

42. Денситометрия в консервативном лечении желчнокаменной болезни

Иванченкова Р.А., Мешалкина Н.Ю.

Первый МГМУ им. И.М. Сеченова, Москва, Россия,
e-mail: ivanchenkova@list.ru

Цель исследования: определение максимальной денситометрической плотности конкремента, при которой возможно проведение эффективной литотерапии у больных желчнокаменной болезнью (ЖКБ).

Материалы и методы. Денситометрическую плотность конкремента и/или билиарного сладжа у 160 больных ЖКБ оценивали при помощи компьютерной томографии (КТ). Проводили комплексную литотерапию препаратами урсодоксихолевой кислоты (в сочетании с энтеросаном и гепатосаном) в стандартных дозировках. Результаты оценивали через каждые 2 месяца на протяжении всего курса лечения по результатам УЗИ органов брюшной полости и биохимического исследования крови.

Результат. Плотность желчи у больных ЖКБ на разных уровнях желчного пузыря (ЖП) составляет $(+4,5 \pm 1,9)$ HU – $(+5,9 \pm 1,3)$ HU (от $+4,0$ HU до $+10,0$ HU), сладжа – $(+17,5 \pm 4,2)$ HU (от $+15,0$ HU до $+34,0$ HU), а конкрементов – $+20$ HU и выше (максимальное значение составляет $+757,0$ HU). Визуализация конкрементов ЖП при КТ значительно выше (38%), чем при Rg (12,3%), и наблюдается при их плотности более $+75,0$ HU. Частицу сладжа менее 2,0 мм, но имеющую плотность более $+20,0$ HU, необходимо расценивать как конкремент.

Литическая терапия ЖКБ проведена в 60,6% случаев (97 больным) при плотности конкрементов до $+70,0$ HU. Литический эффект выявлен в 65,4% случаев при плотности конкрементов от $+20,0$ HU до $+54,0$ HU – $(+29,0 \pm 2,4)$ HU, частичный эффект – в 34,6% (плотность конкрементов до $+70$ HU). Включение в комплексную терапию препаратов «Энтеросан» и «Гепатосан» приводит к коррекции процессов метаболизма холестерина в организме и ускорению лизиса конкрементов. Основным фактором целесообразности проведения консервативной терапии ЖКБ является определение плотности конкремента при КТ – $(+29,0 \pm 2,4)$ HU. Ее значение не должно превышать $+54,0$ HU.

К

43. Клиническое многообразие симптома абдоминальной боли

Калачнюк Т.Н.

Клиническая больница 123 ФМБА, Одинцово, Россия

Боль – это неприятное ощущение и эмоциональное переживание, связанное с истинным или возможным повреждением тканей или описываемое в терминах такого повреждения. Актуальность проблемы высока – ежедневно боль в животе испытывают 20–30% взрослых. Основные причины абдоминальной боли – интраабдоминальные, экстраабдоминальные, метаболические, неврогенные. Боли в животе подразделяются на висцеральные, париетальные, пептические, ишемические, связанные с висцеральной гиперчувствительностью и структурными изменениями в нервных окончаниях, функционального характера. По данным Всемирной ассоциации гастроэнтерологов, точность диагностики этиологии абдоминальной боли составляет 50%. Многообразие клинических масок затрудняет диагностический поиск в повседневной клинической практике. Следует помнить, что в настоящее время в связи с коморбидным фоном большинства пациентов, нельзя ожидать «классической» картины заболеваний, что подтверждается приведенными нами клиническими случаями.

Пациентка К., 53 лет, поступила с жалобами на боли стенокардического характера, рвоту, на ЭКГ – незначительная депрессия сегмента ST, госпитализирована в кардиологическое отделение, где данных за острый коронарный синдром не получено, после осмотра другими специалистами принято решение о необходимости исключения абдоминальной патологии. По данным УЗИ органов брюшной полости заподозрено наличие образования поджелудочной железы, что было подтверждено результатами

КТ. Следует отметить факт полного отсутствия болевого абдоминального синдрома у данной пациентки.

Пациентка П., 75 лет, поступила с жалобами на интенсивные боли в поясничном отделе позвоночника, усиливающиеся при изменении положения тела, в течение месяца получала амбулаторное лечение у невролога с применением больших доз НПВС без должного эффекта. При осмотре – положение вынужденное (могла только сидеть или стоять), незначительная болезненность при пальпации в зоне Губергрица. Ввиду выраженного метеоризма УЗИ неинформативно. При КТ выявлено наличие опухоли тела поджелудочной железы.

Таким образом, в настоящее время «классические» варианты болевого абдоминального симптома становятся менее встречаемыми. Наряду с рутинными методами диагностики важен факт целенаправленного использования более дорогих инструментальных и лабораторных методик с постановкой конкретных диагностических задач.

44. Эссенциальные фосфолипиды в метаболической терапии хронического гепатита

Ковалева Н.В., Иванишкина Е.В.

Смоленская ГМА, Россия

Цель работы: оценить эффективность эссенциальных фосфолипидов у больных хроническим гепатитом (ХГ) по показателям цитолиза и окислительного стресса.

Материалы и методы. Исследованы 89 человек в возрасте 32–62 лет, из них 29 больных ХГ и 60 доноров. Показатели окислительного стресса – гидроперекиси липидов (ГПЛ) и суммарная антиокислительная активность (АОА) – определены методом хемилюминесценции, за норму приняты параметры у доноров. Степень выраженности прооксидантно-антиоксидантного дисбаланса определена по коэффициенту К (ГПЛ в процентах к N/AOA в процентах к N, K в норме 1). Проводилось стандартное лечение в течение 14 дней: 1-я группа пациентов с использованием фосфоглива 5,0; 2-я группа – эссенциале 5,0 внутривенно.

Результаты. До лечения показатели цитолитического синдрома у пациентов 1-й и 2-й групп были достоверно ($p < 0,05$) выше нормы (АЛТ и АСТ в 3–4 раза превышали норму). После терапии у пациентов обеих групп на фоне положительной динамики клинических проявлений заболевания (исчезновение болей, уменьшение диспепсических явлений, астено-вегетативных симптомов) произошло достоверное снижение параметров цитолиза ($p < 0,05$) без статистических различий между группами. До лечения у больных 1-й и 2-й групп уровень ГПЛ незначительно превышал норму ($p > 0,05$), после лечения у пациентов 1-й группы уровень ГПЛ имел тенденцию к увеличению ($p > 0,05$), у пациентов 2-й группы не изменился ($p > 0,05$). Уровень АОА до лечения не превышал нормальные параметры ($p > 0,05$) без существенных отличий между группами ($p > 0,05$). После лечения в 1-й группе уровень АОА не изменился ($p > 0,05$), в то время как у больных 2-й группы старше 50 лет несколько увеличился ($p > 0,05$). Соответственно, в 1-й группе коэффициент К составил до лечения 1,12, после лечения 1,17, а во 2-й группе до лечения 1,38, после лечения 1,39.

Выводы. При использовании эссенциальных фосфолипидов даже коротким курсом у больных ХГ отмечалась положительная динамика клинических симптомов на фоне снижения биохимических показателей цитолиза, хотя показатели окислительного стресса достоверно не изменились. Возможно, это обусловлено коротким периодом наблюдения (только во время лечения в стационаре).

45. Уровни резистина и лептина при хроническом панкреатите

Коваль В.Ю.

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

Цель исследования: изучить уровни резистина и лептина у больных хроническим панкреатитом в зависимости от индекса массы тела.

Материалы и методы. В исследование включены 86 стационарных больных хроническим панкреатитом (мужчин 63, женщин 23), которые находились на лечении в гастроэнтерологическом отделении Ужгородской областной клинической больницы им. А. Новака в 2013–2014 гг. Методом иммуноферментного анализа определяли уровни лептина и резистина в сыворотке крови с наборами тест-систем фирм Diagnostics Biochem (Canada) и Mediagnost (Germany).

Результаты. При хроническом панкреатите (ХП) независимо от индекса массы тела (ИМТ) отмечается увеличение уровня резистина в крови в сравнении с контрольной группой – (5,98±0,56) нг/мл. У больных ХП со сниженным ИМТ выявлено уменьшение в 1,6 раза ($p \leq 0,05$) уровня резистина в сыворотке крови в сравнении с больными ХП с нормальным ИМТ – (15,36±2,80) нг/мл против (24,84±2,14) нг/мл. В группе больных ХП с увеличенным ИМТ уровень резистина в сыворотке крови составлял (15,65±4,14) нг/мл и был снижен ($p \leq 0,05$) в сравнении с больными ХП с нормальным ИМТ.

Уровень лептина в сыворотке крови в 4,5 раза больше у больных ХП с увеличенным ИМТ – (27,0±6,3) нг/мл – в сравнении с контрольной группой – (6,54±0,73) нг/мл. У больных ХП с сохраненным ИМТ отмечено увеличение в 9,4 раза ($p \leq 0,05$) уровня лептина в крови – (24,94±6,09) нг/мл – в сравнении с группой больных ХП со сниженным ИМТ – (2,64±0,30) нг/мл.

Выводы. 1. Дисфункция жировой ткани при хроническом панкреатите независимо от индекса массы тела проявляется увеличением уровня резистина в крови. 2. При хроническом панкреатите с сохраненным и увеличенным индексом массы тела отмечено значительное увеличение лептина в крови.

46. Ганатон в лечении диабетической гастропатии
Коваль В.Ю., Архий Е.Й., Бондаренко В.В.
Ужгородский национальный университет (мед. ф-т),
Ужгород, Украина, e-mail: cawal.valya@yandex.ua

Цель исследования: изучить влияние ганатона на проявления диабетической гастропатии при сахарном диабете 2 типа.

Материалы и методы. Под наблюдением находились 52 больных сахарным диабетом 2 типа в возрасте от 38 до 56 лет. Диабетическая гастропатия диагностирована на основании фиброгастроуденоскопии. В исследование включены больные, у которых был отрицательный стул-тест на антиген *H.pylori*. Больные были разделены на 2 группы. Пациенты основной группы (26 человек) получали традиционное лечение сахарного диабета и ганатон по 50 мг 3 раза в день до еды на протяжении 14 дней. Оценивали влияние препарата на купирование болевого и диспепсического синдромов. Пациенты группы сравнения (26 больных) получали только традиционное лечение.

Результаты. На фоне комплексной терапии с применением ганатона у больных сахарным диабетом 2 типа наблюдалось существенное изменение болевого синдрома с полным исчезновением болей у 77% больных и уменьшением у 23% больных на 5-е сутки. Полностью болевой и диспепсический синдром исчезал у всех больных на 8-е сутки лечения. У больных сахарным диабетом, которые получали стандартную терапию, уменьшение болевого синдрома отмечалось только на 8-е сутки лечения у 61% больных, исчезновение – на 11-е сутки у 92% больных. У больных основной группы тошнота исчезала на третьи сутки у 85% больных и на пятые сутки у всех больных. У пациентов группы сравнения тошнота исчезала у 46% больных на третьи сутки и полностью через 7 дней лечения.

Выводы. Включение ганатона в лечение диабетической гастропатии быстрее купирует симптомы диспепсии и болевой синдром, хорошо переносится больными и может успешно использоваться в качестве патогенетической терапии сахарного диабета 2 типа.

47. Исследование распространенности некоторых факторов патогенности энтеробактерий
Козловская Г.В.¹, Чередилова Л.А.², Магомедова А.Д.¹,
Чертович Н.Ф.¹, Хомякова Т.И.¹, Козловский Ю.Е.¹
¹НИИ морфологии человека, ²МГАВМиБ
им. К.И. Скрябина, Москва, Россия

Токсинопродукция энтеробактерий является ведущей причиной токсикоинфекций у человека. Используя метод полуколичественной ПЩР, исследовали распространение факторов патогенности среди 100 штаммов энтеробактерий – изолятов из материала, полученного от больных, проходивших лечение в клиниках Москвы, а также из окружающей среды и от животных различных видов. Среди 100 штаммов цитотоксические токсины экспрессировали 73 штамма. Из них 37 штаммов содержали по одному из цитотоксических токсинов, остальные 36 изолятов содержали цитотоксические токсины в разных сочетаниях. Среди изученных штаммов 35% содержали гены, кодирующие синтез термолабильного токсина (LT). Из них только LT кодировали 5 штаммов, 30 штаммов кроме LT содержали еще один или несколько токсинов. 24% изолятов экспрессировали термостабильный токсин-альфа (STa). Сочетание LTи STb содержал один штамм, сочетание только LTи STa не было обнаружено ни в одном из 100 случаев. Два штамма кроме LTи STb содержали гемолитический токсин HLY1. Еще два штамма несли LT, STb и другой гемолитический токсин HLY2. Четыре штамма кроме LTи STb содержат оба гемолитических токсина HLY1 и HLY2. Цитотоксические токсины (SLT) были обнаружены в 45 штаммах. По одному цитотоксическому токсину несли 34 штамма. Оба цитотоксических токсина обнаружены у 7 штаммов. 33 штамма сочетали цитотоксические токсины с гемолизинами. Два штамма помимо LT, STb, HLY1 и HLY2 обладали цитотоксическим токсином SLT1. Один штамм имел LT, STb, цитотоксический токсин SLT1 и гемолитический токсин HLY1. Еще один штамм, в дополнение к LT, STb содержал SLT2, а другой – оба цитотоксических токсина SLT1и SLT2, третий кроме четырех названных токсинов несет HLY2. SLT1 обнаружен у 34% штаммов, SLT2 у 16% штаммов. HLY1 обладают 57% штаммов, HLY2 – 44% штаммов. Таким образом, при исследовании большого количества штаммов энтеробактерий была выявлена вариабельность токсинопродукции, обуславливающая клинику и прогноз течения заболеваний. В ряде случаев штаммы несли детерминанты нескольких типов факторов патогенности, в том числе 6 из исследованных штаммов несли по 5 токсинов. Найдены 2 штамма, обладающих генетическими детерминантами шести из изученных семи токсинов, что свидетельствует об их высоком патогенном потенциале.

48. Оценка эффективности водородного дыхательного теста «Хелик-трио» для диагностики синдрома избыточного бактериального роста в тонкой кишке
Конорев М.Р., Комлева Е.Н., Булавкин В.П., Окулич В.К.
Витебский ГМУ, Белоруссия, e-mail: mkonorev@yandex.ru

Цель исследования: оценить эффективность водородного дыхательного теста «Хелик-трио» для диагностики синдрома избыточного бактериального роста (СИБР) в тонкой кишке.

Материалы и методы. Проведено поперечное диагностическое исследование с применением четырехпольной таблицы 2×2 для сравнения результатов, полученных при использовании водородного дыхательного теста «Хелик-трио» (ООО «АМА», Россия), с результатом референтного метода диагностики – бактериологического метода (посев содержимого дистальных отделов ДПК; n=23). Оценка эффективности проводилась у одних и тех же пациентов с хроническим панкреатитом или гастродуоденальной язвой (возраст больных от 20 до 68 лет, средний возраст (50,0±14,5) года; мужчин 12, женщин 11) через 1–1,5 месяца после проведения эрадикационной терапии *H.pylori*.

Результаты оценки эффективности водородного дыхательного теста «Хелик-трио»: чувствительность (Se) – 90% (95% ДИ: 70–100); специфичность (Sp) – 93% (95% ДИ: 80–100); распространенность (P) – 34% (95% ДИ: 14–54); точность теста (TA) – 91%