенностей моторно-эвакуаторной функции органов пищеварения у больных синдромом раздраженного кишечника с различными клиническими формами

**Цель:** выявить особенности моторно-эвакуаторной функции органов пищеварения у больных различными клиническими формами синдрома раздраженного кишечника (СРК).

**Материалы и методы.** Обследованы 42 больных СРК (мужчин 13, женщин 29). Средний возраст обследованных составил ( $48,6 \pm 18,7$ ) года (от 18 до 76 лет). В зависимости от клинической картины заболевания пациенты были разделены на две группы: с преобладанием диареи (20 человек) и с преобладанием констипации (22 человека). Всем пациентам проводилось клиническое обследование и периферическая электрогастроэнтерография (ЭГЭГ) в стандартном режиме.

**Результаты.** Все пациенты предъявляли жалобы на боли в животе, 29 (69,0%) обследуемых беспокоила отрыжка съеденной пищей, 35 (83,3%) — вздутие и урчание живота. Анализ данных ЭГЭГ больных СРК с констипацией показал, что у 15 (68,1%) пациентов выявлены признаки дискоординации

сокращений желудка и ДПК ( $P_i/P_{i+1}$  желудок/ДПК  $> 16,0$  ед.), у 17 (77,2%) — спастические сокращения подвздошной и толстой кишки, у 13 (59,1%) больных — избыточная ритмичность сокращений подвздошной и толстой кишки ( $K_{\text{ритм}}$  подвздошной кишки более 7,5 ед.,  $K_{\text{ритм}}$  толстой кишки более 33,0 ед.), что свидетельствовало о замедлении эвакуации кишечного содержимого. Среди больных СРК с диареей у 10 (50%) пациентов регистрировали снижение ритмичности сокращений подвздошной и толстой кишки ( $K_{\text{ритм}}$  подвздошной кишки менее 2,5 ед.,  $K_{\text{ритм}}$  толстой кишки менее 13,0 ед.), что указывало на ускоренную эвакуацию кишечного содержимого. Общими признаками моторно-эвакуаторной дисфункции пищеварительного тракта явились гастроэзофагеальный и дуоденогастральный рефлюксы.

**Выводы.** Нарушения двигательной активности органов желудочно-кишечного тракта у больных СРК с констипацией характеризовались

Шабанова А. А.  
СЗГМУ им. И. И. Мечникова,  
Санкт-Петербург, Россия,  
e-mail: nusenka@mail.ru

Шабанова А. А.  
СЗГМУ им. И. И. Мечникова,  
Санкт-Петербург, Россия,  
e-mail: nusenka@mail.ru

Шаталов И. С., Шаталова А. С., Шлейкин А. Г.  
НИУ ИТМО, Санкт-Петербург, Россия,  
e-mail: shataloff.iv@hotmail.com

пилородуоденальной дискоординацией, спастическими сокращениями нижних отделов кишечника с нарушением пропульсивности сокращений. Особенностями моторно-эвакуаторной дисфункции

органов пищеварительной трубки больных СРК с диареей явились низкая ритмичность сокращений подвздошной и толстой кишки с ускорением транзита кишечного содержимого.

### Ферментативная модификация иммунной активности глютена как стратегия предупреждения манифестации целиакии

*Цель исследования:* изучение иммуногенности сшитых комплексов глютен — казеин и глютен — желатин.

В настоящее время известно более десятка изоферментов трансглутаминазы тканей человека и животных (тТГ), выполняющих важные физиологические функции [Шлейкин и др., 2011]. Установлено также, что иммунный ответ при целиакии инициируется изменением структуры глиадина вследствие деаμιдирующего действия на него тТГ, что приводит к усилению иммуногенности молекул глиадина [van de Wal et al., 1998]. Модифицированный белок инициирует выработку специфических антител, повреждающих слизистую оболочку тонкой кишки. Предполагалось, что препараты трансглутаминазы микроорганизмов (мТГ) обладают аналогичным действием, но дальнейшие исследования показали, что мТГ не свойственна столь высокая деаμιдирующая способность. Более того, катализируемое мТГ связывание глютена

с лизином или его эфирами приводит к снижению его иммунной активности [Gianfrani et al., 2007].

*Материалы и методы.* Методом непрямого ИФА с использованием набора мышинных моноклональных антител IgG к глиадину нами исследованы полученные путем инкубации с препаратом мТГ конъюгаты глиадина с желатином и казеином. В системе глютен-казеин наблюдалось наибольшее падение иммуногенности (55–60%), тогда как для системы глютен-желатин снижение аффинности антител не превышало 30%. Данные различия, по-видимому, связаны с особенностями структуры использованных белков и различной субстратной специфичностью мТГ к ним.

*Вывод.* Направленная ферментативная модификация иммунореактивных эпитопов глютена является перспективным направлением исследований, конечной целью которых является предупреждение манифестаций целиакии у людей с нарушенной толерантностью к глютену и глютенopodobным белкам.

### Патология печени, ЖВП, поджелудочной железы

#### The Pathogenetic Approach To Therapy Of Chronic Pancreatitis Of The Biliarnic Etiology

*Research objective:* to study efficiency microcapsulinic fermental preparation at illness of a chronic pancreatitis (CP) biliarnic etiologies.

*Material and research methods.* 30 patients with a chronic pancreatitis have been investigated. For diagnosis verification by all patient were carried out trans-abdominal ultrasonic research and a blood test on a pancreatic and hepatic profile.

*Results.* Research of indicators of the maintenance elastase in faecal matter before treatment has shown its tendency to decrease in both groups of patients: in the basic group the corresponding indicator has made (194,5±27,3) mkg/g, and in comparison group — (201,6±12,8) mkg/g (p>0,05). After the spent treatment indicators elastase in faecal matter have made (210,3±17,2) mkg/g in the first group and (256,6±18,2) mkg/g in the second group of patients. At the analysis of changes of laboratory indicators against therapy of Trizim microcaps 20 000 has been established that

neutral fat is revealed in faecal matter at 16 patients, fat acids — at 13 which for 21 day of treatment have been eliminated at 65% of patients. At 19 patients investigated activity decrease elastazy-1 in faecal matter was revealed. After the spent treatment with inclusion of Trizima microcaps 20 000 activity elastazy-1 at 85% of patients tended to normalization that correlates with disappearance painful abdominal a syndrome whereas in the first group sick receiving pancreatine considerable changes both to, and after course of treatment it was not observed. Signs of the speeded up chair were normalized at 45% of the first and 75% of patients of the second group. Steathorea has disappeared at 40% of patients control, against 89% of the basic group.

*Conclusions.* For pathogenesis treatment CP biliarnic with exocrine insufficiency pancreatic NA application microencapsulation fermental preparation of Trizim microcaps 20 000 is recommended to an aetiology.

Hamrabaeva F.I.,  
Tulyaganova F.M.  
The Tashkent institute of  
improvement of doctors,  
Uzbekistan

#### Влияние терапии хеликобактерной инфекции на течение хронического вирусного гепатита С

*Цель исследования:* оценить динамику цитолитического синдрома на фоне терапии хеликобактерной инфекции у больных хроническим вирусным гепатитом С.

*Материалы и методы.* Проведены наблюдения больных хроническим вирусным гепатитом С, 2–3 генотипом, имеющих сопутствующую хеликобактерную инфекцию и без нее, с умеренной биохимической активностью, получавших противовирусную терапию. 22 человека получали в составе антибактериальной терапии амоксициллин и кларитромицин в течение 7 дней и стандартную

противовирусную терапию, вторая, 21 человек, только противовирусную терапию стандартными интерферонами альфа 2b и рибавирином.

*Результаты.* У пациентов на фоне курса антибактериальной терапии наблюдалось субъективное увеличение слабости, снижение аппетита, появление тошноты, уменьшение болей в эпигастрии. У больных на фоне стандартной противовирусной терапии подобная динамика была выражена в меньшей степени. Подъем температуры после инъекций интерферона в первой группе встречался у 82% против 32% у второй,

Агафонов В. М., Бурмагина И. А., Дубовис В. Ш.,  
Бурмагин Д. В.  
Северный ГМУ, Архангельск,  
Россия

артралгии — в 57 % против 72 % у второй. Анемия встречалась лишь у 4 пациентов в первой группе, лейкопения — у 11 пациентов в первой группе и у 5 во второй. Уровень цитолиза повышался кратковременно в первой группе у 11 человек на фоне антибактериальной терапии. Достоверной разницы в уровне вирусной нагрузки на фоне противовирусной терапии выявлено не было, однако

тенденция к более высокому уровню цитолиза в первой группе прослеживалась.

**Выводы.** Назначение антибактериальной терапии на фоне начального этапа противовирусной терапии у пациентов с хроническим вирусным гепатитом С с синдромом цитолиза увеличивает степень субъективных проявлений интоксикации.

### Послеоперационный болевой синдром после однопортовой и многопортовой лапароскопической холецистэктомии

**Цель исследования:** сравнительная оценка выраженности послеоперационной боли после однопортовой и многопортовой лапароскопической холецистэктомии (ЛХЭ).

**Материал и методы.** 68 больных с диагнозом желчекаменной болезни, хронического калькулезного холецистита разделили на 2 группы. В контрольную группу вошли 34 больных, подвергшихся многопортовой ЛХЭ, в основную группу — такое же число пациентов, перенесших однопортовую ЛХЭ. У всех пациентов до выполнения разрезов кожи проводилась местная инфильтрационная анестезия области введения троакаров на передней брюшной стенке. Также в начале процедуры производили инфузию местного анестетика — ропивакаина в правое поддиафрагмальное пространство, в конце операции — в это же пространство вводили физиологический раствор с последующей аспирацией. Выраженность боли в области

послеоперационных ран и в области плеча оценивали на 2, 6, 12, 24, 48 и 72 ч после операции с помощью визуальной аналоговой шкалы (VAS).

**Результаты.** Анализ баллов боли показал статистически значимое различие по выраженности абдоминальной боли на первые 12 ч, боли в области плеча — на первые 6 ч после операции. Больные в основной группе имели значительно меньше баллов боли, чем в контрольной группе ( $p < 0,05$ ). В частности, у больных, подвергшихся однопортовой ЛХЭ, через 24 ч после операции не наблюдалось как абдоминальной боли, так и боли в области плеча.

**Выводы.** После однопортовой ЛХЭ выраженность боли в животе и в области плеча значительно меньше по сравнению с многопортовой ЛХЭ, а через 24 ч после операции боль отсутствует. В группе больных, перенесших однопортовую ЛХЭ, для снятия послеоперационного болевого синдрома потребовалась значительно меньшая доза обезболивающих.

### Ранние послеоперационные результаты однопортовой и многопортовой лапароскопической холецистэктомии

**Цель исследования:** сравнение однопортовой и многопортовой лапароскопической холецистэктомии (ЛХЭ) в раннем послеоперационном периоде.

**Материал и методы.** В исследование вошли 68 больных (57 женщин и 11 мужчин в возрасте от 37 лет до 71 года, средний возраст  $(47 \pm 14)$  лет) с диагнозом хронического калькулезного холецистита. Больные были разделены на 2 группы: I группа — 34 больных, подвергшихся многопортовой ЛХЭ; II группа — 34 больных, перенесших однопортовую ЛХЭ.

Все операции выполнялись одной и той же бригадой хирургов. Пациентов информировали о технике хирургического вмешательства и получали письменное информированное согласие на операцию.

**Результаты.** При сравнении продолжительности хирургического вмешательства оказалось, что она статистически значимо дольше при выполнении однопортовой ЛХЭ ( $p < 0,05$ ).

В послеоперационном периоде у 5 пациентов (у 3 — после многопортовой ЛХЭ, у 2 — после

однопортовой ЛХЭ) на 2–4 сутки наблюдалось желчеистечение по дренажу, установленному в правом подпеченочном пространстве. У этих больных выделение желчного пузыря из ложа сопровождалось значительными техническими трудностями. Желчеистечение разрешилось консервативными мерами. Ни у одного пациента не было показания к выполнению интраоперационной холангиографии.

Тошнота и рвота наблюдались у пациентов обеих групп (тошнота — у 18, рвота у 8 больных), но статистически значимого различия по этим показателям между однопортовой и многопортовой ЛХЭ не было выявлено ( $p > 0,05$ ). В группе больных, перенесших однопортовую ЛХЭ, выраженность послеоперационной боли была меньше и потребовалась минимальная доза анальгетиков.

**Выводы.** Однопортовая ЛХЭ по сравнению с многопортовой отличается более легким течением раннего послеоперационного периода.

### Экспресс-диагностика инфекции *Helicobacter Pylori*

**Цель:** апробация на клиническом материале от больных острым вирусным гепатитом (ОВГ) тест-систем для экспресс-диагностики инфекции *Helicobacter pylori*.

**Материал и методы.** На основе IgG-антител к ЛПС [Патент 2186394], антител к рекомбинантным белкам вакуолизирующего токсина (VacA) [Белый Ю.Ф. и др., 2005] и высокомолекулярным белкам (ВМБ, включая CagA) [Патент 2232989] разработаны тест-системы для экспресс-диагностики

инфекции *H. pylori*. Для выявления ЛПС/О-антигена использовали коаггутинацию (РКА) на стекле, для маркеров термоллабильных белков — РКА на иммунологических планшетах. Тестировано 420 проб (185 проб кала и 236 проб ЦИК), выделенных из сыворотки крови 5 % раствором ПЭГ 6000 от больных ОВГ различной этиологии. В контроле обследованы 42 практически здоровых донора крови.

**Результаты.** В копрофильтратах больных ОВГ О-антигены *H. pylori* найдены в 57,7 % проб

Алекберзаде А. В., Липницкий Е. М., Сундуков И. В., Бадалов Д. А. Первый МГМУ им. И. М. Сеченова, Москва, Россия

Алекберзаде А. В., Липницкий Е. М., Сундуков И. В., Бадалов Д. А. Первый МГМУ им. И. М. Сеченова, Москва, Россия

Белая О. Ф.<sup>1</sup>, Зуевская С. Н.<sup>1</sup>, Карманов М. И.<sup>1</sup>, Белая Ю. А.<sup>2</sup>, Петрухин В. Г.<sup>2</sup>  
<sup>1</sup>Первый МГМУ им. И. М. Сеченова МЗ РФ, <sup>2</sup>НИИЭМ им. Н. Ф. Гамалеи МЗ РФ, Москва, Россия

(в виде моноинфекции — только в 10 %, в остальных случаях — одновременно с О-антигенами шигелл, сальмонелл или иерсиний), в составе ЦИК сыворотки крови — в 6,2 % проб. У доноров О-антиген *Helicobacter pylori* найден в 2 % проб копрофильтратов, а еще в 5 % проб — в сочетании с О-антигенами других возбудителей, что было достоверно ниже показателей у больных ОВГ. Маркер VacA найден у больных ОВГ в составе ЦИК сыворотки крови в 49,5 % случаев,

ВМБ — значительно чаще (72,7 %). У доноров эти маркеры выявлены не были.

**Выводы.** Набор для экспресс-диагностики, предназначенный для комплексного выявления важных факторов патогенности *H.pylori* — ЛПС/О-антигена, маркеров VacA и ВМБ (CagA) — характеризуется высокой чувствительностью при использовании копрофильтратов у больных ОВГ и дает возможность изучения специфического иммунного ответа к *H.pylori*.

Васильев Е. В., Воложанин Д. А., Лантухов Д. В. Городская больница № 40, Военно-медицинская академия им. С. М. Кирова, Санкт-Петербург, Россия

### Пищевая непереносимость при неалкогольной жировой болезни печени

**Цель:** оценить влияние функционального состояния печени у пациентов с неалкогольной жировой болезнью печени на формирование пищевой непереносимости.

**Материалы и методы.** Обследованы 40 пациентов в возрасте 40–60 лет (мужчин 22, женщин 18) с неалкогольной жировой болезнью печени. Для оценки состояния печени использован комплекс методик, включающий тест ФиброМакс (BioPredictive (Франция), определение уровня аутоантител к аутоантигенам печени (технология «Иммункулус»), миграционной активности лейкоцитов в реакции с антигенами печени (перенхима, капсула), а также данные УЗИ.

Для выявления пищевой непереносимости использовалось определение миграционной активности лейкоцитов с 95 пищевыми антигенами с одновременным определением уровня специфических

циркулирующих иммунных комплексов. Учитывались общее количество продуктов питания, вызвавших сенсibilизацию, и максимальная выраженность сенсibilизации к отдельным пищевым антигенам.

**Результаты.** Установлено, что при выраженной стеатозе печени более чем S3 по SteatoTest (более 33 % гепатоцитов со стеатозом) латентную сенсibilизацию более чем к 20 продуктам питания имеет 45 % пациентов. При этом степень выраженности стеатоза коррелирует с количеством продуктов, к которым выявлена сенсibilизация.

Степень выраженности стеатоза также коррелирует с уровнем аутоантител к антигенам печени по технологии «Иммункулус». Наличие аутоантител отмечено у пациентов с наибольшей интенсивностью сенсibilизации к пищевым антигенам.

Волевач Л. В., Хисматуллина Г. Я., Камалова А. А., Гаузиева А. Т., Гурьев Р. А. Башкирский ГМУ, Уфа, Россия

### Изучение двигательной функции желчного пузыря при патологии билиарной системы

**Цель:** изучить двигательную функцию желчного пузыря у пациентов молодого возраста с патологией билиарной системы.

**Материал и методы.** Двигательная функция желчного пузыря (ЖП) изучена у 34 пациентов с хроническим некалькулезным холециститом (ХНХ) в сравнении с группой контроля, в которую были включены 30 здоровых лиц. Возраст обследуемых лиц от 18 до 35 лет. Диагноз верифицирован с помощью клиничко-лабораторных методов исследования. Двигательную функцию изучали на аппарате УЗИ «SHIMADZU» («SHD-500» Япония) через каждые 10 минут после дачи желчегонного «завтрака». Процесс сокращения желчного пузыря визуально был разделен на 3 фазы: подготовительную, фазу быстрого сокращения, фазу медленного сокращения.

**Результаты.** В ходе исследования у лиц молодого возраста преобладающими нарушениями моторики ЖП были снижение сократимости и показателя

двигательной функции (ПДФ) ЖП. Так, ПДФ от 0,35–0,49 был отмечен в 70,5 % случаев у пациентов ХНХ, в то время как в группе контроля этот показатель был в пределах 0,52–0,84, что соответствует нормативным данным. Было отмечено удлинение 2-й и 3-й фазы сокращения ЖП и увеличение 1-й фазы сокращения, что косвенно может свидетельствовать о гипертонусе сфинктера Одди. Сокращение ЖП на 50 % происходило через 45–90 мин. Гипертонически-гиперкинетическая форма дисфункции ЖП определялась всего у 3 пациентов ХНХ (8,8 %). Следует отметить, что наибольшие морфологические нарушения в структуре, архитектонике ЖП визуализировались у пациентов со сниженной контрактильной способностью ЖП.

**Выводы.** При изучении контрактильной способности ЖП у пациентов молодого возраста с ХНХ отмечено несколько типов нарушений моторики, однако преобладающими явились двигательные нарушения в виде снижения сократимости ЖП.

Джураев М. Д., Туйев Х. Н. Республиканский онкологический научный центр, Ташкент, Узбекистан

### Гастропанкреатодуоденальная резекция при опухоли преампулярной зоны, осложненной механической желтухой

**Цель исследования:** улучшить непосредственные и отдаленные результаты лечения больных со злокачественными опухолями головки поджелудочной железы и двенадцатиперстной кишки.

**Материалы и методы.** С 2006 по 2011 гг. в абдоминальном отделении РОНЦ 36 больным произведена гастропанкреатодуоденальная резекция. Мужчин было 24 (66,6 %), женщин — 12 (33,4 %). Средний возраст больных составил 52 года. Аденокарцинома головки поджелудочной железы

диагностирована у 29 (80,6 %) больных, аденокарцинома большого дуоденального сосочка — у 5 (13,8 %), злокачественная нейроэндокринная опухоль — у 2 (5,6 %) больных. Все больные поступили в стационар с явлениями механической желтухи. Уровень общего билирубина в крови у 1-й группы в среднем составил 212,26 ммоль/л, у 2-й группы — 101,45 ммоль/л. В зависимости от уровня общего билирубина использовалась тактика лечения двух видов, и больные были разделены на две группы.

1-ю группу составили 23 больных, которым в предоперационном периоде была произведена декомпрессия желчных путей путем наложения ЧЧХС. Во 2-й группе 13 больным декомпрессия не произведена. Средняя продолжительность операции составляла 4 ч 27 мин. Интервал до выполнения радикального вмешательства в 1-й группе в среднем составил 1,5 месяца, во 2-й группе — 14 дней.

**Результаты.** В 1-й группе послеоперационная летальность наблюдалась в 1 (4,3%) случае вследствие развития сепсиса. Во 2-й группе летальность не наблюдалась. В 1-й группе в структуре послеоперационных осложнений преобладало развитие парапанкреатита — 5 случаев (1,7%), этот показатель у больных второй группы составил 2 (15,4%). Наблюдалась также другие виды осложнений в 1-й и во 2-й группе больных: свищи поджелудочной

железы — 1 (4,3%) и 1 (7,6%); желчные свищи — 1 (4,3%) и 1 (7,6%); нагноение послеоперационной раны — 2 (8,7%) и 1 (7,7%) соответственно. В обеих группах больных степень печеночной недостаточности, проявляющаяся клиническими и лабораторными изменениями биохимических показателей, особо не отличалась.

**Выводы.** Проведение у больных декомпрессии желчных путей при уровне общего билирубина в крови ниже 100 ммоль/л нецелесообразно, так как при этом увеличивается предоперационный интервал и создаются благоприятные условия для инфекционных агентов, что отражается в структуре послеоперационных осложнений. Кроме этого, выполнение оперативного вмешательства без предварительной декомпрессии предотвращает потерю необходимой для организма желчи.

### Генетические особенности *Helicobacter pylori* у больных хроническим панкреатитом с сопутствующей хеликобактерной инфекцией

**Цель исследования:** изучить генетические особенности *Helicobacter pylori* у больных хроническим панкреатитом (ХП) с сопутствующей хеликобактерной инфекцией.

**Материалы и методы.** Обследованы 45 больных ХП различной этиологии. Группу контроля составили 16 человек, не имеющих диагностических признаков ХП, но с верифицированной инфекцией *H. pylori*. Диагностика инфекции *H. pylori* проводилась морфологическим методом, уреазным дыхательным тестом и методом иммуноблоттинга. Диагноз ХП устанавливался на основании клинических данных, данных лабораторных и инструментальных исследований. Статистическая компьютерная обработка проводилась с использованием пакетов прикладных программ Statistica for Windows 6.0.

**Результаты исследования.** У 15 больных ХП с сопутствующей инфекцией *H. pylori* и у 16 пациентов

из группы контроля определены генотипы *H. pylori* методом иммуноблоттинга. У 14 больных ХП (93,3%) выявлены высокоспецифичные белки наружной мембраны (ОМР) *H. pylori* р30 и р33; у 13 больных (86,7%) — уреазы А (р29) и ОМР р26, р17, р19. В группе контроля ОМР р30 выявлен у 7 пациентов (43,7%), ОМР р33 — у 4 пациентов (25%), высокоспецифичные ОМР р26, р17, р19, уреазы А (р29) — у 9 больных (56,2%).

**Выводы.** У больных ХП, инфицированных *H. pylori*, достоверно чаще среди факторов вирулентности микроорганизма встречаются: уреазы А — легкая субъединица уреазы (р29) и высокоспецифичные ОМР р30, р33, р26, р17, р19. Этот факт подтверждает некоторые гипотезы механизмов воздействия инфекции *H. pylori* на функциональное состояние поджелудочной железы.

Домрачева Е. В., Сарсенбаева А. С.  
Южноуральский ГМУ, Челябинск, Россия

### Нарушения функции печени при болезни Вильсона и аутоиммунном гепатите у детей

**Цель исследования:** определение степени нарушения функции печени и динамики ее изменений на фоне терапии при болезни Вильсона (БВ) и аутоиммунном гепатите (АИГ) у детей.

**Материалы и методы.** Проведен ретроспективный анализ историй болезни 101 ребенка с БВ (средний возраст  $12,3 \pm 2,9$  года), 40 детей с АИГ (средний возраст  $12,3 \pm 0,5$  года) и 23 детей, которым была проведена трансплантация печени в ФГБУ РНЦХ им. академика Б. В. Петровского РАМН: 12 детей с БВ, 11 детей с АИГ (средний возраст  $12,6 \pm 0,6$  года). Степень нарушения функции печени (ФП) определяли по балльной шкале, разработанной и запатентованной в ФГБУ «НЦЗД» РАМН.

**Результаты.** При БВ степень нарушения ФП снижена на  $(40,6 \pm 1,2)\%$ . У детей с циррозом печени (ЦП) в исходе БВ ФП была снижена на  $(48,0 \pm 1,7)\%$ , без ЦП — на  $(35,0 \pm 1,4)\%$ . У пациентов при АИГ степень нарушения ФП была снижена на  $(31,2 \pm 2,2)\%$ . У детей с циррозом печени (ЦП) в исходе АИГ ФП была снижена на  $(39,3 \pm 2,5)\%$ , без ЦП — на  $(20,2 \pm 1,8)\%$ . Через 6 месяцев на фоне стандартной терапии степень нарушения ФП при БВ снизилась до  $(39,1 \pm 1,2)\%$ , при АИГ — до  $(19,1 \pm 1,6)\%$ . У детей с ЦП в исходе БВ степень нарушения ФП снизилась до  $(42,4 \pm 1,7)\%$ ,

у пациентов без ЦП при БВ степень нарушения ФП была снижена до  $(36,4 \pm 1,6)\%$ . У детей с ЦП в исходе АИГ степень нарушения ФП уменьшилась до  $(21,2 \pm 2,0)\%$ , без ЦП — до  $(15,7 \pm 1,4)\%$ . Через 12 месяцев на фоне стандартной терапии степень нарушения ФП при БВ уменьшилась до  $(34,4 \pm 1,5)\%$ , у пациентов с АИГ — до  $(19,9 \pm 1,9)\%$ . У детей с ЦП в исходе БВ степень нарушения ФП уменьшилась до  $(36,8 \pm 2,3)\%$ , у пациентов без ЦП — до  $(31,8 \pm 1,8)\%$ . У детей с ЦП в исходе АИГ степень нарушения ФП уменьшилась до  $(20,6 \pm 2,0)\%$ , у пациентов без ЦП при АИГ — до  $(18,9 \pm 2,4)\%$ . У детей, которым была проведена плановая трансплантация печени, степень нарушения ФП составила  $(44,0 \pm 2,5)\%$ : у детей с БВ  $(44,0 \pm 3,7)\%$ , с АИГ —  $(43,0 \pm 3,7)\%$ .

**Заключение.** У детей с БВ ФП в дебюте заболевания снижена на  $(40,6 \pm 1,2)\%$ , с АИГ — на  $(31,2 \pm 2,2)\%$ , что соответствует умеренным нарушениям функции печени. Нарушения ФП при БВ более выражены у пациентов со значительным снижением уровня церулоплазмينا, а также при ЦП в исходе БВ. У пациентов с АИГ более выражены нарушения ФП при ЦП. Тяжелые нарушения ФП (более 50%) могут быть критерием показаний к плановой трансплантации печени при БВ и АИГ у детей.

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

Каримов М. М., Саатов З. З., Собирова Г. Н., Исламова Ш. З.

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

### Диагностика и лечение эндотелиальной дисфункции у больных неалкогольной жировой болезнью печени с различным полиморфизмом гена PNPLA 3

**Цель исследований:** оценить показатели конечных метаболитов оксида азота у больных с неалкогольной жировой болезнью печени (НАЖБП) в зависимости от полиморфизма гена PNPLA 3.

**Материал и методы.** Обследованы 60 больных с НАЖБП. Проводилось определение полиморфизма гена SNPs PNPLA3 rs738409. Изучение эндотелиальной дисфункции (ЭД) проводилось методикой определения  $\text{NO}_2^-$  и  $\text{NO}_3^-$  в сыворотке крови. В зависимости от результатов генотипирования (аллель С, G, C/G) все больные были разделены на 3 группы.

**Результаты.** Диагностика ЭД выявила, что при НАЖБП отмечается достоверное увеличение содержания конечных метаболитов NO, которое коррелировало с аллелями гена. При наличии полиморфизма гена CC  $\text{NO}_2^-$  и  $\text{NO}_3^-$  по сравнению с аналогичными показателями здоровых лиц было увеличено на 32,3 % и 62,5 % ( $p < 0,05$ ). У пациентов

с наличием полиморфизма C/G увеличение содержания  $\text{NO}_2^-$  составило 74,2 %, а уровень  $\text{NO}_3^-$  был увеличен более чем в 2 раза ( $p < 0,001$ ). Установлено, что при наличии полиморфизма GG количество  $\text{NO}_2^-$  было на 93,5 % ( $p < 0,05$ ) больше, а уровень  $\text{NO}_3^-$  более чем в 3 раза превосходил показатели здоровых лиц. Проведенное месячное лечение УДХК способствовало снижению содержания конечных метаболитов NO в сыворотке крови. Так, в I группе количество метаболитов NO было снижено на 24 % и 34,4 % по сравнению с показателями до лечения. Во II группе, пациенты которой принимали дополнительно пентоксифиллин, мы выявили снижение содержания  $\text{NO}_2^-$  на 76,5 % и  $\text{NO}_3^-$  в 2,4 раза. В III группе снижение  $\text{NO}_2^-$  было на 45,2 %, а  $\text{NO}_3^-$  — в 1,7 раза.

**Выводы.** У больных НАЖБП с наличием патологической аллели G гена PNPLA 3 целесообразно добавление пентоксифиллина к базисной терапии.

Каримов М. М., Саатов З. З., Собирова Г. Н., Салихова С. Б.,

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

### Показатели минеральной плотности костной ткани в зависимости от полиморфизма гена PNPLA 3

**Цель исследований:** оценить показатели минеральной плотности костной ткани (МПКТ) у больных с неалкогольной жировой болезнью печени (НАЖБП) в зависимости от полиморфизма гена PNPLA 3.

**Материал и методы.** Обследованы 60 больных с НАЖБП. Проводилось определение полиморфизма гена SNPs PNPLA3 rs738409. В сыворотке крови определялась активность маркеров остеопении: остеокальцина, P-Th, b-cross laps. Исследование плотности костной ткани у больных проводилось методом денситометрии.

**Результаты.** Было выявлено, что у носителей G аллели гена PNPLA 3 величина b cross была выше, чем у больных НАЖБП носителей С аллели, на 36,8 % ( $p < 0,01$ ). Исследование МПКТ обнаружило, что снижение показателя T-критерия ниже 0,2 имело место более чем у трети (69,0 %) больных НАЖБП носителей патологической аллели

G. Изучение показателя Z при денситометрии позволило обнаружить, что у больных НАЖБП с аллелью G нормальные значения были отмечены только у 23,0 % больных. У больных НАЖБП носителей аллели С нормальные значения Z-критерия были отмечены у 68,0 % больных. Выявлена корреляционная зависимость ( $r > 0,5$ ) в показателях b-cross laps, ЩФ, T и Z-критериев.

**Выводы.** У больных НАЖБП носителей G аллели гена имеется достоверно высокая степень не только прогрессирования поражения печени, но и нарушений МПКТ вплоть до развития вторичного остеопороза. В практической перспективе раннее определение генетического полиморфизма PNPLA 3 у больных НАЖБП может служить маркером риска возникновения нарушений МПКТ, что является показанием для использования профилактических мероприятий для предупреждения остеопороза.

Коваль В. Ю.

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

### Частота выявления циркулирующих аутоантител к антигенам глутаматдекарбоксилазы и островковых клеток у больных хроническим панкреатитом

**Цель исследования:** оценить частоту выявления циркулирующих аутоантител к антигенам глутаматдекарбоксилазы (GADA) и островковых клеток (ICA) у больных хроническим панкреатитом.

**Материалы и методы.** Проведено определение циркулирующих аутоантител к антигенам глутаматдекарбоксилазы и островковых клеток у 40 больных хроническим панкреатитом, которые находились на стационарном лечении в гастроэнтерологическом отделении Закарпатской областной клинической больницы им. А. Новака в 2012–2013 гг. Определение аутоантител к антигенам GADA и ICA проводили иммуноферментным методом с наборами тест-систем фирмы Biomerica, inc. В группу обследованных входило 73 % мужчин и 27 % женщин. Возраст больных мужчин составлял ( $47,26 \pm 1,77$ ) года, женщин — ( $48,08 \pm 4,64$ ) года.

**Результаты.** Циркулирующие аутоантитела к антигенам GADA выявлены у 29 (73 %) больных хроническим панкреатитом: ( $2,02 \pm 0,07$ ) МЕ/мл.

У 6 (15 %) больных обнаруживали циркулирующие аутоантитела к антигенам островковых клеток: ( $1,32 \pm 0,09$ ) МЕ/мл. Наличие обоих видов циркулирующих антител было выявлено у 10 % больных хроническим панкреатитом.

**Выводы.**

1. У больных хроническим панкреатитом выявлена высокая частота циркулирующих аутоантител к антигенам GADA, что даст возможность вмешаться в деструкцию островковых клеток и сохранить максимально возможную часть бета-клеток.
2. Наличие циркулирующих аутоантител к антигенам островковых клеток свидетельствует о бессимптомной фазе преддиабета.
3. Своевременное определение циркулирующих аутоантител к антигенам GADA и ICA даст возможность разработать профилактические меры относительно формирования инсулинозависимого сахарного диабета.

## НСV-инфекция и внепеченочные проявления

*Цель исследования:* изучение внепеченочных проявлений хронической НСV-инфекции.

*Материалы и методы.* Обследованы 229 больных. У 191 больного заболевание протекало на стадии хронического гепатита, у 36 — на стадии цирроза печени, у 2 верифицирована гепатоцеллюлярная карцинома (ГЦК). НСV-инфекция подтверждалась при выявлении РНК-НСV. У 102 больных зарегистрирован генотип 1b, у 27 — генотип 3a. Целенаправленно оценивали показатели цитолиза, углеводов, липидов и порфиринов. Определяли гормональный статус щитовидной железы, при ультрасонографии по показаниям проводили ее биопсию. Для верификации смешанной криоглобулинемии исследовали кровь на криоглобулины.

*Результаты.* Внепеченочные проявления выявлены у 67 (29,3%) больных. ПКП диагностирована у 32, смешанная криоглобулинемия — у 13, аутоиммунный тиреоидит (АИТ) — у 10, сахарный диабет (СД) — у 7, синдром Шегрена (СШ) — у 2, идиопатический фиброзирующий альвеолит — у 2,

хроническая рецидивирующая крапивница — у 1. Особенности в клиническом течении этих заболеваний не наблюдалось. Преимущественно гепатотропная вирусная инфекция выявлялась у больных при контрольных обследованиях основного заболевания. Только у 8 пациентов с хроническим вирусным гепатитом С АИТ был выявлен в ходе подготовки к противовирусной терапии. НСV-инфекция у больных ПКП выявлялась в среднем через 10–15 лет после ее манифестации. Сочетание внепеченочных проявлений обнаружено у 5 (7,5%) больных, из которых АИТ и СД было выявлено у 2, ПКП и АИТ — у 2, у 1 больного ПКП сочеталась с АИТ и СШ. ГЦК обнаруживалась только у больных с внепеченочными проявлениями.

*Выводы.* Этиологическую роль НСV как триггерного фактора при внепеченочных проявлениях необходимо рассматривать в сложной взаимосвязи с другими факторами риска и оценивать как один из важных компонентов патогенетического механизма.

Кривошеев А. Б., Куи-мов А. Д., Тугулева Т. А., Кондратова М. А. Новосибирский ГМУ, Россия, e-mail: krivosheev-ab@narod.ru

## Применение различных систем оценки гистологической активности процесса и степени фиброза печени у больных НСV-инфекцией с внепеченочными проявлениями

*Цель исследования:* сравнить морфологические изменения печени у больных хроническим вирусным гепатитом С (ХВГС) с внепеченочными проявлениями (ВПП).

*Материал и методы.* Проведена чрескожная биопсия печени 121 больному до проведения противовирусной терапии. У 73 человек диагностированы ВПП НСV-инфекции: криоглобулинемия у 32 человек, поражение нервной системы — у 18, почек (хронический гломерулонефрит) — у 11, сердечно-сосудистой системы — у 12. Распределение генотипов: 1b — 32 человека, 3a — 41 человек. Остальные пациенты (48) вошли в группу сравнения, где распределение по генотипам выражалось: 1b — 22 человека, 3a — 26 человек. Длительность течения ХВГС у больных с ВПП составила (3,0±0,9) года против (3,2±0,5) года. Оценка ИГА проводилась по шкале Knodell, Ishak и METAVIR, а стадия фиброза (ГИС) — по шкале Desmet, Ishak и METAVIR.

*Результаты.* Распределение показателей ИГА по METAVIR в группе больных без и с ВПП: А1–52,1%

против 26,0%, А2–35,4% против 53,4%, А3–12,5% против 20,5% соответственно. Индекс фиброза по METAVIR в группах без и с ВПП: F1–56,3% против 28,8%, F2–29,2% против 50,7%, F3–14,6% против 20,5% соответственно.

В группе с ВПП ИГА имел средние значения по Knodell — 7,88, по Ishak — 7,55, по METAVIR — 1,95. В группе без ВПП соответственно: по Knodell — 7,02, по Ishak — 6,63, по METAVIR — 1,60. ГИС в сравниваемых группах был выше у пациентов с ВПП: по Desmet 1,77 против 1,46; по Ishak 2,93 против 2,44; по METAVIR 1,92 против 1,58. Различия по всем полученным показателям достоверны ( $\chi^2$  — критерий Пирсона).

*Заключение.* Гистоструктурные изменения печени у больных ХВГС с ВПП показывают более выраженную активность процесса и степень фиброза, сопоставимую в разных системах морфологической оценки стадийности патологического процесса.

Кузнецов П. Л., Рузанов Е. В. Уральский ГМУ, Екатеринбург, Россия

## Суточные расстройства сердечного ритма при циррозе печени

*Цель исследования:* установить частоту и характер нарушений сердечного ритма (НР) при циррозе печени (ЦП) по данным холтеровского мониторирования ЭКГ (ХМ).

*Материал и методы.* ХМ ЭКГ проводилось на кардиорегистраторе системы «ДМС» у 50 больных ЦП в возрасте от 30 до 60 лет и у 25 составивших контрольную группу (КГ) здоровых лиц соответствующего возраста. Всем обследованным выполняли эхокардиоскопию на ультразвуковом сканере «АЛОКА-5500 Prosaund» (Япония).

*Результаты.* У больных ЦП по данным ХМ зарегистрированы следующие виды аритмий: у 35% больных — суправентрикулярные экстрасистолы более 100/сут (в КГ 10%), у 20,1% — желудочковые монотопные экстрасистолы с частотой 50–100/сут (в КГ 6%), у 15,3% — желудочковые монотопные экстрасистолы с частотой 100–500/сут

(в КГ 2%), у 6,6% — желудочковые политопные экстрасистолы, у 3,3% — снижение сегмента ST при физической нагрузке. НР зависели от класса тяжести ЦП по Child-Pugh. Установлено, что в группах ЦП класса «В» и «С» достоверно чаще ( $p < 0,05$ ), чем в КГ и при ЦП класса «А», наблюдались желудочковые монотопные экстрасистолы с частотой 50–100/сут и 100–500/сут. Желудочковые политопные экстрасистолы зарегистрированы в 15,6% случаев только при ЦП класса «С». Анализ интервала QT, удлинение которого более 0,44 с является предиктором фатальных НР и одним из критериев развития цирротической кардиомиопатии, показал, что у двух пациентов он имел продолжительность 0,45 с, а у трех — 0,46 с. У всех из них установлен ЦП класса «С». У лиц с удлиненным интервалом QT, а также с политопной желудочковой экстрасистолией

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

обнаружены достоверные признаки диастолической дисфункции левого и правого желудочков по данным эхокардиоскопии.

**Заключение.** У больных ЦП при ХМ ЭКГ регистрируются различные виды НР, которые наиболее выражены при ЦП класса С.

Лукашевич А. П., Шулятьева Н. Н.  
Ижевская ГМА, Россия

### Функциональное состояние тонкой кишки в динамике лечения больных хроническим панкреатитом антисекреторными препаратами

**Цель:** изучить влияние антисекреторных препаратов на процессы переваривания и всасывания в тонкой кишке при хроническом панкреатите (ХП).

**Материалы и методы.** Проведено исследование 106 пациентов (80 женщин и 26 мужчин в возрасте от 19 до 80 лет) с ХП, принимающих антисекреторные препараты на этапе стационарного лечения. Из антисекреторных препаратов больные получали комбинацию ингибитора протонной помпы (ИПП) омепразола и М-холинолитика платифиллина. Для оценки пищеварительной и всасывательной функции тонкой кишки исследовались анализы кала до и после лечения и результаты нагрузочных проб с глюкозой.

**Результаты.** Клиническими симптомами поражения тонкой кишки при ХП были нарушения стула в виде диареи, запора, чередования поносов и запоров, вздутие живота, урчание в животе, боли в околопупочной области, общая слабость, снижение массы тела, ломкость ногтей и выпадение волос.

При копрологическом исследовании у всех пациентов были обнаружены непереваренные частицы пищи: стеаторея встречалась у 52 больных (49%), креаторея — у 46 больных (43,4%), амилорея — у 38 больных (35,8%). На фоне антисекреторной терапии отмечалось увеличение частоты стеатореи до 54,7%, креатореи — до 52,8%, амилореи — до 45,4%, что констатирует снижение полостного пищеварения в тонкой кишке. Уровень гликемии натощак был повышен у 28 больных (26,4%) в сравнении с контролем, после перорального приема 50 г глюкозы прирост гликемии в крови был снижен у 18 (17%) больных, что свидетельствует о нарушении процессов всасывания в тонкой кишке.

**Заключение.** Проведенные исследования показали, что у 67,8% больных ХП, принимающих антисекреторные препараты, наблюдается повышение частоты нарушений процессов переваривания и всасывания в тонкой кишке.

Митушева Э. И., Кузьмин А. Л., Сайфутдинов Р. Г., Шаймарданов Р. Ш.  
Казанская ГМА, Россия

### Микробный состав желчи у больных после холецистэктомии

**Цель:** изучить микробный пейзаж желчи, взятой разными способами, у больных после холецистэктомии.

**Материалы и методы.** Обследованы 10 больных (средний возраст  $(54,0 \pm 8,4)$  года) с удаленным желчным пузырем. Давность холецистэктомии составляла 5–7 лет. Проведено бактериологическое исследование желчи, взятой двумя способами: 1-й — при фракционном дуоденальном зондировании, порция С; 2-й — путем катетеризации холедоха через большой дуоденальный сосочек (БДС) во время дуоденоскопии.

**Результаты.** По данным фракционного дуоденального зондирования у 9 больных выявлен гипотонус сфинктера Одди, у 1 — гипертонус. У всех пациентов отмечается гиперсекреторный тип желчеотделения. У всех больных выявлены микролиты, кристаллы билирубината кальция по данным микроскопии. Согласно бактериологическим исследованиям в посевах желчи порции С во всех случаях определялись бактерии семейства *Enterobacteriaceae*, в большинстве случаев (80%) высевались ассоциации микроорганизмов

*Escherichia coli* (70%), *Enterococcus faecalis* (30%), *Klebsiella* (20%), *Proteus* (10%).

В посевах желчи, полученных путем катетеризации холедоха из БДС во время дуоденоскопии, только в одном случае была высеяна *Escherichia coli* у больной с холестаазом, у остальных 9 больных микроорганизмы в желчи не выявлены. После проведенной катетеризации холедоха у больных в крови повысились показатели амилазы (до исследования  $(46 \pm 12)$  Ед./л, после —  $(134 \pm 16)$  Ед./л,  $p < 0,01$ ) и липазы (до исследования  $(38 \pm 8)$  Ед./л, после —  $(96 \pm 18)$  Ед./л,  $p < 0,05$ ).

**Выводы.**

1. Бактериологическое исследование желчи, полученной при дуоденальном зондировании, достоверно не отражает показатели микробной обсемененности желчи.
2. Эндоскопический способ забора желчи из холедоха более приближен к асептическим, но приводит к реактивным изменениям со стороны поджелудочной железы.
3. Микроорганизмы в желчи выявляются у больных с холестаазом.

Михайлова О. Д., Капитанова М. М., Вахрушев Я. М., Булычев В. Ф.  
Ижевская ГМА, Россия

### Хронический панкреатит и электрическая нестабильность миокарда

**Целью** настоящей работы явилось изучение состояния электрической нестабильности миокарда у больных хроническим панкреатитом (ХП) в сочетании с метаболическим синдромом (МС).

**Материалы и методы.** Обследованы 32 больных ХП в возрасте от 28 лет до 71 года с сопутствующим МС, диагностированным согласно современным критериям ВНОК (2009). Для оценки свертывающей системы определяли фибриноген по Рутбергу, протромбиновое время крови (протромбиновый индекс) по Квику, активированное частичное

тромбопластиновое время (АЧТВ) по стандартной методике. Состояние микроциркуляции изучалось с помощью конъюнктивальной биомикроскопии (КБМ) на щелевой лампе. У всех больных рассчитывали дисперсию интервала QT (разность между максимальным и минимальным его значениями в 12 стандартных отведениях) и корригированную дисперсию QT (QTcd) по формуле Базетта. Результаты исследований сравнивались с данными контрольной группы (10 практически здоровых лиц).

**Результаты.** У обследованных больных выявлена тенденция к гиперкоагуляции: уровень фибриногена был увеличен до  $(4,15 \pm 0,34)$  г/л, АЧТВ сокращено до  $(29,0 \pm 5,3)$  с (у здоровых —  $(3,42 \pm 0,43)$  г/л и  $(35,0 \pm 6,5)$  с соответственно). Конъюнктивный индекс у больных ХП в сочетании с МС был повышен до  $(5,11 \pm 0,54)$  ( $p < 0,05$ ) в сравнении с контролем  $(1,88 \pm 0,23)$ . Дисперсия интервала QT у больных ХП в сочетании с МС значительно превышала таковую у контрольной группы —  $(47,3 \pm 7,0)$  мс и  $(28,4 \pm 6,0)$

мс соответственно. Корригированная дисперсия у больных имела тенденцию к увеличению в сравнении со здоровыми  $(351 \pm 32)$  и составила  $(365 \pm 35)$ . При этом выявлена прямая умеренная связь между конъюнктивным индексом и дисперсией интервала QT ( $r = 0,42$ ).

**Заключение.** При ХП в сочетании с МС выявляется увеличение электрической нестабильности миокарда, патогенетически обусловленное нарушением микроциркуляции.

## Особенности течения хронического панкреатита у больных с различной акцентуацией характера

**Цель работы:** изучение акцентуации характера у больных хроническим панкреатитом (ХП) и особенностей клинического течения заболевания при разных акцентуациях.

**Материалы и методы.** Нами обследованы 46 больных ХП, среди них 9 мужчин и 25 женщин в возрасте от 18 до 67 лет. Диагноз ХП устанавливался в соответствии со Стандартами диагностики и лечения ХП (НОГР, 2010). Акцентуацию характера определяли с помощью опросника Карла Леонгарда (1976). Контрольную группу составили 32 здоровых человека в возрасте 19–25 лет.

**Результаты.** При определении акцентуации характера выявлено, что больных ХП преобладали эмотивный (39 %), гипертимный (22 %) и циклотимный (13 %) типы, в контрольной группе чаще встречались экзальтированный и циклотимный типы (36 % и 24 % соответственно). У пациентов с эмотивным типом акцентуации преобладали проявления диспепсического синдрома в виде изжоги у 67 %, тошноты у 56 %, вздутия живота у 56 %, поносов у 44 % больных, боли в животе в той или иной степени беспокоили 100 % больных. При гипертимном типе акцентуации у всех обследованных отмечался болевой абдоминальный синдром с локализацией боли в эпигастральной области, правом подреберье, либо опоясывающего характера, при этом явления диспепсии были не выражены. Среди пациентов с циклотимным типом акцентуации жалобы на боли в животе предъявляли 67 % больных, на тошноту и рвоту — 83 %, на вздутие живота — 67 % опрошенных. Различными были и причины обострения: если пациенты с гипертимным типом акцентуации характера ни с чем не связывали ухудшение самочувствия, то больные с эмотивным и циклотимным типами указывали на связь с эмоциональными нагрузками и, реже, нарушениями питания.

**Заключение.** Выявлены клинические особенности течения ХП при различных акцентуациях характера, имеющие значение в использовании дифференцированной терапии при обострении ХП.

Михайлова О. Д., Козина Г. П., Тебенькова А. А., Григус Я. И., Булычев П. В. Ижевская ГМА, Россия

## Нарушения функции эндотелия у больных неалкогольной жировой болезнью печени

**Цель исследования:** установить степень выраженности и роль эндотелиальной дисфункции (ЭД) в возникновении и прогрессировании неалкогольной жировой болезни печени (НАЖБП) у больных с ожирением, проанализировать роль провоспалительных цитокинов.

**Материал и методы.** Обследованных больных НАЖБП (130) разделили на четыре группы: больные стеатозом печени (30), стеатогепатитом (СГ) (38), стеатозом печени и ожирением I–III степени (32), СГ и ожирением I–III степени (30). Группой сравнения были практически здоровые лица (15). Изучали содержание цитокинов в крови — интерлейкина-1 $\beta$  (ИЛ-1 $\beta$ ), интерлейкина-6 (ИЛ-6) и фактора некроза опухолей- $\alpha$  (TNF- $\alpha$ ) методом иммуноферментного анализа. Для оценки инсулинорезистентности использовался индекс НОМА-IR. Функциональное состояние эндотелия определяли по содержанию в крови стабильных метаболитов оксида азота (NO) и эндотелина-1 (ЭТ-1) иммуноферментным методом.

Определяли эндотелий-зависимую (ЭЗВД) вазодилатацию плечевой артерии.

**Результаты.** Выявлено статистически значимое повышение концентрации глюкозы, инсулина, индекса НОМА, ИЛ-1 $\beta$ , ИЛ-6 и TNF- $\alpha$  у больных НАЖБП. Показатель концентрации ЭТ-1 в крови в группе больных СГ и ожирением превышал показатель в контроле в 2,5 раза, в группе больных стеатозом печени и ожирением — в 2,2 раза, в группе СГ — в 1,7, в группе больных стеатозом печени — в 1,2 раза. Уровень NO имеет сильную отрицательную корреляционную связь с перечисленными группами больных. ЭЗВД оказалась минимальной у пациентов со СГ и ожирением. Повышение уровня цитокинов в крови больных НАЖБП прямо коррелирует с тяжестью болезни, со степенью ожирения, величиной индекса НОМА, со степенью ЭД.

**Выводы.** Возникновение и прогрессирование ЭД у больных НАЖБП патогенетически связано с инсулинорезистентностью, ростом содержания провоспалительных цитокинов.

Пивторак Е. В. Винницкий НМУ им. Н. И. Пирогова, Украина, e-mail: ek3727@gmail.com

## Особенности липидного обмена при стеатозе печени и поджелудочной железы у больных с ожирением

**Цель исследования:** установить изменения липидного спектра крови и особенностей регуляции липидного обмена у больных стеатозом печени (СП) и стеатозом поджелудочной железы (СПЖ) в зависимости от степени ожирения.

**Материал и методы.** Обследованы 68 больных с избыточной массой тела и ожирением. Среди них 32 пациента со СП, 24 — стеатозом ПЖ и 12 — со стеатозом обоих органов. Группа сравнения представлена пациентами со СП (15) и СПЖ (12), которые имели нормальную массу тела (ИМТ=18–24,9 кг/м<sup>2</sup>).

Пивторак Е. В., Феджага И. В. Винницкий НМУ им. Н. И. Пирогова, Украина, e-mail: ek3727@gmail.com

Критериями постановки диагноза «стеатоз» были: снижение денситометрических показателей ткани печени или ПЖ на 3–5 HU, полученные методом компьютерной томографии брюшной полости. Оценивали липидный профиль крови — показатели липопротеидов низкой плотности (ЛПНП), очень низкой плотности (ЛПОНП) и высокой плотности (ЛПВП), а также индекс атерогенности. Определяли содержание общих липидов, общего холестерина (ХС) и триглицеридов в крови.

**Результаты.** Во всех группах больных установлено статистически значимое повышение содержания в крови общих липидов, ЛПНП, ЛПОНП по сравнению с группой сравнения. Показатель ЛПВП был достоверно снижен во всех группах больных.

Вычисленные индексы атерогенности указывали на существенный рост риска развития атеросклеротического поражения сосудов у больных во всех группах. Выявлена прямая сильная корреляционная связь между показателями содержания в крови инсулина и лептина, лептина и НОМА IR, лептина и ЛПНП ( $p < 0,05$ ). Наиболее значимыми маркерами и абсолютными факторами риска развития и прогрессирования СП и СПЖ, а также синдрома ИР является повышение показателей общих липидов крови, общего ХС крови, ЛПНП, триглицеридов и снижение ЛПВП.

**Выводы.** Исследуемые показатели в группе больных с избыточной массой тела и ожирением достоверно отличались от показателей в группе больных с нормальной массой тела.

Потапова Е. А., Харитонов Л. А.  
РНИМУ им. Н. И. Пирогова,  
Москва, Россия

### Динамика наблюдения за показателями углеводного и липидного обмена у детей с холестерином желчного пузыря и холелитиазом как профилактика метаболического синдрома у детей

**Цель исследования:** оптимизировать диагностику ЖКБ и ХЖП у детей путем изучения обменных нарушений в катамнезе.

**Материал и методы.** Обследован 61 ребенок с ХЖП и ожирением (SDS по ИМТ более 1,99, средний возраст  $(12,06 \pm 0,37)$  года), 52 ребенка с ЖКБ и ожирением (SDS по ИМТ более 1,87, средний возраст  $(13,06 \pm 0,39)$  года), контрольную группу составили 35 детей без ожирения в возрасте от 3 до 15 лет (SDS по ИМТ — 0,99, средний возраст  $(9,68 \pm 0,52)$  года). Всем детям проводились трансабдоминальное ультразвуковое исследование органов брюшной полости (ТАУЗИ), биохимическое исследование сыворотки крови с определением показателей углеводного и липидного обмена (глюкозы, инсулина, С-пептида, холестерина и его фракций: высокой, низкой, очень низкой плотности, триглицеридов). Для диагностики МС использовались критерии ВОЗ (1999). Статистическая обработка результатов проведена с использованием пакета STATISTIKA 5.5.

**Результаты.** Определено, что в I группе у 37 (60,6 %) детей имелись признаки

экзогенно-конституционального ожирения, у 24 (39,4 %) — гипоталамического ожирения. У 11 (18,0 %) больных определялась I степень, у 27 (44,3 %) — II, у 11 (18,0 %) — III, а у 12 (19,6 %) детей — IV степень ожирения. Признаки МС имелись у 39 (63,9 %) детей I группы и 21 (40,4 %) II группы. Значения глюкозы сыворотки крови натощак, инсулина, С-пептида и индекса инсулинорезистентности (НОМА) были также выше у детей I группы ( $145,57 \pm 96,79$ ;  $3,16 \pm 1,53$ ;  $4,85 \pm 2,81$  и  $25,54 \pm 24,43$ ;  $0,56 \pm 1,13$ ;  $1,40 \pm 0,67$  соответственно,  $p < 0,05$ ). Все дети с МС были подросткового возраста.

**Выводы.** У детей с ЖКБ и ХЖП, протекающих на фоне ожирения, с высокой частотой выявляются лабораторные и клинические признаки МС, что указывает на то, что корни последнего уходят в ранний детский возраст. Все это в совокупности приводит к необходимости динамического наблюдения за показателями холестерина и индекса НОМА от момента выявления первых изменений до 15 лет, что позволит выявлять МС на ранней (обратимой) стадии патологического процесса.

Розумбаева Л. П., Козлова И. В., Бакулев А. Л., Быкова А. П.  
Саратовский ГМУ им.  
В. И. Разумовского, Россия

### Клинические и инструментальные особенности гепатобилиарной системы при псориазе

**Цель исследования:** оценить частоту встречаемости изменений гепатобилиарной системы у больных с различными формами псориаза.

**Примененные методы:** биохимическое исследование крови, УЗИ, эластометрия, у части больных — дуоденальное зондирование с исследованием биохимического состава желчи.

В исследование включены 60 больных в возрасте 18–60 лет с распространенным псориазом в стадии прогрессирования, группу сравнения составили 30 пациентов с ограниченным вульгарным псориазом. Критерии исключения: заболевания печени алкогольной, вирусной и иммуногенной природы.

При биохимическом исследовании крови повышение показателей АСТ и АЛТ в основной группе отмечено у 63,3 % исследуемых, в группе

сравнения — у 20 %, изменения уровня холестерина и липопротеидов имели место в основной группе у 71,7 % исследуемых, в группе сравнения — у 36,7 %. Признаки микролитиаза при биохимическом исследовании состава желчи выявлены у 68,3 % в основной группе и у 26,7 % в группе сравнения. Признаки калькулезного холецистита при УЗИ органов брюшной полости обнаружены в основной группе у 56,7 % исследуемых, в группе сравнения — у 10 %. У 18 % исследуемых из основной группы не выявлено отклонений от нормы при использовании указанных методов обследования, в группе сравнения — у 59 %.

**Выводы.** Таким образом, выявляется корреляция между тяжестью кожных проявлений псориаза и выраженностью патологических изменений в гепатобилиарной системе.

Ройтберг Г. Е., Шархун О. О.  
Российский научно-исследовательский медицинский университет им. Н. И. Пирогова, Москва, Россия,  
e-mail:  
olga\_sharkhun@mail.ru

### Диагностические возможности мониторинга фиброза печени при неалкогольной жировой болезни печени

«Золотым стандартом» диагностики стадии фиброза неалкогольной жировой болезни печени (НАЖБП) остается пункционная биопсия печени,

однако для динамической оценки состояния печени чрезвычайно важным является поиск надежных неинвазивных методов диагностики фиброза.

**Цель исследования:** провести сравнительную оценку выраженности фиброза печени при НАЖБП неинвазивными методами на основе изучения сыровоточных показателей фиброза, доплеровского исследования сосудов печени и результатов непрямой эластометрии печени.

**Материалы и методы.** Методом рандомизации была сформирована группа из 24 пациентов с признаками НАЖБП и стойким повышением уровня аминотрансфераз. Всем пациентам была выполнена пункционная биопсия печени и проведен сравнительный анализ результатов морфологического исследования ткани печени с показателями ультразвуковой эластометрии, доплерографии печеночных артерий и биохимических маркеров фиброза.

**Результаты и обсуждение.** Результаты эластометрии печени были сопоставимы с гистологической картиной во всех стадиях фиброза печени, однако

максимальная диагностическая точность наблюдалась на поздних стадиях фиброза. При расчете биохимических индексов фиброза и сопоставлении их с данными биопсии и эластометрии корреляция была с индексом вероятности фиброза (FPI). Максимальная диагностическая точность была получена при показателях FPI, соответствующих высокой вероятности наличия фиброза: чувствительность и специфичность индекса 92% и 94%. При анализе показателей печеночной гемодинамики была установлена корреляция между морфологической стадией фиброза печени и повышением индекса резистентности печеночной артерии с максимальным значением  $0,83 \pm 0,02$ .

**Заключение.** Таким образом, совместное использование различных методов неинвазивной диагностики фиброза печени позволяет получить клинически важную информацию о фиброгенезе печени при НАЖБП.

### Изменения иммунологического профиля (ИП) у больных с хроническим панкреатитом (ХП) после холецистэктомии (ХЭ)

**Цель исследования:** изучить ИП у больных с ХП после ХЭ.

**Материалы и методы.** Обследованы 36 больных с ХП после ХЭ. Больные были в возрасте от 27 до 65 лет, средний возраст составлял  $(40,1 \pm 7,7)$  года; мужчин было 12, женщин 24. ХЭ была проведена в среднем  $(4,8 \pm 2,3)$  года тому назад. Больным определяли уровни компонентов комплемента С3, С4 и концентрации иммуноглобулинов (Ig) А, М, G с помощью хромогенного анализа на аппарате Sysmex 500 и 560 (Япония), используя реактивы фирмы Siemens.

**Результаты.** У больных показатели С3 были ниже нормы и составляли  $(0,85 \pm 0,04)$  г/л при норме  $(1,40 \pm 0,07)$  г/л. Изменения ИП у больных с ХП после ХЭ отобразились также на спектрах Ig. Наблюдали увеличение уровня IgA до  $(12,4 \pm 1,0)$  г/л при норме  $(2,11 \pm 0,14)$  г/л как ответ иммунной системы (ИС) на ферментативную интоксикацию организма

у больных с ХП после ХЭ. Также зарегистрировали увеличение уровня IgG до  $(24,1 \pm 1,0)$  г/л (норма  $(11,82 \pm 0,23)$  г/л) в результате выраженных воспалительных изменений в поджелудочной железе (ПЖ). При этом наблюдали нормальные уровни IgM —  $(47,1 \pm 0,4)$  г/л.

Полученные результаты свидетельствуют о нарушении в функционировании ИС у больных с ХП после ХЭ. Увеличение уровней IgA, IgG является доказательством активизации ИС организма, а именно, его гуморального звена, что можно расценивать как возможный механизм формирования ХП после ХЭ. Проведенные исследования указывают на несомненную роль ИС в формировании ХП у больных после ХЭ.

**Выводы.** У больных с ХП после ХЭ наблюдается активация гуморального звена ИС, что, в свою очередь, способствует прогрессированию хронического воспалительного поражения ПЖ.

### Опыт применения транзистентной эластографии печени у детей с гликогеновой болезнью

**Цель исследования:** оценка диагностической значимости транзистентной эластографии (ТЭП) у детей с гликогеновой болезнью (ГБ) в определении стадийности фиброза печени.

**Пациенты и методы.** За период 2010–2013 гг. обследованы 26 детей с ГБ, из них 9 детей — с I типом, 3 — с III, 14 — с VI/IX типом заболевания. Всем пациентам проводилась ТЭП на аппарате FibroScan® 502 с применением датчиков в зависимости от окружности грудной клетки (ОГК): S+ (1,2) и M. Датчик S1 с частотой 5 МГц использовался у пациентов, имевших ОГК менее 45 см, S2 с частотой 5 МГц — при ОГК от 45 до 75 см, M с частотой 3,5 МГц — при ОГК более 75 см. Статистическую обработку полученных данных проводили с использованием пакета прикладных программ «Statistica» (StatSoft Inc. США, версия 6.0).

**Результаты.** По данным ТЭП у 14 (53,8%) из 26 детей с ГБ была диагностирована стадия F0 по

шкале METAVIR. Остальные 11 (46,2%) пациентов имели фибротические изменения печеночной паренхимы (колебания медианы составили от 6,1 до 18,6 кПа), а именно: у 7 (26,9%) детей — слабый фиброз (стадия F1), у 2 (7,8%) — умеренный фиброз (стадия F2), у 3 (11,5%) — цирроз печени (стадия F4). При этом у 9 (56,3%) из 16 пациентов с ГБ с медианой F0 выявлялись отдельные очаги со значениями от 6,3 до 69,1 кПа.

**Выводы.** ТЭП является информативным, неинвазивным, безопасным, безболезненным методом диагностики различных стадий фиброза печени у детей с ГБ. У 46,2% детей с ГБ формируются фибротические изменения паренхимы печени различной степени выраженности, при этом в 11,5% случаев имеет место цирроз печени. ТЭП позволяет выявить пациентов из группы риска по формированию диффузного печеночного фиброза.

### Профилактика желчного камнеобразования при жировом гепатозе

**Цель исследования:** оценка эффективности занятий в школе здоровья у пациентов с жировым гепатозом.

**Материалы и методы.** В группу исследования вошли 64 пациента с жировым гепатозом. Мужчин

было 40 человек, женщин — 24. Для верификации диагноза «жировой гепатоз» помимо клинических данных были использованы результаты ультразвукографического исследования, показатели

Русин В. И., Сирчак Е. С., Курчак Н. Ю.  
Ужгородский национальный университет (медицинский ф-т), Украина;  
e-mail: szircsak\_heni@bigmir.net

Сурков А. Н., Намазова-Баранова Л. С., Потапов А. С.  
Научный центр здоровья детей РАМН, Москва, Россия

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

исследования на аппарате «Фиброскан». Липидный обмен оценивался по содержанию в плазме холестерина,  $\beta$ -липопротеидов, триглицеридов, липопротеинов высокой и низкой плотности холестерина, а также индекс атерогенности (ИА), уровень которых определялся на анализаторе FP-901 (M) фирмы «Labsystems» (Finland). Проводилось фракционное дуоденальное зондирование по общепринятой методике с последующим исследованием желчи. Контрольную группу составили 22 практически здоровых лица в возрасте от 22 до 50 лет. По всем изучаемым показателям был рассчитан относительный риск (ОР) желчного камнеобразования.

**Полученные результаты.** У всех пациентов выявлены изменения физико-химических свойств желчи, соответствующие первой стадии желчнокаменной болезни. При оценке

медико-биологических факторов: ИА>3, гипертриглицеридемия, индекс массы тела ИМТ>26 — высокий ОР. Определен высокий уровень реактивной тревожности. По окончании цикла обучения с помощью тестирования выявлено повышение уровня общих знаний пациентов о заболевании, пациенты стали лучше ориентироваться в вопросах диеты, образа жизни, осложнений своего заболевания. Об эффективности обучающих технологий свидетельствует и повышение медицинской активности пациентов. После обучения в школе отмечено снижение показателей ЛТ и в большей степени РТ.

**Заключение.** Занятия в школе здоровья снижали психологические и социально-гигиенические факторы риска желчного камнеобразования у больных жировым гепатозом.

Трухан Д. И.<sup>1</sup>, Тарасова Л. В.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Омская ГМА, <sup>2</sup>Чувашский государственный университет им. И. Н. Ульянова, Чебоксары, Россия

### Страдания кишечника при заболеваниях печени

Печень является многофункциональным органом, выполняющим в организме различные функции. Кишечная микрофлора по своей роли в поддержании гомеостаза не уступает любому другому жизненно важному органу. Все это позволяет рассматривать ее как самостоятельный орган. Отмечается

значительная схожесть и синергизм функций печени и нормальной кишечной микрофлоры.

В докладе рассмотрены патогенетические аспекты нарушений функции печени при изменении кишечного микробиоценоза и «страданий» кишечника при хронических заболеваниях печени.

Харитонов Л. А., Потанова Е. А., Богомаз Л. В., РНИМУ им. Н. И. Пирогова, Москва, Россия

### Эффективность литолиза желчных камней у детей раннего возраста

**Цель исследования:** оптимизировать тактику лечения ЖКБ у детей путем изучения особенностей течения холелитиаза у детей раннего возраста.

**Материал и методы.** Под наблюдением находились 74 ребенка с ЖКБ в возрасте от 1 мес до 3 лет. Дети были разделены на 3 группы: I группа — дети 1–12 месяцев жизни, II — дети 13–24 месяцев; III — 25–36 месяцев. Контрольную группу составили 74 ребенка без камней в желчном пузыре. Детям проводились общеклинические анализы, а также определялись уровень общего холестерина (ОХ), ТГ, ЛПВП, ЛПНП, ЛПОНП, проводились ультразвуковое исследование и магниторезонансное исследование брюшной полости. Патоморфологическое исследование желчного пузыря и химического состава конкрементов проведено у 41 ребенка. Материал обрабатывался статистически с помощью специально разработанной программы MEDSTAT. Достоверность различий средних величин независимых выборок оценивали с помощью параметрического критерия Стьюдента.

**Результаты.** Установлено, что у детей раннего возраста чаще формируются холестериновые желчные камни. При этом соотношение холестерина к билирубиновым конкрементам у детей до 1 года составляет 2:1; от 1 года до 2 лет — 1:1; после 2 лет, напротив, 1:2. Основными

примоторами заболевания холестериновой ЖКБ являются: 1) наличие ЖКБ у родственников ребенка в нескольких поколениях по женской и мужской линии; 2) наличие наследственной отягощенности по СД 2 типа; 3) прием гормональных (ГКС) ЛС во время беременности; 4) длительное использование гормональных контрацептивов; 5) экстракорпоральное оплодотворение, сопровождаемое приемом ГКС. Для билирубиновых конкрементов: 1) затяжная или гемолитическая желтуха; 2) гипоксия и асфиксия в родах; 3) аномалии развития желчного пузыря и желчевыводящих путей. Морфологически в ЖП выявляются признаки хронического воспалительного процесса с явлениями дистрофии и склероза стенки ЖП. Онтогенетически, чем старше был ребенок и дольше болел, тем более были выражены признаки дистрофии стенки ЖП. Эффективность литолиза желчных камней зависела от их химического состава и длительности болезни и составила у детей до 1 года 78%; от 1 года до 2 лет — 50%; после 2 лет — 27%.

**Выводы.** Высокая эффективность литолиза желчных камней в раннем детском возрасте позволяет значительно улучшить течение и прогноз заболевания и определяет выбор лечебной тактики в пользу консервативной терапии.

Шибяева Е. О., Понятишина М. В., Мазур О. Н. Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет, Санкт-Петербург, Россия

### Частота встречаемости и клиническая характеристика HBSAG-отрицательного хронического гепатита В у пациенток инфекционного стационара

**Цель исследования:** определить частоту встречаемости HBsAg-негативного хронического гепатита В (ХГВ) среди пациенток инфекционного стационара в период 2010–2012 гг. и охарактеризовать клиническое течение заболевания.

**Пациенты и методы.** В обследование включены 505 женщин с диагнозом ХГВ, госпитализированных в отделение «вирусных гепатитов» КИБ

им. С. П. Боткина (базовое отделение кафедры инфекционных болезней взрослых и эпидемиологии СПбГПМУ) в 2010–2012 гг. Диагноз ХГВ установлен на основании стандартных клинико-лабораторных и инструментальных методов исследования. Всем пациенткам определены сыровоточные маркеры вируса гепатита В методом ИФА: HBsAg, HBsAb, HbcAb сум., HBeAg, HBeAb.

Этиологическая принадлежность заболевания подтверждена наличием только HBsAb в сыворотке крови, при отсутствии маркеров гепатитов А, С, D и ВИЧ-инфекции.

**Результаты исследования.** Частота встречаемости HBsAg-негативного гепатита среди пациентов с ХГВ составила 24,8% (n=505): 27,4% случаев в 2010 г. (n=168), 28,8% — в 2011 г. (n=163), 18,4% — в 2012 г. (n=174). Средний возраст пациенток составил (57±2) года с преобладанием лиц среднего возраста (45–59 лет) — 43,2% случаев и пожилого возраста (60–74 года) — 33,6%. У большинства (67,2%) пациенток диагностирована цирротическая стадия заболевания: субкомпенсации (класс В) и декомпенсации (класс С) по шкале Child — Turcotte — Pugh, 30 (35,7%) и 40 (47,6%) случаев соответственно. Клиническими синдромами суб- и декомпенсации цирроза печени были наличие отечно-асцитического и геморрагического

синдромов, а так же проявления печеночной энцефалопатии. Установлено достоверное уменьшение доли госпитализированных больных в стадии компенсации цирроза — с 7 (21,8%) случаев в 2010 г. (n=32) до 2 (11,1%) в 2012 г. (n=18). Средние показатели билирубина сыворотки крови у пациенток данной группы составили (113±23) ммоль/л, АлАТ — (141±37) ммоль/л (л.ч), ПТИ — (77±3)%, что свидетельствует о средней степени выраженности экскреторно-билиарного и невысокой активности цитолитического синдрома, что, в целом, характерно для ХГВ. Летальных исходов у больных у обследованных больных не наблюдалось.

**Заключение.** У четверти пациенток, госпитализированных в инфекционный стационар с диагнозом ХГВ, диагностирована «HBsAg-негативная» фаза заболевания, причем заболевание протекает преимущественно в цирротической стадии с прогрессированием вплоть до декомпенсации.

## Полиморбидность и ЖКТ. Нутрициология

### Use Of Hepatoprotector Ropren In Complex Treatment Of Patients With Obesity And An Associated Metabolic Syndrome

**Objective:** to demonstrate positive changes of clinical symptoms and biochemical parameters of the blood serum after use of the hepatoprotector Ropren in the complex treatment of obese patients.

**Materials and methods.** 40 people were examined (18–65 y.o., 45% men and 55% women) with BMI from 35 to 45 kg/m<sup>2</sup>. Patients were diagnosed with 3 types of nutritional behaviour:

12% had external, 65% — emotive, and 33% — restrictive type of behaviour.

A nutritional status was evaluated based on height-weight, waist to thigh ratio, and bio impedance analysis of the body structure.

Treatment was conducted by our patented method of reduction of excessive body mass.

Patients were divided into two groups: 1<sup>st</sup> group — patients received Ropren as a part of complex therapy at the dose of 3 drops 3 times per day; 2<sup>nd</sup> group — without Ropren.

**Results.** Patients in both groups had a statistically significant reduction of 10 to 25 kg of body mass over 3 months.

Patients from the 1<sup>st</sup> group in comparison with the 2<sup>nd</sup> group, reported disappearance of the above-mentioned symptoms and improvement of biochemical parameters in a significantly shorter period of time.

Ultrasound of the abdominal cavity showed normalisation of the size, echogenicity and vascular structure of the liver and pancreas. Reduction of the body mass was also accompanied by significant improvement of biochemical parameters. In the 2<sup>nd</sup> group, despite body mass reduction, improvement of lipid metabolism was registered later, whereas the transaminases remained practically unchanged.

**Conclusion.** Use of the highly efficacious innovative hepatoprotector, Ropren, a precursor of dolichols, in treatment of obesity with an associated metabolic syndrome, facilitates improvement of metabolic processes and the general condition of patients.

Lapteva E.N., Lapteva E.S., Soultanov V.S., Popova Yu.R., Perevezentseva Yu.B.  
Lenmedcentre, St. Petersburg, Russia

### Вегетативные нарушения регуляции системы кровообращения в ассоциации с НПВП-гастропатией у больных ревматоидным артритом

**Цель исследования:** изучить особенности ассоциации вегетативных нарушений регуляции системы кровообращения с НПВП-гастропатией у больных ревматоидным артритом (РА).

**Материалы и методы.** Обследованы лица с документированным диагнозом РА (n=75). Вегетативная регуляция системы кровообращения оценивалась при помощи лазерной доплеровской флуометрии на аппарате «ЛАКК-2». Диагноз НПВП-гастропатии установлен на основании

анамнеза и данных эзофагофиброгастроудоденоскопии.

**Полученные результаты.** НПВП-гастропатия была диагностирована у 25% больных. Встречаемость НПВП-гастропатии у лиц с симпатикотонией — 2%, у лиц с эйтонией — 5%. У больных с ваготонией НПВП-гастропатия описана в 18% случаев.

**Вывод.** Установлена ассоциация ваготонии с НПВП-гастропатией у больных ревматоидным артритом.

Андрюченко А.В., Бубликов Д.С.  
Алтайский ГМУ, Барнаул, Россия

### Микроциркуляторные нарушения и риск развития нпвп-гастропатии у больных ревматоидным артритом

**Цель исследования:** изучить особенности ассоциации микроциркуляторных нарушений и НПВП-гастропатии у больных ревматоидным артритом (РА).

**Материалы и методы.** Обследованы лица с документированным диагнозом РА (n=75). Микроциркуляция крови оценивалась при помощи

лазерной доплеровской флуометрии на аппарате «ЛАКК-2». Оценивалась кожная микроциркуляция в IV пальце кисти с пальмарной стороны как показатель «общей» микроциркуляции. В качестве ведущего показателя был взят показатель микроциркуляции (ПМ). Диагноз НПВП-гастропатии

Андрюченко А.В., Бубликов Д.С.  
Алтайский ГМУ, Барнаул, Россия

установлен на основании анамнеза и данных эзофагофиброгастроуденоскопии.

*Полученные результаты.* Уровень ПМ имел обратную корреляционную связь средней силы

( $r=0,54$ ) с частотой встречаемости НПВП-гастропатии.

*Вывод.* Установлена корреляция ПМ с частотой НПВП-гастропатий у больных ревматоидным артритом.

Андриянов А. И., Белозеров Е. С.  
Военно-медицинская академия им. С. М. Кирова, Санкт-Петербург, Россия

### Питание в показателях общественного здоровья

*Цель исследования:* дать характеристику проблем здоровья, связанных с характером питания.

Общественное здоровье – система научных и практических мер и обеспечивающих их структур медицинского и немедицинского характера, деятельность которых направлена на охрану и укрепление здоровья населения, профилактику заболеваний и травм, увеличение продолжительности активной жизни и трудоспособности и предусматривающая объединение усилий общества. Является важнейшим звеном жизнеобеспечения населения. Начало XXI века охарактеризовалось ростом в стране показателей заболеваемости и смертности, сокращением продолжительности жизни (Покровский В. И., 2003). И одна из основных причин этого помимо прочих, как было доказано, это несбалансированное, нерациональное питание. Рацион питания современных людей стал гораздо беднее, и он продолжает ухудшаться прямо пропорционально развитию современных технологий. Причина заключается в том, что современный человек получает пищу, состоящую из 500 ингредиентов вместо нужных 1000, за сутки — 200–230 необходимых веществ вместо 700. Именно этот фактор является основной причиной нарушения обмена веществ организма, при этом манифестация клинических проявлений стартует спустя десять лет. Как отмечают эксперты ВОЗ, 83 % всех заболеваний относятся к связанным с различными нарушениями обмена веществ заболеваниям — микроэлементозам. Сегодня показано, что в Европейском регионе питание выступает одной из основных причин развития почти 40 % болезней и является детерминирующим фактором в возникновении 40 % патологии, занимающей, в частности, лидирующие места в структуре причин смертности от сердечно-сосудистых заболеваний, сахарного диабета, злокачественных новообразований и др. К примеру, ожирение — бич последней четверти века — причина болезней органов кровообращения, эндокринной системы, печени, поджелудочной железы (патология ее выросла в 3 раза), иммунной системы. Согласно статистике, аллергия, заболевания желудочно-кишечного тракта, онкопатология среди современной популяции населения выросли почти в три раза по сравнению с началом прошлого столетия.

### Факторы кардиоваскулярного риска у больных неалкогольной жировой болезнью печени

*Цель исследования:* изучить модифицируемые и немодифицируемые факторы кардиоваскулярного риска у пациентов с НАЖБП: половая принадлежность, возраст, семейный анамнез, вредные привычки, низкая физическая активность, избыточный вес и абдоминальное ожирение, гипертония, нарушения углеводного и липидного обмена.

*Методы и материалы.* Обследованы 98 пациентов с НАЖБП. При помощи анкетирования были определены пол, возраст, рост, вес, выявлено

К первоочередным проблемам современной нутрициологии как науки, занимающейся изучением вопросов, связанных с различными аспектами питания (состав продуктов питания, процесс приема пищи, взаимодействие различных видов пищи), можно отнести следующие:

- разработка научно обоснованных диет для здоровых людей в зависимости от образа жизни (с низкой двигательной активностью, живущих в условиях экстресса, с работой высокого уровня психоэмоционального стресса, с пониженной и повышенной массой тела);
- градация современного общества по данным оценки удельного веса основных классов вида пищевых продуктов (естественные и генетически модифицированные пищевые продукты природного происхождения; естественные нетрадиционные для данной популяции пищевые продукты природного происхождения; продукты, полученные в результате технологической переработки пищевых веществ естественного происхождения, в том числе обогащенные пищевые продукты; пищевые продукты искусственного происхождения, полученные путем микробного или иного биосинтеза; биологически активные добавки к пище; пребиотики, энтеросорбенты, пищевые волокна и пищевые добавки);
- характеристика качественного состава ингредиентов пищи в различных естественных и техногенных биогеохимических провинциях, современных городах с последующей разработкой научно обоснованного состава пищевого рациона для больных и для здоровых с учетом биогеохимической провинции;
- разработка лабораторной диагностики нозологических форм проявлений дефицита эссенциальных незаменимых веществ в организме и принципов коррекции дефицита эссенциальных незаменимых веществ, не синтезируемых в организме;
- разработка классификации обменных сдвигов, связанных с нарушением питания, патогенеза их развития;
- научное обоснование и внедрение в производство системы «Халыль».

наличие вредных привычек, уровень физической активности. Всем пациентам определяли уровень артериального давления. Для оценки обмена липидов и углеводов измеряли концентрацию общего холестерина и его фракций, глюкозы натощак и гликозилированного гемоглобина.

*Результаты.* Из пациентов с НАЖБП мужчин было 61, женщин — 37. Из мужчин 48 (78,68 %) были старше 45 лет, из женщин 19 имели возраст 55 лет и старше (51,35 %). У 54 из 98 пациентов с НАЖБП

Бабак О. Я., Колесникова Е. В., Соломенцева Т. А., Куринная Е. Г., Сытник К. А.  
Национальный институт терапии им. Л. Т. Малой Национальной академии медицинских наук Украины, Харьков, Украина

(56,12 %) имелись близкие родственники с ишемической болезнью сердца и / или сахарным диабетом. Анализ вредных привычек выявил, что 58 пациентов с НАЖБП (60,20 %) курили. У 50 пациентов с НАЖБП (51,02 %) наблюдались все признаки метаболического синдрома. Анализ типа нарушений липидного обмена показал, что проатерогенные изменения наблюдались у 57,14 % пациентов с НАЖБП. Анализ углеводного обмена выявил

взаимосвязь концентрации HbA1c со степенью выраженности стеатоза печени. Артериальная гипертензия была обнаружена у 68 больных (69,38 %).

*Выводы.* У пациентов с НАЖБП наблюдаются факторы кардиоваскулярного риска, количество которых зависит от степени стеатоза печени и отражает патогенетическую взаимосвязь развития НАЖБП и ССЗ.

### Неинвазивный метод диагностики хеликобактериоза

*Цель:* разработка способа определения комплекса антигенов патогенности *H.pylori* в биологических жидкостях для оптимизации диагностики и прогнозирования возможных обострений желудочно-кишечных заболеваний.

*Материал и методы.* Использованы тест-системы для определения О-антигена, высокомолекулярных белков (ВМБ), включая СаgА, и рекомбинантного белка VасА в реакции коаггутинации на иммунологических планшетах. Биоматериал — образцы кала, слюны, сыворотки крови от здоровых добровольцев при длительном мониторинге (729 проб) и амбулаторных больных желудочно-кишечными заболеваниями (ЖКЗ), подтвержденными клиническими и лабораторными данными (2836 проб).

*Результаты.* Разработанный метод обладает высокой чувствительностью (88–96 %) и специфичностью (91–100 %) при испытании биопроб. Показана

возможность его использования для прогноза обострений заболеваний ЖКТ. В сравнительных исследованиях биоматериалов от больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки (45 человек) и хроническим гастритом (56 человек), диагноз у которых подтвержден бактериологически, гистологически, эзофагогастроскопией и уреазным тестом, чувствительность разработанного нами метода РКА составляла 82 %, ImmunoComb II — 53 %, Хелико-Экспресс — 43 %.

*Заключение.* Разработан и апробирован на клиническом материале высокочувствительный и специфичный неинвазивный (может быть использован у детей, пожилых и больных в тяжелом состоянии), простой и экономичный метод (не требует специального оборудования) для быстрой диагностики (1 сутки), определения патогенности штамма, оценки эффективности терапии и профилактики, мониторинга и научных исследований.

### Исследование активности оральной уреалитической микрофлоры

*Цель исследования:* определить распространенность уреалитической микрофлоры ротовой полости, оценить значения пороговых концентраций и объемов субстрата, при которых имеет место ферментативный гидролиз карбамида в ротовой полости, значимый для диагностики инфекции НР.

*Материалы и методы.* В исследовании участвовали 62 случайно отобранных человека в возрасте от 5 до 64 лет с неустановленным НР-статусом. Каждый из них ополаскивал рот 1 % раствором карбамида в объеме 50 мл, после чего с помощью газоанализатора с частотой 1 раз в секунду определялся уровень NH<sub>3</sub> в ротовой полости.

Один из пациентов с максимальной активностью оральной уреалитической микрофлоры в течение двух недель натошак ополаскивал ротовую полость растворами карбамида с концентрациями от 0,065 % до 4 %, а также различными объемами 1 % раствора (от 0 до 4 мл). Концентрация NH<sub>3</sub> определялась газоанализатором.

*Результаты.* У 91 % лиц из числа обследованных установлена активность оральной уреалитической микрофлоры (параметр биномиального распределения (91,0±1,8)%, при уровне доверия p<0,05). Минимальное значение концентрации карбамида в растворе 50 мл, приводящее к существенному увеличению (свыше 1 ppm) концентрации NH<sub>3</sub>, составляет 0,065 %. Минимальное количество раствора карбамида при 1 % концентрации, приводящее к увеличению (свыше 1 ppm) концентрации NH<sub>3</sub>, составляет 1,5 мл.

*Выводы.* Установлена высокая (91 %) степень распространенности оральной уреалитической микрофлоры среди населения.

Пероральный прием мочевины при проведении тестов на хеликобактериоз способен приводить к ложно положительным результатам из-за активности оральной уреалитической микрофлоры даже при малых объемах и низкой концентрации раствора субстрата.

### Использование смесей растительных масел, сбалансированных по содержанию незаменимых нутриентов, в питании детей, страдающих заболеваниями желудочно-кишечного тракта

*Цель исследования:* разработать рецептуры и технологии смесей растительных масел повышенной биологической ценности и изучить возможность использования их в питании детей, страдающих заболеваниями желудочно-кишечного тракта.

*Материалы и методы, результаты.* Целью настоящего исследования является разработка технологии смесей растительных масел (соевого, оливкового, льняного, тыквенного, красного пальмового

(суперолеин)) для последующего использования их в лечебно-профилактическом питании и клиническая апробация блюд, приготовленных с использованием этих смесей, у детей с заболеваниями желудочно-кишечного тракта. Лечебные свойства смесей растительных масел обусловлены полноценным жирнокислотным и витаминным составом и высокой усвояемостью используемых растительных жиров. В настоящее время хорошо известно,

Белая Ю.А.<sup>1</sup>, Петрухин В.Г.<sup>1</sup>, Быстрова С.М.<sup>1</sup>, Вахрамеева М.С.<sup>1</sup>, Белая О.Ф.<sup>2</sup>  
<sup>1</sup>НИИЭМ им. Н.Ф. Гамалеи МЗ РФ, <sup>2</sup>Первый МГМУ им. И.М. Сеченова МЗ РФ, Москва, Россия

Быков С.Э.<sup>1</sup>, Дмитриенко М.А.<sup>1</sup>, Быков А.С.<sup>2</sup>  
<sup>1</sup>ООО «Ассоциация Медицины и Аналитики», <sup>2</sup>Санкт-Петербург, Санкт-Петербургский ГТИ (технический университет), Россия

Гапонова Л.В., Полежаева Т.А., Матвеева Г.А., Гапонова О.М.  
Всероссийский научно-исследовательский институт жиров, Санкт-Петербург, Россия

что 18:2ω6 и 18:3ω3 жирные кислоты подвергаются в организме воздействию одних и тех же ферментных систем, причем последние как наиболее реакционноспособные составляют конкуренцию в метаболизме 18:2ω6. При исследовании смесей растительных масел установлено, что оптимальное отношение линоленовой кислоты к линолевой, обеспечивающее минимальный нежелательный сдвиг в метаболизме жирных кислот, должно составлять приблизительно 1:8–1:10.

Дербак М. А., Архий Э. Й.,  
Москаль О. Н.

Ужгородский национальный университет (медицинский факультет), Украина,  
e-mail: derbak@mail.ru

### Дисбаланс активности цитокинов у больных сахарным диабетом 2 типа в сочетании с хроническим гепатитом С

**Цель исследования:** изучить активность сывороточных про- и противовоспалительных цитокинов у больных сахарным диабетом (СД) 2 типа в сочетании с хроническим гепатитом С (ХГС) в зависимости от уровня вирусной нагрузки.

**Материалы и методы.** Обследованы 400 пациентов в возрасте от 31 года до 70 лет (средний возраст  $(54,1 \pm 1,1)$  года). Кроме стандартных исследований определяли количество РНК ВГС методом ПЦР и уровни цитокинов: неоптерина, ИЛ-1β, TNF-α, ИЛ-6, ИЛ-4, ИЛ-10. Больные были разделены на 2 группы: 1-я — 125 больных СД 2 типа с ХГС, 2-я — 275 больных СД 2 типа без ХГС. Первая группа разделена на подгруппу 1а (n=49) — больные с высокой вирусной нагрузкой — и подгруппу 1б (n=76) — с низкой вирусной нагрузкой.

**Результаты.** Отмечена достоверная гиперпродукция про- и депрессия противовоспалительных цитокинов у больных СД 2 типа с ХГС с высокой вирусной нагрузкой. У больных подгруппы 1б

Смеси растительных масел проходят апробацию в стационарах Санкт-Петербурга. С целью оценки эффективности метаболизма жирных кислот исследуются липидные показатели сыворотки крови (общий холестерин, β-липопротеиды, общие липиды). Промежуточные итоги медико-биологических исследований свидетельствуют о хорошей переносимости и клинической эффективности использования их и в рационе питания детей с заболеваниями желудочно-кишечного тракта.

уровень ИЛ-1β был выше на 17,7 %, TNF-α — на 23,5 %, ИЛ-6 — на 22,1 %, чем в группе сравнения, а в подгруппе 1а выше на 32,2 %, 47 % и 45,1 % соответственно. Активная вирусная репликация усиливает существующий дисбаланс цитокинов у больных СД 2 типа и стимулирует продукцию главного цитокина — неоптерина. Уровень неоптерина повышается прямо пропорционально с уровнем TNF-α, что приводит к активации процессов апоптоза и инактивации оксида азота в эндотелии сосудов. При этом показатели противовоспалительных цитокинов, ИЛ-4 и ИЛ-10, оставались на низком уровне, что дает возможность провоспалительным цитокинам стимулировать сосудистое воспаление и способствовать формированию микрососудистых осложнений СД 2 типа.

**Выводы.** У больных СД 2 типа с ХГС выявлена высокая степень корреляции между вирусной нагрузкой и дисбалансом про- и противовоспалительных цитокинов.

Дербак М. А.<sup>1</sup>, Архий Э. Й.<sup>1</sup>, Москаль О. Н.<sup>1</sup>,  
Олексик О. Т.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Ужгородский национальный университет (медицинский ф-т), <sup>2</sup>Закарпатская ОКБ им. А. Новака, Украина,  
e-mail: derbak@mail.ru

### Состояние углеводного обмена у больных сахарным диабетом 2 типа в сочетании с вирусом гепатита С

**Цель исследования:** изучить взаимосвязь между нарушениями углеводного обмена и уровнем вирусной нагрузки HCV у больных СД 2 типа.

**Материалы и методы.** Обследованы 400 пациентов в возрасте от 31 года до 70 лет (средний возраст  $(54,1 \pm 1,1)$  года). Кроме стандартных исследований больным определяли уровень С-пептида и вирусную нагрузку методом ПЦР. Степень компенсации сахарного диабета устанавливали по уровню гликозилированного гемоглобина (HbA1c). Сформировано 2 группы больных: 1-я — 125 больных СД 2 типа с ВГС и 2-я — 275 больных СД 2 типа без ВГС. Первая группа разделена на подгруппу 1а (n=49) — больные с высокой вирусной нагрузкой РНК ВГС — не менее  $4 \cdot 10^5$  МЕ/мл и подгруппу 1б (n=76) — с низкой вирусной нагрузкой РНК ВГС — менее  $4 \cdot 10^5$  МЕ/мл.

**Результаты.** Установлено, что у больных СД 2 типа в сочетании с ВГС достоверно чаще (70,4 % пациентов) регистрировалась сниженная

секреция С-пептида, чем у неинфицированных (6,2 %,  $p < 0,001$ ). Существенное влияние на базальную секрецию С-пептида оказывала имеющаяся разница в репликативной активности HCV. Содержание С-пептида ниже нормы отмечено у 83,6 % больных подгруппы 1-а и у 61,8 % — 1-б. Также установлено влияние высокой вирусной нагрузки на степень компенсации СД. Среди пациентов подгруппы 1-а декомпенсация углеводного обмена имела место у 38,8 % больных, с компенсированным сахарным диабетом в этой группе не было ни одного больного. В подгруппе 1-б декомпенсация отмечена у 15,8 % больных, а компенсация — у 9,2 % больных. У остальных больных СД был субкомпенсированным.

**Выводы.** Полученные результаты свидетельствуют о возможной роли вируса гепатита С в нарушении углеводного обмена с последующим развитием инсулиновой недостаточности и ухудшением компенсации СД 2 типа.

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

### Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь, ассоциированная с дуоденогастроэзофагеальным рефлюксом, и соединительнотканная дисплазия в аспекте преморбидности

**Цель исследования:** изучение у больных гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью (ГЭРБ) с дуоденогастроэзофагеальным рефлюксом (ДГЭР) фенотипических и висцеральных проявлений соединительнотканной дисплазии и коморбидных

заболеваний органов пищеварения в качестве предикторов формирования заболевания.

**Материал и методы.** У 46 больных ГЭРБ (мужчин — 18, женщин — 28) в возрасте  $(43,0 \pm 14,5)$  года детально изучены пищевые привычки,

фенотипические и висцеральные признаки имеющих недифференцированных соединительнотканых дисплазий (СТД).

**Результаты.** Признаки СТД у больных с ГЭРБ, ассоциированной с ДГЭР, отмечены в 42,0% наблюдений, причем значимое их сочетание (свыше 6 признаков) — в 23,8% случаев. Разнообразные фенотипические стигмы СТД встречались у 19,0% больных, преобладали висцеральные признаки в виде структурных аномалий желудочно-кишечного тракта — недостаточности кардии (23,8% случаев), диафрагмальных грыж (9,5%) и аномалий строения желчного пузыря (52,4%), гемангиом печени (6,2%). Рассчитанный риск формирования ГЭРБ, ассоциированной с ДГЭР, при наличии диагностически значимого сочетания признаков СТД,

составил 12,5%, относительный риск — 0,20. У пациентов с ДГЭР заболевание развивалось на фоне предшествующих заболеваний желчевыводящих путей (58,7% случаев), отягощенной наследственности по желчнокаменной болезни и хроническому холециститу (23,9%), пищевого предпочтения сдобных, жирных и высококалорийных блюд (58,7%). Такой тип пищевого выбора увеличивает риск формирования ГЭРБ, ассоциированной с ДГЭР, до 62,8%, относительный риск — до 2,68.

**Заключение.** Изучение признаков СТД и состояния билиарного тракта перспективно для выработки мер первичной профилактики ГЭРБ путем выбора пищевого поведения и жизненного стиля, в первую очередь, у лиц молодого возраста.

## К вопросу о состоянии органов пищеварения у больных с распространенным атеросклерозом

Изменения пищеварительного тракта у больных атеросклерозом многогранны и чрезвычайно значимы.

**Цель исследования:** выявление особенностей изменений органов пищеварения у пациентов с мультифокальным атеросклерозом.

**Материалы и методы.** В основу работы легли наблюдения над 70 пациентами с атеросклеротическим поражением коронарных, брахиоцефальных сосудов и артерий конечностей. Выполнялась клиническая, лабораторная оценка состояния органов пищеварения, эндоскопия, ультразвуковое исследование печени, поджелудочной железы, гистологическое исследование слизистой оболочки желудка, а также анализировалось состояние магистральных сосудов, липидограмма, маркеры дисфункции эндотелия.

**Результаты.** Большое значение имеет состояние слизистой желудка в связи с вероятностью развития кровотечений. Опасные изменения слизистой были отмечены у половины обследованных, в том числе страдающих язвенной болезнью. Эрозивно-язвенный гастрит в свою очередь чаще регистрировался на фоне операционной кровопотери больше 500 мл ( $p=0,03$ ). Оценка работы печени показала ухудшение непосредственных и отдаленных результатов реконструктивных вмешательств у лиц с признаками стеатоза и фиброза печени, в том числе на фоне висцерального ожирения, дислипидемии и хеликобактериоза.

**Выводы.** Печеночная дисфункция является фактором риска негативных кардиоваскулярных событий при реконструкции магистральных артерий. Риск желудочных кровотечений максимален у лиц с язвенным анамнезом.

Иванов М.А., Симонина К.А., Берест Д.Г., Шаповалов А.С., Умаханов З.Б., Кицбашвили Р.В.  
СЗГМУ им. И.И. Мечникова, Санкт-Петербург, Россия

## Шведский стол как форма диетического питания в санаторно-курортных учреждениях: за и против

**Цель исследования:** дать оценку возможности внедрения принципа «шведского стола» в санаторно-курортных учреждениях.

Пища в зависимости от свойств и состава по-разному влияет на организм. Санаторно-курортное лечение направлено на обслуживание отдыхающих или направленных на долечивание лиц, в большинстве своем нуждающихся в лечебном питании. Последнее является неотъемлемой частью комплексного лечения. Принцип диетического питания — сбалансированность химического состава рационов с учетом биологических эффектов пищевых веществ. Цель его — помочь выздороветь и не вызвать обострение сопутствующих заболеваний.

В течение веков отработывалась структура диетического питания. В нашей стране наибольшее распространение получило лечебное питание, состоящее из 15 диет, разработанное одним из организаторов Института питания в Москве и основоположников диетологии и клинической гастроэнтерологии в СССР, М.И. Певзнером (1872–1952 гг.). М.И. Певзнер считал, что там, где нет лечебного питания, там нет рационального лечения.

Применение лечебных диет основывается на четырехразовом режиме питания, а для больных с заболеваниями желудочно-кишечного тракта

и некоторыми болезнями сердечно-сосудистой системы предусмотрено 5–6-разовое питание.

Особенности организации диетического питания в санаториях и на курортах определяются тем, что сюда направляют больных в период ремиссии, что позволяет вносить коррективы в обеспечении лечебного питания по сравнению с питанием в стационаре. Так, в санаториях Украины внедрены лечебные диеты «В» (заболевания и состояния, не требующие специальных лечебных диет), «Н» (хронические заболевания почек с резко выраженными нарушениями азотовыделительной функции почек и выраженной азотемией, цирроз печени с печеночной энцефалопатией), «Д» (сахарный диабет), «О» (послеоперационный период: первые дни после операций на органах брюшной полости, урологических, гинекологических операций), «П» (острые и обострение хронических заболеваний желудочно-кишечного тракта, печени, поджелудочной железы), «Т» (туберкулез). В большинстве санаториев ограничиваются диетами № № 1, 2, 3, 5, 7, 8, 9, 15. В санаториях «Центросоюз-Кисловодск» ведущие лечебные диеты: № № 10, 9, 5, 5П, 15, 8, 1, 7.

В соответствии с Приказом № 330 МЗ от 05.08.2003 ранее применявшиеся в лечебно-профилактических учреждениях диеты номерной системы (диеты № № 1–15) объединены или включены

Кириченко Н.Н., Аверьянов А.И., Белозеров Е.С.  
Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова, Санкт-Петербург, Россия

в систему стандартных диет, которые назначаются при различных заболеваниях в зависимости от стадии, степени тяжести болезни или осложнений со стороны различных органов и систем (5 вариантов: основной, с механическим и химическим щажением, высоко- и низкобелковая и низкокалорийная).

В последние 2–3 года многие службы общественного питания, отели, пансионаты и даже санатории переходят на заимствованную из ресторанного сервиса систему «шведский стол», в целом удобную и точно сориентированную на вкусы клиента организацию питания, которая существенно улучшает многие показатели работы санатория, увеличивает поток пациентов, так как многие люди предпочитают заранее увидеть те блюда, которые будут есть, позволяет реализовать индивидуализированный подход в виде самостоятельного выбора блюд, что не всегда можно сделать при заказе блюд по меню [<http://yurmino.ru/ru/sanatorium/infrastruktura-sanatoria/pitanie-v-sanatorii/>; <http://otdih.nakubani.ru/chernoe-more/sanatorii-pansionaty/shvedskiy-stol/>]. Важно, что при всем обилии шведский стол обходится предприятию дешевле, чем принцип порционной подачи, в том числе за счет того, что пациенты сами себя обслуживают, тем самым,

нет необходимости в обслуживающем персонале в зале, половину работы пациент «бесплатно» делает сам. Кроме того, вопреки мнению, что расход продуктов больше, при внедрении питания по принципу «шведского стола» на самом деле происходит с точностью до наоборот — экономия достигает 30 %.

При всей демократичности системы «шведский стол» имеет свои минусы, особенно важные в обеспечении санаторного лечения. Прежде всего, далеко не всем находящимся на лечении лицам можно обеспечить диетическое питание при системе «шведского стола». Например, при сахарном диабете, когда нарушено усвоение углеводов (сахара, крахмала), их временно или совсем устраняют из пищи или заменяют ксилитом либо сорбитом. При патологии почек показана бессолевая диета. Поэтому в санаториях, нет сомнения, «шведский стол» займет достойное место для большей части пациентов, но показания к нему должны быть взвешенными и определены врачом-диетологом по двум потокам: а) в зале «шведского стола» при отсутствии жестких ограничений в диете, б) в зале лечебного питания сохранение принципа 5 вариантов стандартных диет.

Клестер Е. Б., Лычев В. Г., Гервазиев Д. В., Клестер К. В.  
Алтайский ГМУ, Барнаул, Россия

### Функциональные и воспалительные заболевания кишечника у больных ХОБЛ

*Цель:* изучить частоту встречаемости и структуру патологии кишечника у больных ХОБЛ.

*Материалы и методы.* Проведено углубленное исследование 174 больных ХОБЛ (по критериям GOLD, 2011) в фазе обострения, взятых по методу случайной выборки в т/о. Легкая степень тяжести диагностирована у 59 пациентов, средняя — у 91, тяжелая — у 22, крайне тяжелая — у 2. Преобладали мужчины — 70,1 % больных. Возраст составил (51,8±5,2) года. Проводились копрологическое и бактериологическое исследование кала, оценивались частота и форма стула, выраженность болевого синдрома и метеоризма по ВАШ, по показаниям проводились эндоскопическое и рентгенологическое исследование кишечника. Осложнения в виде дыхательной недостаточности имели место у 14,4 % больных.

*Результаты.* Функциональные расстройства по критериям Римского консенсуса III выявлены у 60 (34,5 %) больных, из них с преобладанием запора — 13,3 %, с диареей — 21,7 %, смешанный — у 65,0 % больных. Воспалительно-дистрофические изменения слизистой оболочки кишечника с нарушениями ее функции — у 38 (21,8 %) больных. Из них у 7

больных диагностирован «язвенный колит» и у 1 больного обнаружена болезнь Крона. Диагноз верифицирован данными клинических, лабораторных, инструментальных и гистологических методов. По локализации поражения НЯК: левосторонний — у 28,6 %, тотальный — у 14,3 %, дистальный — у 57,1 %. По степени тяжести (по Truelove and Witts) легкая — у 42,8 %, средняя — у 42,8 %, тяжелая — у 14,2 % больных. У 30 (17,2 %) больных выявленные изменения отнесены к группе «других неинфекционных гастроэнтеритов и колитов» (по МКБ-10). Поражения слизистой чаще всего были представлены гиперемией — у 60,5 %, эрозиями — у 42,1 %, геморрагиями — у 34,2 %, контактной кровоточивостью — у 50,0 %. Псевдополипы выявлены у 15,8 %, микроабсцессы — у 7,9 %, гранулемы — у 2,6 %.

*Заключение.* Сопутствующая патология кишечника выявляется у каждого третьего больного ХОБЛ, с преобладанием функциональных расстройств. Отмечается взаимоотягощение симптомов заболевания, особенно при наличии осложнений.

Клестер Е. Б.<sup>1</sup>, Славнова М. К.<sup>2</sup>, Клестер К. В.<sup>1</sup>, Демина Е. И.<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>Алтайский ГМУ, <sup>2</sup>ГБ № 4, Барнаул, Россия

### Патология желудка и двенадцатиперстной кишки у больных хронической обструктивной болезнью легких

*Цель:* изучить состояние слизистой оболочки желудка и ДПК у больных хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ).

*Материалы и методы.* Нами проведены углубленные клинические наблюдения с эндоскопическими исследованиями у 63 больных ХОБЛ в фазе обострения (оценка степени тяжести в соответствии с критериями GOLD, 2011), находившихся в 70-коечном терапевтическом отделении ГБ № 4 на протяжении 2013 г. ХОБЛ легкой степени тяжести диагностирована у 6 больных, средней — у 39, тяжелой — у 14, крайне тяжелой — у 4. В возрасте 45–59

лет — 9 больных, от 60 до 74 лет — 38, от 74 до 90 лет — 15, старше 90 лет — 1. Мужчин 44, женщин 19.

*Результаты.* Гастроэнтерологические жалобы предъявляли 39 (61,9 %) больных. При ЭГДС у всех выявлены изменения слизистой оболочки гастродуоденальной зоны. Признаки воспаления более выражены в антральном отделе (у 43,6 % больных), чем в фундальном (у 12,8 % больных), пангастрит — у 43,6 % больных. На фоне гиперемии и отека выявлялись кровоизлияния в виде петехиальных высыпаний и мелкоочечные эрозии у 66,7 % больных и в 10,3 % случаев — язвенные поражения СОЖ.

В ДПК на фоне дуоденита (в 82,1 %) также отмечено наличие эрозий (36,6 %) и свежих язв (6,7 %). Ведущим в клинике был диспепсический синдром — у 52, проявляемый чаще изжогой, реже в виде отрыжки и тошноты, рвоты. Степень обсеменности НР по результатам уреазного теста: слабая — у 6 (15,4 %), средняя — у 10 (25,6 %), выраженная — у 23 (59,0 %).

### Хронический гастрит (ХГ) у детей на фоне заболеваний соединительной ткани

Целью исследования явилось изучение иммунологических особенностей ХГ у детей с ювенильным артритом (ЮА) и недифференцированной дисплазией соединительной ткани (НДСТ).

**Материалы и методы.** Обследованы 46 детей в возрасте от 9 до 16 лет. Группа 1—21 ребенок с ХГ и ЮА, диагноз ставился на основании критериев EULAR (1994). В группу 2 вошли 12 детей с ХГ и НДСТ 1—2 степени, определенной по схеме Т. Милковска-Дмитровой и А. Каракашева (1985). Группа сравнения 3—13 пациентов с ХГ, без ЮА и НДСТ. Диагноз ХГ подтвержден морфологически. Уровни IL-10, IL-6, IL-8, IL-1 $\beta$ , IFN- $\gamma$ , TNF- $\alpha$  в сыворотке крови больных определяли методом твердофазного иммуноферментного анализа (ELISA).

**Результаты.** У детей группы 1 выше, чем в группах 2 и 3, были уровни IL-6, IL-8, IL-1 $\beta$ . Средние значения уровня IL-8 во всех группах превышали нормальные показатели, а IL-10 во всех группах соответствовали норме. Уровень TNF- $\alpha$  у детей

**Выводы.** У всех обследованных больных ХОБЛ выявляются патологические изменения в слизистой оболочке желудка и ДПК, при скудной клинической картине. Частота и степень поражения гастродуоденальной зоны зависят от тяжести ХОБЛ. Рекомендуемая Маастрихским консенсусом-4 четырехкомпонентная схема с препаратом висмута оказала эрадикационный эффект у 90 % больных.

группы 2 был ниже по сравнению с группами 1 и 3. Уровень IFN- $\gamma$  как у детей с ХГ и ЮА, так и у детей с ХГ и НДСТ оказался достоверно ниже, чем в группе сравнения. Выявлена достоверная положительная корреляционная связь между степенью активности ЮА и уровнем IL-8 ( $r=0,48$ ,  $p<0,05$ ), достоверная положительная корреляционная связь между уровнем IL-8 ( $r=0,43$ ,  $p<0,05$ ) и фиброзом СО желудка при ЮА, также достоверная положительная корреляционная связь между степенью выраженности лимфоцитарной инфильтрации СО желудка и уровнем IL-8 ( $r=0,58$ ,  $p<0,05$ ).

**Заключение.** У детей с ХГ и ЮА отмечено повышение уровня IL-6, IL-8, IL-1 $\beta$  при снижении уровня IFN- $\gamma$ , причем повышение уровня IL-8 коррелирует со степенью тяжести ЮА, со степенью лимфоцитарной инфильтрации и фиброза СО желудка. Для детей с ХГ и НДСТ характерно снижение уровней TNF- $\alpha$  и IFN- $\gamma$ .

### Состояние внутрипеченочной гемодинамики у больных ишемической болезнью сердца и гипертонической болезнью по данным полигепатографии

Ишемическая болезнь сердца (ИБС) и гипертоническая болезнь (ГБ) в течение многих лет являются главными причинами смертности населения во многих странах. Накопленные в настоящее время данные свидетельствуют о нарушении гомеостаза и снижении функции печени при ИБС и ГБ. В свою очередь функциональное состояние самой печени во многом зависит от особенностей кровотока на уровне синусоидов печени, определяемого состоянием эндотелия и насосной функции сердца. Однако взаимозависимость печени и сердечно-сосудистой системы в настоящее время изучена недостаточно.

**Цель исследования:** изучить состояния внутрипеченочной гемодинамики у больных ишемической болезнью сердца и гипертонической болезнью.

**Материалы и методы.** Обследованы 90 человек. Сформированы три группы: I группа — больные с ишемической болезнью сердца, атеросклеротически измененными коронарными артериями ( $n=30$ ), средний возраст ( $62\pm 12$ ) лет; II группа — больные с гипертонической болезнью ( $n=30$ ), средний возраст ( $59\pm 12$ ) лет. III — группа контроля, в которую вошли практически здоровые лица ( $n=30$ ), средний возраст ( $31\pm 10$ ) лет. Пациенты данных групп сопоставимы по полу. Диагноз ишемической болезни сердца и гипертонической болезни верифицирован на основании общепринятых в кардиологии клинико-лабораторных и инструментальных методов исследования. Критериями исключения из исследования явились сахарный диабет, ожирение, заболевания

печени в анамнезе, хроническое злоупотребление алкоголем (согласно опроснику CAGE). Внутрипеченочная гемодинамика оценивалась с помощью полигепатографии — метода, основанного на совместном анализе нескольких реограмм (кривых кровенаполнения) портальной области и кривых центрального пульса, позволяющего получить данные о соотношении (балансе) притока (артериального и венозного) и оттока в синусоидах печени. Оценку результатов проводили в процентном соотношении.

**Результаты.** У больных с ишемической болезнью сердца в 73,3 % случаев ( $n=22$ ) нарушение внутрипеченочной гемодинамики характеризовалось затруднением артериовенозного притока. В группе пациентов с гипертонической болезнью в 60 % случаев ( $n=18$ ) было выявлено нарушение венозного оттока в синусоидах печени. В контрольной группе нарушений внутрипеченочной гемодинамики выявлено не было.

**Выводы.** Нарушение внутрипеченочной гемодинамики у пациентов с ИБС, на наш взгляд, обусловлено снижением механизма артерио-венозной инъекции. Снижение венозного оттока в синусоидах печени у больных с ГБ, вероятнее всего, связано с формированием диастолической дисфункции левого желудочка. Полученные результаты исследований свидетельствуют о специфичности нарушений внутрипеченочной гемодинамики у пациентов с ишемической болезнью сердца и гипертонической болезнью и должны учитываться при проведении медикаментозной терапии.

Листопадова А. П.<sup>1</sup>, Новикова В. П.<sup>2</sup>, Калинина Н. М.<sup>3</sup>, Демченкова О. А.<sup>4</sup>, Петровский А. Н.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>СЗГМУ им. И. И. Мечникова, <sup>2</sup>ФМИЦ им. В. А. Алмазова, <sup>3</sup>ВЦЭРМ им. А. М. Никифорова», <sup>4</sup>ДГП № 8, Санкт-Петербург, Россия

Манасян А. Г., Ермолов С. Ю., Манасян С. Г. СЗГМУ им. И. И. Мечникова, Санкт-Петербург, Россия

Мартусевич А. К., Симонина Ж. Г.  
Нижегородский НИИ травматологии и ортопедии, Россия,  
e-mail: cryst-mart@yandex.ru,  
Кировская ГМА, Киров, Россия

### Преобразования кристаллостаза как интегральный критерий модификации физико-химических свойств биологических жидкостей при сочетании язвенной болезни и ишемической болезни сердца

*Цель исследования:* составление комплексного представления о сопоставимости сдвигов кристаллогенных свойств биологических жидкостей организма при комбинации язвенной болезни (ЯБ) гастродуоденальной зоны и ишемической болезни сердца (ИБС).

*Результаты.* Проведенные нами исследования позволили установить, что для изучаемой сочетанной патологии (ИБС и ЯБ) характерны специфические черты дегидратационной структуризации сыворотки крови, слюны и мочи, включающие более выраженную степень деструкции кристаллических элементов, сужение и модификацию краевой белой зоны, увеличение плотности кристаллов в сочетании со снижением сложности их структуропостроения (преобладание одиночно-кристаллических элементов). Это находит отражение и в динамике количественных (визуаметрических) показателей кристаллограмм и тезиграмм указанных биологических жидкостей, а также в результатах биофизических исследований фаций последних

(спектрометрии, биограмметрии и др.). Важно, что данные сдвиги кристаллогенных свойств биосред четко ассоциированы с характером изменений липидного состава крови, уровня С-реактивного белка и рядом других биохимических показателей, о чем свидетельствует наличие корреляционных связей высокой силы между ними.

Особый интерес представляет тот факт, что по завершении полноценной эрадикационной терапии происходит постепенная нормализация кристаллостаза биологических жидкостей, сопряженная с оптимизацией метаболических показателей крови, тогда как проведение лишь антисекреторной терапии не обуславливает подобной положительной динамики.

*Заключение.* Таким образом, исследование характера кристаллизации биосред способно выступать в качестве инструмента мониторинга метаболического статуса пациента и оценки эффективности лечения.

Орешко Л. С., Чижова О. Ю., Круглова Д. А., Прокофьева Н. А., Цопанова Е. Э., Юзвук Е. Ю.  
СЗГМУ им. И. И. Мечникова, Санкт-Петербург, Россия,  
e-mail: oreshkol@yandex.ru

### Ассоциации хронической обструктивной болезни легких и патологии органов пищеварения

Хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ) относится к заболеваниям, которое занимает одно из лидирующих мест по заболеваемости и смертности в современном обществе. В настоящее время ХОБЛ представляет собой значительную экономическую и социальную проблему, которая сопровождается неуклонным ростом заболеваемости. Характерной особенностью ХОБЛ является то, что клиническая манифестация заболевания преимущественно наблюдается у пациентов в возрасте старше 40 лет, когда имеет место развитие инволюционных процессов организма и возникновение детерминированной возможности сосуществования двух и более патогенетических взаимосвязанных или совпадающих по времени заболеваний. В связи с этим проблема коморбидности и мультиморбидности при ХОБЛ приобретает исключительную актуальность. Многочисленные публикации посвящены изучению сочетанной кардио-респираторной патологии, в то время как вопросы развития полиморбидности патологии органов пищеварения и ХОБЛ остаются малоизученными. Заболевания органов пищеварения являются нередкой внелегочной висцеральной патологией, сочетающейся с ХОБЛ. Принимая во внимание то, что согласно статистическим данным второе место по заболеваемости в России занимают заболевания желудочно-кишечного тракта, изучение особенностей патологии пищеварительной системы у больных ХОБЛ представляется актуальным для медицинской практики.

*Цель исследования:* изучить особенности клинико-функциональных нарушений

пищеварительной системы у больных хронической обструктивной болезнью легких.

*Материалы и методы.* Под нашим наблюдением были 74 больных с диагнозом ХОБЛ, которые находились на стационарном лечении в клинике пропедевтики внутренних болезней СЗГМУ им. И. И. Мечникова в 2013 году. Среди обследованных мужчин было 64 (87,5%), женщин — 10 (13,5%) в возрасте от 51 года до 86 лет.

*Результаты.* По результатам эндоскопического исследования у 60% пациентов с ХОБЛ выявлена патология пищеварительной системы, в том числе хронический гастрит диагностирован у 91% больных, эрозивный антральный гастрит и/или дуоденит — у 52%, гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь — у 63% больных, пищевод Барретта — у 1 пациента, язвенная болезнь желудка/двенадцатиперстной кишки — у 25% пациентов, дисбиоз кишечника — у 88%, ЖКБ — у 17% пациентов. Развитие сочетанных заболеваний дыхательной и пищеварительной систем связано с метаболическими изменениями в результате гипоксии и гиперкапнии и, как следствие, с нарушением микроциркуляции в слизистой оболочке не только респираторной, но и пищеварительной системы.

*Заключение.* Вовлечение в патологический процесс органов пищеварительной системы у значительной части больных ХОБЛ диктует необходимость разностороннего изучения клинической картины, диагностической и прогностической оценки с учетом индекса коморбидности, дифференцированной терапевтической коррекции и координированного ведения больных пульмонологом и гастроэнтерологом.

### Коррекция двигательных расстройств различных отделов желудочно-кишечного тракта в комплексной терапии больных муковисцидозом

*Цель исследования:* оценить эффективность применения препарата прокинетики действия

«Итоприда гидрохлорид» в комплексной терапии больных муковисцидозом.

**Материалы и методы исследования.** Были обследованы 9 пациентов (мужчин 5, женщин 4) с верифицированным диагнозом «муковисцидоз». Возраст больных варьировал от 18 до 35 лет. Всем пациентам проводились клиническое обследование, фиброгастроуденоскопия (ФГДС) и периферическая электрогастроэнтерография в стандартном режиме (ПЭГЭГ). На основании анализа жалоб, данных ФГДС и ПЭГЭГ пациентам был назначен препарат прокинетики действия «Итоприда гидрохлорид» по 1 таблетке (50 мг) за 30 мин до еды 3 раза в день в течение 14 дней. Эффективность использования препарата оценивали по динамике клинической симптоматики и результатам ПЭГЭГ.

**Результаты.** Все пациенты предъявляли жалобы на отрыжку воздухом, 6 больных беспокоила отрыжка съеденной пищей, 7 — изжога, 8 пациентов отмечали вздутие и урчание живота, 5 пациентов беспокоила констипация с изменением консистенции и формы кала 2 и 3 типов по Бристольской шкале. Эндоскопическая картина у обследованных характеризовалась признаками воспаления слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки (ДПК), функциональных нарушений — гастрозофагеального (ГЭР) и дуоденогастрального

(ДГР) рефлюкса. По результатам ПЭГЭГ у пациентов с муковисцидозом выявлены функциональные нарушения гастроинтестинальной моторики: признаки антропилородуоденальной дискоординации ( $P_i/P_{i+1}$  желудок/ДПК > 16 ед.), 2-й и 3-й типы нарушений постпрандиальной моторики гастродуоденального комплекса [Рачкова Н.С., Хавкин А.И., 2007], ГЭР и ДГР. После проводимой терапии у больных наблюдались регрессия гастроинтестинальных клинических проявлений и нормализация частоты стула ( $p < 0,05$ ). По результатам ПЭГЭГ отмечались значимое снижение ( $p < 0,05$ ) величины  $P_i/P_{i+1}$  желудок/ДПК после пищевой стимуляции (до терапии — 18,4 [16,65; 20,1]; после терапии — 12,9 [12,1; 14,5]), отсутствие ГЭР и ДГР в обеих фазах исследования, нормализация постпрандиальной моторики желудка и ДПК.

**Выводы.** Применение препарата прокинетики действия «Итоприда гидрохлорид» в комплексной терапии пациентов с муковисцидозом эффективно в целях коррекции двигательных расстройств отделов желудочно-кишечного тракта и купирования гастроинтестинальной симптоматики заболевания.

Орешко Л.С.<sup>1</sup>, Гембицкая Т.Е.<sup>2</sup>, Журавлева М.С.<sup>1</sup>, Шабанова А.А.<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>СЗГМУ имени И.И. Мечникова, <sup>2</sup>НИИ пульмонологии СПбГМУ им. акад. И.П. Павлова, Россия, Санкт-Петербург,  
 e-mail: oreshkol@yandex.ru, ms\_zhuravleva@mail.ru

## Оценка нутриционного статуса больных генетически детерминированными заболеваниями органов пищеварения

**Цель исследования:** оценить нутриционный статус больных целиакией и муковисцидозом.

**Материалы и методы исследования.** Под наблюдением находились 67 пациентов с целиакией и 19 пациентов с муковисцидозом. Средний возраст больных целиакией составил (31,6 ± 11,5) года (от 18 до 60 лет), мужчин было 27 (40,3%), женщин — 40 (59,7%). Средний возраст больных муковисцидозом составил (29,1 ± 9,8) года (от 18 до 55 лет), мужчин было 9 (47,4%), женщин — 10 (52,6%). Всем пациентам проводились антропометрия с измерением окружности плеча (ОП), толщины кожно-жировой складки над трицепсом (КЖСТ), расчетом индекса массы тела (ИМТ) и биоимпедансный анализ состава организма.

**Результаты.** Результаты антропометрии больных целиакией показали, что нормальные значения ИМТ выявлены у 41 (61,2%) больного, у 18 (26,8%) пациентов ИМТ имел низкие значения (менее 19,0), у 8 (12,0%) — ИМТ варьировал от 25,0–30,0 и выше. У половины пациентов наблюдались низкие значения КЖСТ (41,8%) и ОП (46,3%). У 41 (61,2%) больного целиакией с нормальными значениями ИМТ процентное содержание ЖМ варьировало в пределах нормы, при этом количество БЖМ было ниже нормы у 26 (38,8%) человек, и в пределах нормы — у 15 (22,4%) пациентов. У 18 (26,8%)

пациентов с низкими значениями ИМТ количество ЖМ и БЖМ также находились ниже нормы. У 8 (12,0%) пациентов с ИМТ выше нормы наблюдалось повышение количества ЖМ.

При анализе данных антропометрии больных муковисцидозом выявлено, что у 14 (73,7%) пациентов ИМТ соответствовал нормальным значениям, у 4 (21,0%) был ниже нормы и лишь у одного (5,3%) пациента — выше нормы, низкие значения ОП выявлены у большинства (68,4%) пациентов, а значения ОП в пределах нормы — у 6 (31,6%) человек. У пациентов, имеющих нормальные значения ИМТ, процентное содержание ЖМ варьировало в пределах нормы, при этом значения БЖМ были низкими у 8 (42,1%), и в пределах нормы — у 6 (31,6%) человек. У 4 (21,0%) пациентов с ИМТ ниже нормы выявлены низкие значения ЖМ и БЖМ, КЖСТ и ОП.

**Выводы.** Таким образом, нутриционный статус больных с генетически детерминированными заболеваниями органов пищеварения (целиакией и муковисцидозом) характеризовался недостаточностью питания по типу алиментарного маразма с дефицитом количества ЖМ и соматического пула белков вследствие мальабсорбции. В то же время у пациентов с целиакией и муковисцидозом выявлены нарушения липидного обмена, проявляющиеся избыточной массой тела и ожирением.

Орешко Л.С.<sup>1</sup>, Гембицкая Т.Е.<sup>2</sup>, Журавлева М.С.<sup>1</sup>, Соловьева Е.А.<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>СЗГМУ им. И.И. Мечникова, <sup>2</sup>НИИ пульмонологии СПбГМУ им. акад. И.П. Павлова, Россия, Санкт-Петербург,  
 e-mail: oreshkol@yandex.ru, ms\_zhuravleva@mail.ru

## Возможности фгдс для диагностики амилоидоза у больных с ревматологической патологией

**Цель исследования:** оценить возможность использования фиброгастроуденоскопии с целью диагностики амилоидоза у больных с ревматологической патологией.

**Материал и методы.** В клинике неотложной кардиологии и ревматологии Санкт-Петербургского НИИ скорой помощи им. И.И. Джанелидзе

пациентам с ревматическими заболеваниями при проведении плановой фиброгастроуденоскопии выполнялась биопсия слизистой желудка с последующей окраской биопсийного материала конго красным и дальнейшей микроскопией в поляризованном свете.

**Результаты.** Были обследованы 20 пациентов в возрасте от 21 года до 78 лет, имеющих

Повзун А.С., Щемелева Е.В., Повзун С.А., Сафоев М.И.  
 Санкт-Петербургский НИИ скорой помощи им. И.И. Джанелидзе, Россия

верифицированный ревматологический диагноз, в том числе ревматоидный артрит, системная красная волчанка, болезнь Шегрена, подагра. У 7 пациентов (35 % от числа обследованных) окрасочными методами было выявлено отложение масс амилоида в слизистой желудка. При этом стаж заболевания у этих пациентов варьировал в диапазоне от нескольких месяцев до 15 лет.

**Заключение.** Результаты свидетельствуют о перспективности выполнения биопсии слизистой желудка с последующим исследованием на амилоид с целью скрининговой диагностики

амилоидоза у пациентов с ревматическими заболеваниями. Также в дальнейшем можно рекомендовать данную процедуру для включения в медико-экономические стандарты диагностики для больных ревматоидным артритом. Это обусловлено тем, что фиброгастроуденоскопия является рутинным исследованием, доступна в большинстве медицинских учреждений и характеризуется малым числом осложнений, а также должна выполняться всем пациентам, регулярно получающим терапию глюкокортикоидными, НПВС.

Пронина Г.А., Бацков С.С., Пятибрат Е.Д. ВЦЭРМ им. А.М. Никифорова МЧС России, Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова, Санкт-Петербург, Россия

### Особенности патогенеза и течения метаболического синдрома у сотрудников спасательных воинских формирований МЧС России

Несмотря на многочисленные публикации, посвященные метаболическому синдрому (МС), до настоящего времени мало изученным остается вопрос о влиянии стресса на течение и патогенез МС. В полной мере до сих пор не выяснено, в какой степени стрессорные факторы экстремальных видов профессиональной деятельности усугубляют течение метаболического синдрома. Метаболическим синдромом страдают представители практически всех профессиональных групп, и если до недавнего времени считалось, что сотрудники силовых структур в меньшей мере подвержены риску развития МС, то на сегодняшний день анализ структуры заболеваемости лиц данного контингента свидетельствует о неуклонном росте частоты заболеваемости МС среди сотрудников силовых структур.

Для выполнения поставленных задач были обследованы 76 человек с верифицированным метаболическим синдромом, из них 29 сотрудников СВФ МЧС России и 37 гражданских лиц (контрольная группа). Возраст обследуемых составил для гражданских лиц (44,7±3,8) года и для сотрудников СВФ МЧС России (42,8±2,9) года. У всех пациентов в соответствии с критериями АТР III наблюдался МС.

**Цель исследования** заключалась в раскрытии особенностей патогенеза метаболического синдрома у сотрудников СВФ МЧС России.

При оценке соматометрических показателей обращают на себя внимание более низкие показатели

индекса массы тела — ИМТ= (28,1±2,2) кг/м<sup>2</sup> и отношения объема талии к объему бедер — ОТ/ОБ= (1,0±0,1) в группе сотрудников СВФ в отличие от гражданских лиц, у которых ИМТ= (35,2±3,1) кг/м<sup>2</sup>, а ОТ/ОБ= (1,3±0,1).

Анализ системной гемодинамики свидетельствует, что в группе сотрудников СВФ показатели как систолического (147,9±12,4) мм рт. ст. артериального давления, так и диастолического (87,8±7,6) мм рт. ст. артериального давления достоверно выше, чем в группе контроля — (136,4±13,7) мм рт. ст. и (84,2±9,8) мм рт. ст. соответственно. Вегетативный статус у спасателей характеризуется явным превалированием симпатического отдела вегетативной нервной системы, в то время как у гражданских лиц контрольной группы вегетативный тонус ближе к амфотонии. В то же время показатели нагрузочных проб свидетельствуют о более высоких физиологических резервах в группе сотрудников СВФ, что подтверждает мнение об их большей тренированности и лучшей физической форме в сравнении с группой контроля.

Таким образом, не смотря на меньшие фенотипические проявления абдоминального ожирения, метаболический синдром у сотрудников СВФ МЧС России протекает более остро в силу патогенетических особенностей, развившихся на фоне выраженного эмоционального стресса, связанного с профессиональной деятельностью.

Решетиллов Ю.И., Дмитриева С.Н., Гуз Н.П., Васильченко Е.Ю., Проценко Н.Н. Запорожская медицинская академия последипломного образования МЗ Украины, Украина, e-mail: fatina-09@mail.ru

### Нерадиоактивная дыхательная аэроионная диагностика хеликобаткерной контаминации при заболеваниях пищеварительной системы

**Цель исследования:** оценка результатов внедрения метода аэроионного нерадиоактивного определения контаминации и контроля эрадикации *Helicobacter pylori* (НР) при заболеваниях органов пищеварения.

**Материал и методы.** Метод разработан на кафедре семейной медицины и гастроэнтерологии Запорожской МАПО с применением диагностического аэроионного комплекса (АИДК) на базе газоанализаторов системы ЩИТ (ЗАО «Харьковское ОКБА «Химавтоматика», 2007) и специально разработанного программного обеспечения. АИДК определяет ионный состав пробы воздуха; высота возникающего электрического импульса (MV) преобразуется в абсолютные цифровые значения уровня аэроионов. НР-тест проводится по методу проф. Ю. Решетиллова с использованием датчиков к аэроионам азота. В основе метода

лежит электрохимическая регистрация аэроионов азота в воздухе, выдыхаемом пациентом, поскольку известно, что уреазная активность НР-инфекции способствует повышению содержания аммиака в этой среде. В результате контакта аэроионов с селективным датчиком-преобразователем возникает электрический ток, сила которого пропорциональна концентрации аммиака. АИДК регистрируют дыхательные значения содержания аммиака как качественно-количественный показатель НР-контаминации. В период 2007–2012 гг. в клинике обследованы 554 пациента с патологией органов пищеварения, ассоциированной с НР-контаминацией, которая одновременно была подтверждена результатами стандартизованных тестов (<sup>13</sup>С-мочевинный дыхательный тест, быстрый уреазный тест или серологические исследования). В результате сопоставления результатов параллельных

исследований на НР рассчитаны чувствительность ( $Se=92,6\%$ ), специфичность ( $Sp=95,5\%$ ) и общая точность ( $As=94,0\%$ ) аэроионного НР-теста.

**Заключение.** Аэроионный НР-тест является нерадиоактивным методом определения контаминации

и контроля НР-эрадикации; отличается высокой чувствительностью и специфичностью, может рекомендоваться для первичного скрининга и контроля эрадикационной терапии при заболеваниях пищеварительной системы на всех этапах лечения.

### Неинвазивный аэроионный контроль результатов лечения кислотозависимых заболеваний пищеварительной системы

**Цель исследования:** оценка результатов внедрения метода неинвазивного аэроионного исследования кислотности желудка.

**Материал и методы.** Компьютерная аэроионная рН-метрия желудка (КАЖ) предложена на основании опыта разработки и внедрения в практику неинвазивных диагностических устройств многофункционального назначения на кафедре семейной медицины и гастроэнтерологии Запорожской МАПО. В работе использован диагностический аэроионный комплекс (АИДК) на базе системы ЩИТ (ЗАО «Харьковское ОКБА «Химвтоматика», 2007) с комплексом газоанализаторов. Датчики преобразуют сведения о содержании ионов пробы воздуха в электрический импульс. Благодаря специально разработанному программному обеспечению проводится регистрация высоты электрического импульса (MV) с его преобразованием в абсолютные цифровые значения с графическим отображением на дисплее компьютера в единицу реального времени. КАЖ проводится пациентам

при первичном обследовании и в процессе терапии; метод позволяет оценить базальный и стимулированный уровни желудочного кислотообразования, провести нужные диагностические тесты. Сопоставление полученных за период 2007–2012 гг. результатов с данными стандартных зондовых исследований у 652 пациентов с кислотозависимыми заболеваниями (КЗЗ) органов пищеварения дало возможность рассчитать чувствительность ( $Se=96,6\%$ ), специфичность ( $Sp=98,4\%$ ) и общую точность ( $As=96,2\%$ ) КАЖ.

**Заключение.** Внедрение в практику новых технологий требует экспертной оценки промежуточных и конечных результатов их применения. КАЖ является неинвазивным методом высокой чувствительности и специфичности и может применяться для первичного скрининга, индивидуального подбора нутриентов и антисекреторных препаратов, а также динамического контроля результатов лечения КЗЗ пищеварительной системы в процессе терапии.

Решетилов Ю. И., Дмитриева С. Н., Гуз Н. П., Цапрыка О. Ф.  
Запорожская медицинская академия последипломного образования МЗ Украины, Украина,  
e-mail: fatina-09@mail.ru

### Особенности распространенности и структуры патологии пищеварительной системы, нарушений пищевого статуса и фактического питания среди посетителей центра здоровья

**Цель исследования:** изучение и анализ распространенности и структуры гастроэнтерологической патологии, пищевого статуса и фактического питания среди посетителей Центра здоровья.

**Материалы и методы.** Под нашим наблюдением в течение 2012 года находились более 15 тысяч пациентов, посетивших ГКП № 4 г. Воронежа (38% мужчин, 62% женщин). Средний возраст наблюдавшихся составил ( $46,8 \pm 6,5$ ) года. Всем им проводились опрос и комплексное стандартное обследование Центра здоровья, оценка пищевого статуса и фактического питания, анкетирование по специально разработанной анкете. В работе использовались в том числе статистические отчетные данные.

**Результаты.** Согласно статистической обработке полученных данных, избыточную массу тела имели 28% пациентов, ожирение — 25%, нарушения пищевого статуса отмечались у 62%. Патология пищеварительной системы выявлена у 42% обследованных, причем в 75% случаев — у пациентов

с избыточной массой тела и ожирением. Структура патологии пищеварительной системы среди обследованных: 18% — патология пищевода и желудка, 18% — поджелудочной железы, 9% — билиарного тракта, 11% — печени, 4% — кишечника, 42% — сочетанная патология. Нарушения фактического питания наблюдались у 48% из общего количества обследованных и у 92% из числа пациентов с гастроэнтерологической патологией.

**Заключение.** Патология пищеварительной системы, нарушения пищевого статуса и фактического питания широко распространены среди посетителей Центра здоровья. Большинство пациентов с избыточной массой тела, ожирением и гастроэнтерологической патологией нуждаются в коррекции питания и пищевого статуса, индивидуальных консультациях, диспансерном наблюдении. Полученные данные следует учитывать при проведении профилактических, лечебно-диагностических и реабилитационных мероприятий.

Романова М. М., Зуйкова А. А.  
Воронежская ГМА им. Н. Н. Бурденко, Россия

### Уровень С-реактивного белка у пациентов с сочетанием язвенной болезни и ишемической болезни сердца и влияние на него эрадикационной терапии

**Цель исследования:** уточнение уровня С-реактивного белка (СРБ) при сочетании гастродуоденальной и кардиологической патологии и ее коррекции эрадикацией хеликобактера.

**Материал и методы исследования.** В исследовании были включены 182 пациента с ишемической болезнью сердца (ИБС), 147 из которых дополнительно имели *Helicobacter pylori*-ассоциированную

язвенную болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки. 105 больным с сочетанной патологией (I группа) проводили стандартную эрадикационную терапию, а 42 пациентам — только антисекреторное лечение. Кроме того, все больные получали лечение по поводу ИБС. У всех пациентов оценивали уровень СРБ до и по окончании лечения.

Симонова Ж. Г., Мартусевич А. К.<sup>1</sup>, Тарловская Е. И.  
Кировская ГМА, <sup>1</sup>Нижегородский НИИ травматологии и ортопедии, Россия,  
e-mail: cryst-mart@yandex.ru

**Результаты.** Определение уровня СРБ проводили с целью изучения системного влияния *N. ruлогі на организм пациента. Исходные данные продемонстрировали, что у больных I и II групп по сравнению с больными III группы (контрольной) уровень СРБ достоверно выше — (7,6±3,7) мг/л > (1,9±1,4) мг/л, p<0,001 и (6,6±3,8) мг/л > (1,9±1,4) мг/л, p<0,005. На фоне проведенной эрадикационной терапии получены следующие результаты. Если у больных I группы уровень СРБ стал значимо меньше — (4,2±2,2) мг/л < (7,6±3,7) мг/л (p<0,01), то у пациентов II группы — (5,4±2,8) мг/л <*

**(6,6±3,8) мг/л (p<0,05), т.е. снизился на (44,7±1,5)% и (18,2±2,2)% (p<0,05) соответственно. В контрольной группе подобной динамики плазменной концентрации СРБ не выявлено.**

**Заключение.** Известно, что уровень СРБ в крови является независимым прогностическим фактором развития инфаркта миокарда (Грацианский Н. А., 2002). В нашем исследовании установлено, что уровень СРБ белка значимо выше у больных ИБС с сопутствующей *N. ruлогі-инфекцией, а при эрадикации происходит его снижение, что подтверждает системные эффекты хеликобактериоза.*

Соловьева А. Г., Мартусевич А. К.  
Нижегородский НИИ травматологии и ортопедии, Россия,  
e-mail: cryst-mart@yandex.ru

### Состояние оксидоредуктаз печени при холодовой травме при действии биологически активных веществ

**Цель исследования:** оценка активности энзимов митохондриальной фракции печени крыс при лечении холодовой травмы.

**Материал и методы исследования.** Под эфирным наркозом крысам линии Wistar (n=25) было нанесено воздействие сухим льдом циркулярно до границы верхней трети бедра. Крысы подразделены на 5 групп: в 1 группе производили лечение вазопростаном, во 2 группе — реополиглюкином и тренталом, в 3 — изотоническим физиологическим раствором, в 4 — озонированным физиологическим раствором. Крысы 5 группы лечения не получали. На 14-е сутки эксперимента производили забор образцов печени, получали ее митохондриальную фракцию, в которой определяли активность лактатдегидрогеназы (ЛДГ) и алкогольдегидрогеназы (АДГ).

**Результаты.** Установлено, что при холодовой травме вне зависимости от проводимого лечения обратная реакция по ЛДГ превышает прямую в 3 раза, а у интактных животных они сопоставимы. Эта ситуация сохраняется при введении хлорида

натрия. Применение вазопростана способствует резкому ускорению прямой реакции, на что указывает соотношение прямой и обратной реакций, приближающееся к 4,5. Использование реополиглюкина в сочетании с тренталом практически не снижает скорости прямой реакции по сравнению с группой, у которой лечение не производилось. Установлено, что использование озона позволяет достоверно (p<0,01) снизить уровень коэффициента «прямая/обратная реакция» АДГ до значений, не отличающихся от показателей интактных животных (p>0,05), что свидетельствует о его стабилизирующем влиянии на активность фермента. Эти изменения не находят отражения в экспериментах по исследованию активности АДГ при действии на митохондрии печени рассматриваемых веществ в условиях *in vitro*.

**Заключение.** Таким образом, оптимальным режимом терапии отморожений по параметру активности оксидоредуктаз крови является применение озонированного физиологического раствора.

Сучкова Е. В., Хохлачева Н. А., Вахрушев Я. М., Мосеева М. В.  
Ижевская ГМА, Россия,  
e-mail: stoxel@yandex.ru

### К вопросу ранней диагностики и особенностей течения желчнокаменной болезни при сахарном диабете

**Цель:** изучение частоты развития холелитиаза с помощью тестов комплексной диагностики и особенностей его течения у больных сахарным диабетом.

**Материалы и методы.** Обследованы 116 больных сахарным диабетом I и II типа различной степени тяжести (мужчин 56, женщин 60, возраст от 25 до 67 лет). В верификации сахарного диабета помимо анамнестических и физикальных данных использованы результаты исследования в крови уровня глюкозы, инсулина и С-пептида, показатели глюкозо-толерантного теста. Всем больным проводилось УЗИ желчного пузыря, многофракционное дуоденальное зондирование с последующим микроскопическим и биохимическим исследованием желчи. В порциях «В» и «С» желчи определялась суммарная концентрация желчных кислот и холестерина, вычислялся холатохолестериновый коэффициент (ХХК). Контрольную группу составили 50 практически здоровых лиц в возрасте от 20 до 50 лет.

**Полученные результаты.** При УЗИ уплотнение и утолщение стенки желчного пузыря наблюдалось у 82 % пациентов, сочетание этой патологии с билируриным сладжем — у 56 % пациентов. В 85 % случаев при микроскопии желчи найдены кристаллы холестерина, характерные для первой (физико-химической) стадии холелитиаза. Наиболее значимым признаком, свидетельствующим о литогенности желчи и развитии первой (физико-химической) стадии холелитиаза, является выявленное у 94 % пациентов значительное снижение ХХК в порциях «В» и «С» — (1,28±0,02) ед. и (1,44±0,01) ед. соответственно в сравнении с контролем — (6,12±0,32) ед. и (7,04±0,25) ед. соответственно).

**Заключение.** При сахарном диабете в 94 % случаев наблюдается развитие холелитиаза, протекающее, как правило, в клинически неманифестированной форме и выявляемое лишь при проведении комплексного исследования.

Тарасова Л. В.<sup>1</sup>, Трухан Д. И.<sup>2</sup>  
<sup>1</sup>Чувашский государственный университет им. И. Н. Ульянова, Чебоксары,  
<sup>2</sup>Омская ГМА, Россия

### Гастроэнтерологические нарушения у пациентов с сахарным диабетом

Конец второго — начало третьего тысячелетия ознаменовались бурным ростом числа больных, страдающих сахарным диабетом (СД). Количество пациентов с СД в России, по мнению экспертов Международной диабетической федерация

(International Diabetes Federation, IDF), составляло на конец 2011 года 11,5 % взрослого населения, что соответствует приблизительно 12,6 млн. человек.

Гастроэнтерологические нарушения в той или иной степени имеются практически у всех больных

СД. В основе их развития лежат нарушения всех видов обмена (не только углеводного, но и белкового и жирового), гормональный дисбаланс (в том числе и изменение профиля желудочно-кишечных гормонов) и осложнения заболевания (диабетическая нейропатия, диабетическая макро- и микроангиопатия). Наличие изменений со стороны

органов пищеварения усугубляет течение основного заболевания, часто может являться причиной декомпенсации сахарного диабета и оказывает свое дополнительное влияние на снижение качества жизни.

В докладе рассмотрены изменения со стороны полости рта, пищевода и желудка у больных СД.

### Недостатки хлебобулочных изделий, рекомендуемых для питания при хронической болезни почек

*Цель исследования:* оценить соответствие используемого ассортимента хлебобулочных изделий в питании при хронической болезни почек современным рекомендациям нефрологии.

*Материал и методы:* существующий ассортимент хлебобулочных изделий, вырабатываемый по ГОСТ, техническим условиям и рекомендуемый для питания больных хронической болезнью почек. Качество белковых веществ оценивали по скорректированному с учетом усвояемости белка аминокислотному скору (PDCAAS). Содержание белка, минеральных веществ, аминокислот и витаминов в готовых изделиях определяли общепринятым в диетологии расчетным методом.

*Результаты.* По данным крупных популяционных регистров — *National Health and Nutrition Examination Survey (NHANES)* и *Okinawa Study*, распространенность ХБП составляет не менее 10% (для РФ более 14 млн. человек), достигая 25%, причем додиализная стадия наблюдается у 90% пациентов, а диализная стадия — у 10%.

В настоящее время ассортимент хлебобулочных изделий, рекомендуемых для включения в рацион питания людей с заболеванием почек, представлен изделиями, вырабатываемыми по ГОСТ (хлеб бессолевой обдирный; ахлоридный; безбелковый бессолевой; безбелковый из пшеничного крахмала; сухари ахлоридные; сушки ахлоридные) и по ТУ

(хлеб бессолевой «Новинка»; «Радость»; хлеб белковый «Супро»; хлеб рисово-гречневый).

Все вышеперечисленные хлебобулочные изделия характеризуются слабо выраженным вкусом из-за отсутствия поваренной соли; низкой биологической ценностью — из всего ассортимента (10 наименований) только два изделия удовлетворяют требованиям додиализной стадии по количеству белка, в то же время имеющийся белок неполноценен и имеет две лимитирующие аминокислоты — лизин (PDCAAS $\leq$ 0,6) и метионин (PDCAAS $\leq$ 0,8). Изделия с пониженным количеством белка также характеризуются высоким уровнем катионов натрия — более 300 мг/100 г (применение пищевой соды), калия более 400 мг/100 г (хлеб бессолевой «Новинка»; «Радость») и низким содержанием витаминов, минеральных веществ (Ca, Mg). Технологии, рекомендуемые для выработки существующего ассортимента, в особенности изделий из пшеничной муки и крахмала, не обеспечивают его микробиологическую безопасность, имеет место подверженность плесневению и картофельной болезни.

*Вывод.* С учетом вышеизложенного исследования, направленные на формирование нового ассортимента и разработку технологии, обеспечивающей повышение микробиологической стойкости хлебобулочных изделий для больных хронической болезнью почек, являются весьма актуальными.

### Разработка ассортимента хлебобулочных изделий для диетотерапии хронической болезни почек

*Цель исследования:* разработка ассортимента хлебобулочных изделий высокой биологической ценности и клиническая их апробация в диетотерапии больных хронической болезнью почек.

*Материалы и методы.* Объектом исследования являлось различное сырье хлебопекарного производства — мука пшеничная, ржаная, рисовая, гречневая, чечевичная, изоляты соевого и горохового белка, яйцо куриное. Качество белковых веществ оценивали по скорректированному с учетом усвояемости белка аминокислотному скору (PDCAAS). В готовых изделиях содержание белка определяли методом Къельдаля. Массовую долю минеральных веществ определяли атомно-абсорбционным и пламенно-фотометрическими методами. Определение содержания аминокислот, витаминов проводили при помощи ВЭЖХ. Клиническая апробация — включение в диету 16 больных хронической болезнью почек (6 мужчин и 10 женщин) с СКФ по MDRD $<$ 15 мл/мин. Проводился контроль уровня креатинина, мочевины, электролитов (K<sup>+</sup>, Na<sup>+</sup>), альбумина, фосфора и кальция сыворотки крови.

*Результаты.* В настоящее время хлебобулочные изделия, рекомендуемые для включения в рацион

питания людей с заболеванием почек, характеризуются слабо выраженным вкусом, неполноценностью белка, высоким содержанием натрия, калия и низким содержанием витаминов, минеральных веществ (Ca, Mg, Fe) и вследствие используемых технологий низкой микробиологической стойкостью.

С учетом вышеизложенных недостатков в Санкт-Петербургском филиале ГОСНИИХП РАСХН разработаны новый ассортимент и технология производства хлеба высокой биологической ценности для больных с додиализной стадией хронической болезни почек.

При выборе сырья и проектировании рецептур хлебобулочных изделий с различным содержанием белка для додиализной стадии хронической болезни почек руководствовались рекомендациями диетотерапии. Путем математического планирования спроектированы рецептуры хлебобулочных изделий с низким (2–5 г) и средним (5–9 г/100 г изделий) содержанием полноценного белка. Содержание незаменимых аминокислот в белковых веществах разработанного ассортимента соответствует их количеству в эталонном белке. Также

Терновской Г.В.<sup>1</sup>, Кузнецова Л.И.<sup>1</sup>, Полякова В.В.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Санкт-Петербургский филиал Государственного НИИ хлебопекарной промышленности, <sup>2</sup>Северо-Западный ГМУ им. И. И. Мечникова, Санкт-Петербург, Россия

Терновской Г.В.<sup>1</sup>, Кузнецова Л.И.<sup>1</sup>, Полякова В.В.<sup>2</sup>

Санкт-Петербургский филиал Государственного НИИ хлебопекарной промышленности, Северо-Западный ГМУ им. И. И. Мечникова, Санкт-Петербург, Россия

учтены требования к минорным минеральным веществам — содержание поваренной соли снижено в 2,5–3 раза или полностью исключено. Включение в рецептуру разработанной витаминно-минеральной добавки позволило увеличить содержание в 100 г изделий витаминов группы В (В<sub>1</sub>, В<sub>2</sub>, В<sub>3</sub>, В<sub>5</sub>, В<sub>6</sub>, В<sub>8</sub>, В<sub>9</sub>, В<sub>12</sub>), D<sub>3</sub>, Е и минеральных веществ (Se,

Zn, Fe) до 30 % от рекомендуемой суточной нормы потребления.

В настоящее время с целью подтверждения эффективности разработанного ассортимента хлебобулочных изделий в диетотерапии проводятся клинические испытания в диете больных с додиализной стадией хронической болезни почек.

Тимчук Л.Э.<sup>1,2</sup>, Янов Ю.К.<sup>1</sup>, Корниенко Е.А.<sup>3</sup>, Ботина А.В.<sup>4</sup>, Барановский А.Ю.<sup>5</sup>, Дворянчиков В.В.<sup>2</sup>, Маркова Е.А.<sup>6</sup>, Мироненко А.Н.<sup>7</sup>  
<sup>1</sup>СПбНИИ институт уха, горла и речи, <sup>2</sup>Военно-медицинская академия им. С.М.Кирова, <sup>3</sup>СПбГПМУ (каф. гастроэнтерологии факультета последипломного и дополнительного профессионального образования, <sup>4</sup>СПбГМУ им. акад. И.П.Павлова (каф. патологической анатомии), <sup>5</sup>СЗГМУ им. И.И.Мечникова (каф. гастроэнтерологии и диетологии), <sup>6</sup>Городская клиническая больница № 31, <sup>7</sup>Городская больница № 15, Санкт-Петербург, Россия

## Результаты обследования больных полипозным риносинуситом лактаза-релевантной этиологии

**Актуальность проблемы.** Несмотря на более чем 100-летнюю историю теоретической и практической оториноларингологии, вопрос этиопатогенеза полипозных риносинуситов (ПРС) остается открытым. ЛОР патология, протекающая в виде рецидивов гиперпластических, инфекционно-воспалительных процессов, иммунодефицитные состояния, аллергические заболевания возникают как следствие транзиторных и стойких нарушений функций органов и систем. Естественны попытки специалистов найти причинно-следственные связи в патогенезе полипозного риносинусита, считающегося одним из заболеваний, существенно снижающих качество жизни человека. Судить о реальной распространенности полипозного риносинусита до сегодняшнего дня не представляется возможным из-за отсутствия развернутого популяционного обследования. По данным С. Bachert, Г.З. Пискунова распространенность полипозного риносинусита в Европе составляет около 4%. Важность изучения хронической патологии слизистой оболочки полости носа и околоносовых пазух определяется, в первую очередь, возможностью развития серьезных осложнений заболевания при отсутствии своевременного лечения, классическим вариантом которого считается оперативное вмешательство в сочетании с применением эндоназальных кортикостероидов. Однако профилактика и лечение зачастую оказываются малоэффективными.

На сегодняшний день существует аллергическая теория развития полипозного риносинусита. Актуальность аллергических состояний в последние годы создает предпосылки для углубленного научного поиска звеньев патогенеза и выявления этиологических факторов. Из всего спектра аллергических состояний пищевая аллергия, сочетающаяся с пищевой непереносимостью, занимает значительную часть. Больные полипозным риносинуситом, по результатам многочисленных исследований, имеют сочетанную сенсibilизацию к бытовым и пищевым аллергенам.

**Материал и методы.** На базе СПбНИИ ЛОР были обследованы 57 пациентов (возраст от 24 до 65 лет) с диагнозом ПРС, хронический персистирующий аллергический ринит. Вошедшие в группу

обследования больные в анамнезе имели различную давность заболевания — от 3 до 30 лет, разную распространенность полипозного процесса, некоторые больные ранее были оперированы.

Всем больным в гастроэнтерологическом стационаре проводилась фиброгастроуденоскопия с обязательным гистологическим исследованием биоптатов антрального отдела желудка и постбульбарного отдела двенадцатиперстной кишки, а также генотипирование по признакам аллельного полиморфизма гена лактазы LCT с.—13910T>C, ассоциированного с лактазной недостаточностью (ЛН).

**Результаты.** При гистологическом исследовании биоптатов из слизистой оболочки желудка в 31,6% случаев (18 больных) признаки хронического воспаления отсутствовали, в то время как в 68,4% (39 больных) были выявлены признаки хронического гастрита с развитием атрофических изменений слизистой оболочки, максимально расцененных как 2 стадия, и признаки обострения, максимально расцененные как 2 степень. У 19,3% (11 больных) пациентов выявлен *H.pylori*.

Исследование полиморфизма гена лактазы LCT с.—13910T>C показало, что больные ПРС в 96,5% случаев являлись носителями гомо- (С/С) и гетерозиготных (С/Т) генотипов ЛН, и лишь в 3,5% — носителями Т/Т аллелей гена лактазы. У всех больных ПРС в двенадцатиперстной кишке выявлены изменения в виде хронического дуоденита с очаговой атрофией слизистой оболочки. В единичных случаях выявлены эрозии (8,8%). У большинства пациентов повышение плотности клеточного инфильтрата в собственной пластинке слизистой оболочки было обусловлено увеличением в составе инфильтрата количества плазматических клеток, макрофагов, лимфоцитов и эозинофильных лейкоцитов. Значительная инфильтрация эпителия ворсин эозинофилами была отмечена лишь у 3 пациентов.

**Выводы.** По результатам генотипирования больные полипозным риносинуситом в 96,5% случаев являлись носителями гомо- и гетерозиготных генотипов ЛН, что сочеталось с признаками хронического дуоденита с различной степенью выраженности хронического воспаления.

## Осложнения ЦМВ-эзофагита у ВИЧ-инфицированных

**Цель исследования:** улучшение результатов диагностики и лечения осложненных ЦМВ-эзофагитов у ВИЧ-инфицированных.

**Материалы и методы.** В 2012 г. в ИКБ № 2 поступили 6725 больных. Для диагностики ЦМВ-эзофагита проводились следующие исследования: лабораторные — иммунограмма (ЦМВ-эзофагит развивается у пациентов с количеством

лимфоцитов CD4<50 мкл<sup>-1</sup>); определение ДНК ЦМВ в крови методом ПЦР, а также фиброэзофагогастроуденоскопия с гистологическим исследованием биоптата слизистой пищевода.

За период с 2010 по 2013 гг. в ИКБ № 2 диагностировано 4 стеноза пищевода на фоне ЦМВ-инфекции. Среди пациентов мужчин 3, женщина 1. Средний возраст составил 35,3 года. Длительность

Титов А.Г.<sup>1,2</sup>, Мазус А.И.<sup>2</sup>, Мазурин В.С.<sup>1</sup>, Евсюков О.А.<sup>2</sup>, Прищепко М.И.<sup>1</sup>, Павлова Л.Е.<sup>2</sup>, Шестаковская Е.Е.<sup>1,2</sup>  
<sup>1</sup>МОНИКИ им. М.Ф.Владимирского, <sup>2</sup>Инфекционная клиническая больница № 2, Москва, Россия,  
 e-mail: AGTitov@mail.ru

ВИЧ-инфекции в среднем 9,8 года. У всех больных было выявлено протяженное рубцовое поражение пищевода. У троих поражение локализовалось в нижней трети пищевода, у одного — в средней и нижней трети.

Восстановление проходимости всем больным выполнялось путем курсового бужирования полыми рентгеноконтрастными бужами Savary-Gilliard (Wilson-Cook) № 93/221 по атравматической струне-направителю под эндоскопическим контролем.

### Особенности липидограммы и качества жизни у молодых лиц с изжогой и избыточной массой тела

*Цель исследования:* изучить показатели липидограммы и качества жизни у молодых пациентов с изжогой и избыточной массой тела.

*Материал и методы.* В исследование вошли 39 пациентов с избыточной массой тела (средний возраст — 35 лет) с жалобами на изжогу (исследуемая группа — ИГ), группа клинического сравнения (ГКС), состоящая из 28 пациентов с нормальным весом (средний возраст — 32 года) с жалобами на изжогу. С помощью опросников Short-form Health Survey-36 и Gastrointestinal Symptom Rating Scale были исследованы физическое, ролевое, социальное функционирование, психическое здоровье. Всем больным вычисляли индекс массы тела, отношение окружность талии/окружность бедер, определяли в венозной крови уровни общего холестерина, липопротеидов низкой плотности (ЛПНП), липопротеидов очень низкой плотности (ЛПОНП), липопротеидов высокой плотности (ЛПВП), триглицеридов (ТГ).

### Эффективность применения ЭМГС у пациентов с сочетанным течением ГЭРБ и ХОБЛ

*Цель исследования:* изучение эффективности применения 2-этил-6-метил-3-гидроксипиридина сукцината в составе комплексной терапии у пациентов с сочетанным течением гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (ГЭРБ) и хронической обструктивной болезни легких (ХОБЛ).

*Материал и методы исследования.* Для оценки эффективности проводимой терапии больные были разделены на две группы — группу наблюдения и группу сравнения. Группа наблюдения — 60 больных ГЭРБ с сопутствующей ХОБЛ, получавших наряду с традиционной терапией ХОБЛ ЭМГС в дозе 250 мг внутривенно капельно в течение 5 дней, затем 125 мг 2 раза в сутки и омепразол 20 мг 2 раза в сутки. В группу сравнения вошли 54 больных ГЭРБ с сопутствующей ХОБЛ, получавших традиционную терапию и антисекреторную терапию омепразолом 20 мг 2 раза в сутки. Длительность курса лечения составила 28 дней. Для оценки оксидантной системы определялся конечный продукт перекисного окисления липидов (ПОЛ) — малоновый диальдегид (МДА). Исследование выполнено в соответствии

### Оценка гормонального статуса у пациентов с сочетанным течением ГЭРБ и ХОБЛ

*Цель исследования:* изучение особенностей изменений уровня гормонов (гастрина, кортизола, инсулина) у пациентов с сочетанным течением гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (ГЭРБ) и хронической обструктивной болезни легких (ХОБЛ).

*Результаты.* Осложнений после бужирования не было. У одного пациента через 10 месяцев возник рефлюкс (больной не получал консервативную терапию ЦМВ-инфекции), что потребовало повторного курсового бужирования пищевода.

*Выводы.* Стенозирование пищевода при инфекционном эзофагите у ВИЧ-инфицированных связано с наличием ЦМВ и отсутствием противовирусной терапии. С целью улучшения качества жизни больных со стенозирующим эзофагитом показано проведение бужирования на фоне специфического лечения.

*Результаты.* В ИГ статистически были снижены жизненная активность ( $p < 0,05$ ), социальное функционирование ( $p < 0,05$ ), психическое здоровье ( $p < 0,05$ ), боль в верхнем отделе эпигастрия сильнее ограничивала повседневную деятельность ( $p < 0,05$ ) по сравнению с ГКС. Рефлюкс-синдром (изжога, отрыжка кислым и горьким, тошнота), диспепсический синдром (вздутие живота, отрыжка воздухом, урчание в животе) были более выражены у ИГ ( $p < 0,05$ ). Уровень ЛПНП и ТГ ( $p < 0,01$ ) в группе с избыточной массой тела был выше по сравнению с ГКС.

*Выводы.* Таким образом, изжога существенно снижает качество жизни по таким показателям, как физическое, ролевое функционирование, психическое здоровье, более выражены рефлюкс-синдром, диспепсический синдром. У пациентов с изжогой и избыточной массой тела повышены такие показатели липидограммы, как ЛПНП и ТГ, что должно учитываться при назначении диеты и лечения.

с инструкцией к набору реактивов для определения ТБК-активных продуктов в сыворотке крови (ТБК-АГАТ, производства ООО «Агат-Мед») с адаптацией к биохимическому анализатору. Для исследования насыщения артериальной крови кислородом ( $SpO_2$ ) был использован неинвазивный и информативный метод пульсоксиметрии с использованием пульсоксиметра Fingertip Pulse Oximeter (Япония).

*Результаты исследования.* На фоне проводимой терапии в обеих группах отмечено повышение сатурации крови кислородом — ( $97,2 \pm 0,29$ )% в группе наблюдения и ( $95,76 \pm 0,48$ )% в группе сравнения, однако лишь в группе наблюдения получены достоверные результаты ( $p < 0,001$ ). На фоне лечения выявлено снижение уровня МДА до ( $2,89 \pm 0,05$ ) мкмоль/л ( $p < 0,05$ ) в группе сравнения, но существенное снижение наступило в группе наблюдения — ( $2,08 \pm 0,22$ ) мкмоль/л ( $p < 0,001$ ).

*Выводы.* Очевидно, что улучшение насыщения крови кислородом и снижение продуктов ПОЛ связано с применением антиоксиданта ЭМГС в группе наблюдения.

*Материал и методы исследования.* Обследованы 36 больных ГЭРБ в сочетании с ХОБЛ. Контрольную группу составили 20 практически здоровых лиц, не имеющих патологии дыхательной и пищеварительной систем. Изучение базального уровня

Усанова И. Ю., Козлова Н. М.

Иркутский ГМУ, Россия,  
e-mail: pirusik@gmail.com

Шаверская Э. Ш.,  
Ефремова Л. И., Каримова Л. М., Сысоев К. В.,  
Марданов Д. Н.  
ГП № 1 МЗ УР, Ижевская ГМА,  
Ижевск, Россия

Шаверская Э. Ш.,  
Ефремова Л. И., Кияниченко Р. Л., Сысоев К. В.,  
Марданов Д. Н.  
ГП № 1, Ижевск, Ижевская ГМА, Россия

гормонов сыворотки крови (гастрина, инсулина, кортизола) проведено методом хемилюминесцентного иммуноферментного анализа с помощью анализатора IMMULITE фирмы «Siemens» (Великобритания).

*Результаты исследования.* В итоге проведенного исследования нами выявлено достоверное повышение уровня гастрин у больных с ГЭРБ в сочетании с ХОБЛ — (71,6±6,8) пг/мл ( $p<0,05$ ) по сравнению с результатами контрольной группы — (52,7±3,9) пг/мл. Базальный уровень кортизола у пациентов с сочетанной патологией был достоверно выше

по сравнению с показателями контрольной группы — (364,8±22,3) нмоль/л и составил (751,0±76,1) нмоль/л ( $p<0,001$ ). Средний уровень инсулина в нашем исследовании у пациентов с ГЭРБ в сочетании с ХОБЛ был существенно понижен — (30,3±0,5) пмоль/л ( $p<0,001$ ) по сравнению с контрольной группой — (118,5±12,5) пмоль/л.

*Выводы.* Изменение уровня гормонов у больных ГЭРБ в сочетании с ХОБЛ свидетельствует об утяжелении течения ГЭРБ. Полученные данные важны для понимания патогенеза, диагностики и лечения ГЭРБ с сопутствующей патологией.

Шулятьева Н.Н., Лукашевич А.П., Вахрушев Я.М.  
Ижевская ГМА, Россия

### Клинико-функциональная оценка тонкой кишки при использовании антибактериальной терапии при внебольничной пневмонии

*Цель исследования:* сравнительное изучение клинических энтеральных проявлений при парентеральном и пероральном использовании кларитромицина при внебольничной пневмонии.

*Материалы и методы.* Обследованы 50 пациентов (возраст 18–35 лет) с внебольничной пневмонией, находящихся на стационарном лечении. В лечении 30 пациентов использован кларитромицин в дозе 500 мг в сутки парентерально, 20 пациентов получали кларитромицин в дозе 500 мг в сутки перорально. Продолжительность лечения составляла 5–7 дней. В обследовании пациентов использованы помимо анамнестических и физических данных результаты лабораторных исследований. В оценке функционального состояния тонкой кишки используются нагрузочные тесты с моно-, ди- и полисахаридами.

*Результаты.* В группе пациентов, получающих кларитромицин парентерально, слабые ноющие боли в эпигастрии и околопупочной области

отметили 23 % больных, кашицеобразный стул — 54 %, учащение стула до 2–4 раз в сутки — 16 %. В кале выявлены креаторея и амилорея у 30 % пациентов, стеаторея у 15 %. В группе пациентов, получающих препарат перорально, слабые ноющие боли в эпигастрии и околопупочной области отметили 60 % исследуемых, кашицеобразный стул — 72 %, учащение стула до 2–4 раз в сутки — 46 %. В анализе кала креаторея, амилорея, дрожжевые грибки обнаружены у 38 % пациентов, стеаторея — у 24 %.

*Заключение.* В ходе проведенных исследований было установлено, что пероральный прием кларитромицина оказывает более негативное влияние на функциональное состояние тонкой кишки. Уточнение этапа характера нарушения пищеварительной и всасывательной функции тонкой кишки позволит определить патогенетически обоснованные способы коррекции энтеропатий, индуцированных антибактериальными препаратами.

Щелоченков С.В.  
Тверская ГМА, Россия

### Коморбидная патология органов пищеварения и неалкогольная жировая болезнь печени

*Цель исследования:* изучить влияние коморбидных патологических состояний органов пищеварения и ряда проявлений метаболического синдрома на вероятность формирования неалкогольной жировой болезни печени (НАЖБП).

*Материал и методы.* В исследование включены 308 больных с жалобами на диспепсические расстройства и абдоминальные боли. Проведен расчет отношения шансов возникновения НАЖБП при ее коморбидном течении с различными патологическими состояниями органов пищеварения в группе из 198 больных (100 женщин и 98 мужчин) с сонографическими признаками НАЖБП (I группа) сравнительно с группой из 110 человек (92 женщины и 18 мужчин) без таковых (II группа).

*Результаты.* Избыточная масса тела отмечена у 66,0 % пациентов I группы (чаще встречалась у женщин, чем у мужчин — 73,0 % и 59,2 % соответственно) и лишь у 19,1 % обследованных II группы (преобладала у мужчин — 27,8 %, тогда как у женщин 17,9 %). Расчет отношения шансов развития

НАЖБП показал, что вероятность развития НАЖБП у лиц с избыточной массой тела в 8,4 раза выше, чем у пациентов с нормальным весом. Вероятность возникновения НАЖБП повышается при наличии сахарного диабета 2 типа (в 2,72 раза), хронического холецистита (в 1,74 раза), постхолецистэктомического синдрома (в 1,6 раза), хронического панкреатита (в 2,75 раза), язвенной болезни двенадцатиперстной кишки (в 1,6 раза), различных вариантов хронического гастрита (в 2,3 раза), хронического дуоденита (в 1,44 раза). Повышения частоты развития НАЖБП при дискинезии желчевыводящих путей не выявлено.

*Выводы.* Вероятность развития НАЖБП значительно возрастает у лиц с избыточной массой тела, сахарным диабетом 2 типа, органическими поражениями панкреатобилиарной зоны, а также при воспалительных заболеваниях слизистых оболочек гастродуоденальной зоны. Функциональные расстройства билиарной системы не оказывают влияния на вероятность развития НАЖБП.

## Экспериментальная гастроэнтерология

### Влияние минеральных вод ремонтненского и хар-булукского месторождений на состояние слизистой оболочки желудка при ацетатном ulcerогенезе у крыс

**Цель исследования:** изучение возможности протекторного противоязвенного действия минеральных вод источника «Кислый» и «Хар-Бурук» Республики Калмыкия в отношении гомеостаза слизистой оболочки желудка при ацетатном язвообразовании.

**Материалы и методы.** Опыты проведены на белых беспородных крысах-самцах весом 200–250 г. Предварительно животные были ранжированы по 3 группам: контроль, опыт I и опыт II. Животные контрольной группы в течение 7 дней до начала эксперимента и в течение первых 4 дней после вызова язв в качестве питья получали обычную водопроводную воду. Крысы групп опыт I и опыт II в аналогичные сроки получали в качестве питья 0,9% раствор минеральных вод источников «Хар-Бурук» и «Кислый» соответственно. Язвенные дефекты вызывали аппликацией ледяной уксусной кислоты на серозную поверхность пилорического отдела желудка по Okabe. Статистическую обработку результатов проводили при помощи пакета

прикладных программ STATISTICA 6.0. Различия считали значимыми при  $p < 0,05$ .

**Результаты исследования.** В результате проведенного исследования нами были получены следующие результаты. Так, средняя площадь повреждений СОЖ на ацетатной модели язвообразования у животных контрольной группы составила  $(100,2 \pm 19,3)$  мм<sup>2</sup> ( $n=10$ ), у животных групп опыт I и опыт II, которые в течение 7 дней перед вызовом язв получали соответствующие растворы лечебных минеральных вод —  $(53,9 \pm 14,1)$  мм<sup>2</sup> ( $n=10$ ) и  $(54,8 \pm 9,3)$  мм<sup>2</sup> ( $n=10$ ) соответственно. Проведенный статистический анализ экспериментальных данных выявил достоверную значимость протекторных противоязвенных эффектов исследуемых минеральных вод.

**Выводы.** Таким образом, исследуемые минеральные воды предотвращают значительное развитие ацетатных язв, что связано, возможно, с их влиянием на скорость и степень воспалительного процесса в зоне язвенного дефекта.

### Роль пребиотиков в восстановлении биоценоза кишечника в состоянии дисбиоза

**Цель исследования:** изучить влияние маннозосодержащего препарата на микрофлору желудочно-кишечного тракта птицы в состоянии дисбиоза.

**Материал и методы.** Исследования пребиотических свойств маннозосодержащего препарата, полученного из пшеничных и ржаных отрубей, проводили на цыплятах-бройлерах кросса «ROSS 308», разделенных на 3 группы по 50 штук: контрольную, получавшую основной рацион, и 2 опытные. Птицы 1-й опытной группы получали с рационом маннозу в количестве 0,02% к массе корма 1 раз в сутки, 2-й — в той же дозировке маннозосодержащий препарат. С целью создания дисбиоза в опытных группах птицам с водой вводили антибиотик фторхинолоновой группы. Зависимость условного показателя дисбиозного состояния (ПД) от состояния ЖКТ птицы определяли с помощью анализатора запахов «МАГ-8» с методологией «Электронный нос».

**Результаты.** Значение ПД, меньшее  $1,10 \pm 0,05$ , свидетельствует о наличии дисбиозного состояния, при этом максимальные сигналы других сенсоров в массиве, а следовательно, содержание других газов-маркеров дисбиоза в этом случае меньше в равновесной газовой фазе, чем содержание воды и аминов. В пробах помета кур контрольной группы дисбиоз не фиксируется, при этом содержание других газов-маркеров остается стабильным в отличие от опытных групп. После введения в рацион опытных групп как маннозы, так и маннозосодержащего препарата состояние кишечника нормализуется, при этом содержание газов-маркеров дисбиоза уменьшалось, а ПД увеличивался. Результаты по коррекции экспериментального дисбиоза с помощью препарата на основе манноолигосахаридов свидетельствуют о том, что препарат способствует восстановлению состава и численности индигенной кишечной микрофлоры птицы, проявляя тем самым пребиотическую активность.

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

Черемушкина И.В.  
Воронежский государственный университет инженерных технологий, Россия,  
e-mail: irinacher2010@yandex.ru

*Редакция напоминает, что согласно утвержденным правилам, в представляемом для публикации тексте научного сообщения должно иметься указание на наличие конфликта интересов.*

*В случаях не представления такого указания, редакция, не искажая научных аспектов представленных материалов, исключила из текста как торговые наименования, так и названия компаний-производителей лекарственных препаратов и биодобавок.»*