

Министерство здравоохранения и социального развития Российской Федерации  
Министерство здравоохранения Республики Татарстан  
Российская гастроэнтерологическая ассоциация

**Вестник  
Современной  
Клинической  
Медицины**

Научно-практический журнал, Приложение 1, 2010

**Всероссийская научно-практическая конференция  
«Актуальные проблемы в терапевтической практике»  
с международным участием.**

**г. Казань, 27-28 мая 2010 года**

**Сборник научных трудов конференции  
(Том 3, Приложение 1, 2010)**

Под редакцией акад. РАМН В.Т. Ивашкина, проф. Р.Г. Сайфутдинова, проф. Н.Б. Амирова

ОСНОВАН в 2008 году

В приложении № 1 Тома 3, 2010 г. представлены научные труды Всероссийской научно-практической конференции «Актуальные проблемы в терапевтической практике», посвященной 90-летию кафедры терапии КГМА.

Научные труды напечатаны в алфавитном порядке по фамилии первого автора.

Ответственный за выпуск к.м.н., ассистент кафедры терапии РОУ ДПО КГМА, ученый секретарь журнала ВСКМ, секретарь гастроэнтерологического общества РТ – Галеева Зарина Мунировна.

**Редакционная коллегия:**

Главный редактор – Амиров Наиль Багаувич, д.м.н., проф., академик РАЕ, Заслуженный врач Республики Татарстан.

Заместитель главного редактора – Визель Александр Андреевич, д.м.н., профессор, зав. каф. фтизиопульмонологии КГМУ, академик АН РН, Заслуженный врач Республики Татарстан.

**Члены редколлегии:** Ответственный секретарь – Абдулхаков Сайяр Рустамович, к.м.н., ассистент кафедры общей врачебной практики КГМУ, зав. ЦНИЛ КГМУ, Амиров Наиль Хабибуллович, д.м.н., профессор, зав.кафедрой медицины труда с курсом медэкологии КГМУ, академик РАМН, Анисимов Андрей Юрьевич, д.м.н., профессор, зав. курсом скорой медицинской помощи кафедры медицины катастроф КГМА, зам. главврача МУЗ ГБ СМП №1, Галявич Альберт Сарварович, д.м.н., профессор, зав. каф. факультетской терапии, член-корр. АН РТ, Заслуженный врач Республики Татарстан, Зиганшин Айрат Усманович, д.м.н., профессор, зав. каф. фармакологии КГМУ, проректор КГМУ по международной деятельности, Лауреат Госпремии РТ, Зыятдинов Камиль Шагарович, д.м.н., профессор, ректор КГМА, Киясов Андрей Павлович, д.м.н., профессор, зав.кафедрой анатомии КГМУ, проректор по науке и инновациям КГМУ, Потапова Марина Вадимовна, к.м.н., начальник МСЧ МВД по РТ, полковник внутренней службы, Созинов Алексей Станиславович, д.м.н., профессор, ректор КГМУ.

**Редакционный совет:**

Абдулхаков Рустам Аббасович, д.м.н., доцент кафедры госпитальной терапии КГМУ (г. Казань); Анохин Владимир Алексеевич, д.м.н., профессор, зав. каф. детских инфекций КГМУ (г. Казань); Ахтямов Ильдар Фоатович, д.м.н., профессор, зав. каф. травматологии, ортопедии и хирургии экстремальных состояний КГМУ Заслуженный врач РТ (г. Казань); Жилиев Евгений Валерьевич, д.м.н., профессор, главный терапевт главного клинического госпиталя МВД РФ (г. Москва); Загидуллин Шамиль Зарипович, д.м.н., профессор, зав.кафедрой терапии УГМИ (г. Уфа); Маянская Светлана Дмитриевна, д.м.н., профессор, зав.кафедрой кардиологии и ангиологии КГМА (г. Казань); Микусев Юрий Егорович, д.м.н., профессор кафедры неврологии и реабилитации КГМУ (г. Казань); Миллер Ольга Николаевна, д.м.н., профессор кафедры пропедевтики внутренних болезней НМИ (г. Новосибирск); Сайфутдинов Рафик Галимзянович, д.м.н., профессор, зав.кафедрой терапии КГМА (г. Казань); Сигитова Ольга Николаевна, д.м.н., профессор, зав. каф. ОВП КГМУ, Заслуженный врач РТ (г. Казань); Трусов Виктор Васильевич, д.м.н., профессор, зав.кафедрой терапии ИГМА (г. Ижевск); Тухбатуллина Рузалия Габдулхаковна, д.ф.н., директор медико-фармацевтического училища (г. Казань); Хисамутдиновна Зухра Анфасовна, д.м.н., директор Казанского медколледжа (г. Казань).

**Адрес редакции:**

**420059, г. Казань, ул. Оренбургский тракт 132, Клинический госпиталь МВД по РТ,**

**Телефоны: (843) 291-26-76. Факс: (843) 277-88-84.**

**e-mail: [edition\\_bccm@mail.ru](mailto:edition_bccm@mail.ru), [namirov@mail.ru](mailto:namirov@mail.ru), [sayarabdul@yandex.ru](mailto:sayarabdul@yandex.ru), [zarina26@bk.ru](mailto:zarina26@bk.ru)**

**[http: www.hospitalmvdrt.ru](http://www.hospitalmvdrt.ru) , [www.kgmu.kcn.ru](http://www.kgmu.kcn.ru),**

Том 3, Приложение 1, 2010 г. Печатается в авторской редакции. Подписано в печать 12.05.2010 г.

Форм.60x84 1/8 Бумага офсетная. Усл.печ.л.8,14. Тираж 500 экз. Заказ № 05-24

Отпечатано с готового оригинал-макета отделом оперативной полиграфии «Orange k», г. Казань, ул. К.Маркса, 42 А

**ISSN 2071-0240 (Print)**  
**ISSN 2079-553X (On line)**

**THE BULLETIN OF CONTEMPORARY CLINICAL MEDICINE**

Abstracts of the Russian with international participation scientific-practical congress  
“Actual issues of the therapeutic practice”  
devoted to 90th anniversary of department of Therapy  
of Kazan State Medical Academy

May, 27-28, 2010  
Kazan

Volume 3, supplement 1

**KAZAN, 2010**



**Глубокоуважаемые сотрудники  
кафедры терапии №1!**

Сердечно поздравляю Вас с 90-летием со дня основания кафедры терапии № 1 Казанской государственной медицинской академии.

В настоящее время кафедра терапии № 1 КГМА – один из признанных лидеров в подготовке высококвалифицированных специалистов среди государственных образовательных учреждений дополнительного профессионального образования Минздравсоцразвития России. Кафедра терапии № 1 является одним из крупнейших центров последипломной подготовки врачей Российской Федерации, стран ближнего и дальнего зарубежья, где активно проводится научно-исследовательская деятельность, разрабатываются инновационные проекты, отвечающие практическим нуждам отечественного здравоохранения. В стенах кафедры воспитываются не только высокие профессионалы в сфере практической медицины, но и выдающиеся ученые, которые внесли и вносят значительный вклад в развитие российской науки. С учебным процессом тесно связаны фундаментальные поисковые и прикладные научные исследования, оказание высококвалифицированной медицинской помощи населению, пропаганда достижений медицины и фармацевтики. В России и за рубежом широко известны фамилии ученых кафедры терапии КГМА: Р.А. Лурия, Р.И. Лепской, Л.М. Рахлина и др.

Дорогие коллеги! В этот праздничный день желаю всем сотрудникам кафедры терапии № 1 упорно и настойчиво постигать основы наук, ощущать радость познания и неустанно стремиться к открытиям. Крепкого вам здоровья, личного благополучия и процветания!

С праздником и всего самого доброго!

**Министр здравоохранения  
Республики Татарстан**

**А.З. Фаррахов**



**К 90-летию юбилею кафедры терапии № 1  
Казанской государственной медицинской академии**

В ряду старейших и известных кафедр терапии нашей страны кафедра терапии № 1 Казанской государственной медицинской академии занимает особое, очень достойное место. За 90 лет она прошла славный путь до крупнейшего центра последипломного образования по подготовке терапевтов Приволжского федерального округа.

Опираясь на накопленный опыт и богатые традиции, кафедра терапии № 1 Казанской государственной медицинской академии вносит весомый вклад в развитие здравоохранения не только Республики Татарстан, но и всей Российской Федерации. В стенах кафедры созданы уникальные образовательные методики, которые позволяют обеспечивать процесс преподавания на самом высоком уровне, сохраняя при этом преемственность научных знаний.

Всенародное признание и известность принесли Казанской государственной медицинской академии научные разработки её сотрудников – профессоров С.С. Зимницкого, Р.А. Лурия, Л.М. Рахлина и многих других ученых, имена которых навсегда вошли в историю отечественной медицины.

Большой личный вклад в становление кафедры внёс основатель Казанского ГИДУВа профессор Р.А. Лурия, сумевший сплотить коллектив высококвалифицированных специалистов, способных решать самые сложные профессиональные задачи.

Сегодня, под руководством доктора медицинских наук, профессора Р.Г. Сайфутдинова кафедра терапии Казанской государственной медицинской академии получила новый импульс к своему дальнейшему развитию. Богатейший опыт кафедры терапии № 1 Казанской государственной медицинской академии чрезвычайно востребован для построения системы непрерывного профессионального развития врача, реализация которой должна помочь отечественному медицинскому образованию интегрироваться в единое образовательное пространство в соответствии с общеевропейскими требованиями.

В дни празднования замечательного юбилея желаю коллективу преподавателей кафедры терапии № 1 Казанской государственной медицинской академии дальнейших успехов в благородном деле повышения уровня здоровья населения и подготовке высококвалифицированных медицинских кадров!

**Ректор ГОУ ДПО КГМА Росздара,  
Председатель координационного совета  
по последипломному обучению врачей в ПФО,  
Лауреат государственной премии РФ,  
Заслуженный врач РФ и РТ, отличник здравоохранения,  
д.м.н., профессор**  
**К.Ш. Зыятдинов**

**Колонка главного редактора**



**Глубокоуважаемые коллеги!**

Перед Вами приложение 1 к научно-практическому рецензируемому журналу «Вестник современной клинической медицины». В мае 2010 года медицинская общественность отмечает **90-летие** кафедры терапии Казанской Государственной Медицинской Академии.

**Редакционная коллегия Журнала присоединяется к многочисленным поздравлениям юбиляров и желает дальнейших творческих успехов коллективу кафедры.**



В приложении к журналу публикуются научные труды научно-практической конференции посвященной этой знаменательной дате. Эта практика – выпуск приложений журнала, в которых публикуются научные труды, материалы конференций, съездов, конгрессов будет продолжаться и далее. Приглашаем Вас принять участие в поздравлениях юбиляров своими научными статьями, тезисами, докладами и презентациями. Мы также будем благодарны вам за ценные советы и практическую помощь в улучшении качества оформления публикаций в журнале и приложениях. Мы и дальше рассчитываем на Вашу поддержку и, главное, на плодотворное сотрудничество на страницах нашего журнала. В работе нашего журнала принимают участие широкий круг врачей из России, ближнего и дальнего зарубежья – специалистов практически во всех областях медицины. В журнале публикуются обзорные статьи, оригинальные работы, отдельные «случаи из практики» с подробным клиническим разбором, а также статьи, содержащие данные экспериментальных исследований.

На страницах журнала вас ждут встречи с интересными собеседниками, опытнейшими специалистами. Будут публиковаться материалы встреч «за круглым столом» по дискуссионным вопросам, рубрики: «письма в редакцию», «зарубежный опыт», «это интересно», «взгляд в прошлое» и т.п.

Предполагается также публикация отдельных переводных статей из зарубежных журналов (после получения соответствующего разрешения авторов и редакторов журналов), а также – разборов с мультидисциплинарных позиций сложных клинических наблюдений.

Дорогие друзья, редколлегия журнала «Вестник современной клинической медицины» желает вам здоровья, удачи в медицинской деятельности, большого личного счастья и призывает заинтересованных специалистов к плодотворному сотрудничеству на страницах журнала.

**Амиров Наиль Багаувич,**  
доктор медицинских наук, профессор,  
академик РАЕ, Заслуженный врач РТ

### 001. СОСТОЯНИЕ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЙ МОТОРИКИ У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ

Абдулганиева Д.И., Белянская Н.Э.  
Казанский Государственный Медицинский Университет, Россия

Цель исследования. Оценить состояние гастродуоденальной моторики у больных ревматоидным артритом.

Материалы и методы. В исследование были проспективно включены 39 больных ревматоидным артритом, средний возраст -  $41,72 \pm 13,08$ , продолжительность заболевания -  $8,13 \pm 6,74$ . Боли в эпигастрии отмечали 27(69,2%), изжогу - 26(66,7%), отрыжку - 34(87,2%), тяжесть в эпигастрии - 15(38,5%), тошноту - 7(17,9%) больных РА.

В качестве группы контроля были обследованы 14 практически здоровых добровольцев. Всем обследуемым из группы контроля и 34 больным ревматоидным артритом проводилась рН-метрия (суточное мониторирование соляной кислоты) при помощи системы для длительного непрерывного мониторирования «Гастроскан-24», изготовленной НПО «Исток-Система» (г.Фрязино, Московская область).

Результаты. При изучении показателей 24-часовой рН-метрии в контрольной группе было выявлено повышение ночного кислотообразования: рН в дневное время -  $2,79 \pm 0,83$ , в ночное время -  $2,41 \pm 1,02$  ( $p < 0,05$ ). В группе больных РА происходило снижение уровня интрагастральной кислотности в ночное время: рН в дневное время -  $2,91 \pm 1,25$ , ночью -  $3,53 \pm 1,77$  ( $p < 0,05$ ).

Щелочные дуоденогастральные рефлюксы в ночное время наблюдались у 5(35,7%) человек из группы контроля и у подавляющего большинства больных РА - у 23(67,7%) человек ( $p < 0,05$ ). Продолжительность рефлюксов в контрольной группе составила  $53,4 \pm 48,0$  мин, в группе больных РА -  $268,2 \pm 157,8$  мин ( $p < 0,05$ ).

Больные РА с выявленными дуоденогастральными рефлюксами имели как диспептические жалобы, так и жалобы на боль в эпигастральной области.

Выводы. Характер изменения рН в течение суток в группе больных РА может быть обусловлен появлением ночных щелочных дуоденогастральных рефлюксов, свидетельствующих о нарушении гастродуоденальной моторики. Выявленные моторные нарушения могут играть значимую роль в развитии диспептического и абдоминального болевого синдромов у больных РА.

### 002. СОЧЕТАННЫЕ ПОРАЖЕНИЯ ВЕРХНИХ ОТДЕЛОВ ПИЩЕВАРИТЕЛЬНОГО ТРАКТА У БОЛЬНЫХ С СИНДРОМОМ РАЗДРАЖЕННОГО КИШЕЧНИКА

Абдуллоев А., Расулов У.Р., Абдурахмонов А.Р., Дустов А.

Таджикский Государственный Медицинский Университет им. Абуали ибн Сино, г. Душанбе, Республика Таджикистан Институт гастроэнтерологии, г. Душанбе, Министерства Здравоохранения Республики Таджикистан

Цель: изучить особенности клинического течения сочетанные поражения верхних отделов пищеварительного тракта у больных с синдромом раздраженного кишечника (СРК).

Материалы и методы. Обследованы 110 больных СРК. Диагноз синдрома раздраженного кишечника устанавливался на основании критериев СРК, определенных III Римским консенсусом, с учетом рекомендаций «Проекта рабочего протокола диагностики и лечения функциональных заболеваний органов пищеварения. Группу сравнения составили 60 больных заболеваниями верхних отделов пищеварительного тракта без СРК. Контрольную группу составили 30 здоровых лиц.

Результаты и их обсуждение. Средний возраст обследованных больных составил  $43,1 \pm 3,6$  года. Среди пациентов абсолютно преобладали мужчины. Соотношение мужчин и женщин составило 2:1. Продолжительность заболевания колебалась от 3-х до 10 и более лет. При изучении состояния верхних отделов пищеварительного тракта у больных с СРК установлено, что симптомы, характерные для поражения верхних отделов пищеварительного тракта выявлены у  $38,0 \pm 2,8\%$  больных с СРК. При этом наиболее часто выявляемый симптом – тошнота, отмечается у  $24,8 \pm 2,3\%$  больных, изжога отмечается у  $8,5\% \pm 2,0$  пациентов, отрыжка у  $11,0 \pm 3,1\%$  больных и халитоз - у  $4,1 \pm 1,2\%$  больных. При проведении фиброгастроскопии изменения слизистой оболочки гастродуоденальной зоны у больных с СРК выявляются значительно чаще, чем клинические признаки, и отмечаются у  $80,4 \pm 4,8\%$  больных. При анализе состояния слизистой пищевода у больных основной группы эндоскопические признаки эзофагита выявлены у  $40,0 \pm 6,0\%$  от числа обследованных. При этом эрозивный эзофагит выявлен у каждого пятого больного с СРК - у  $13,0 \pm 4,1\%$ . При анализе поражения пищевода в зависимости от клинического варианта синдрома раздраженного кишечника, установлено, что эндоскопические признаки эзофагита чаще выявляются у больных с СРК с преобладанием диареи, по сравнению с больными с клиническими вариантами СРК с преобладанием запоров и преобладанием болей и метеоризма ( $69,2 \pm 9,2\%$ , против  $40,7 \pm 9,6\%$  и  $42,9 \pm 9,5\%$  соответственно,  $p < 0,05$ ). При этом эрозивные поражения пищевода с равной частотой встречаются при всех клинических вариантах синдрома раздраженного кишечника ( $19,2 \pm 7,9\%$  больных с СРК с запорами,  $14,8 \pm 7,0\%$  больных с СРК с диареей и  $14,3 \pm 6,7\%$  пациентов с СРК с болями и метеоризмом,  $p > 0,05$ ). Наиболее характерными эндоскопическими изменениями гастродуоденальной зоны для больных со всеми клиническими вариантами СРК являются поверхностный гастрит и дуоденит, имевшие место у  $57,3 \pm 3,2\%$ . Кроме того у  $13,0 \pm 2,9\%$  больных с СРК слизистая оболочка желудка была неравномерно гиперемирована и имела участки гиперплазии, что соответствовало смешанному гастриту, у  $9,8 \pm 3,9\%$  пациентов выявлены эндоскопические признаки субатрофии слизистой, а у  $8,1 \pm 2,1$  больных СРК при эндоскопии определялись на фоне разлитой гиперемии единичные плоские дефекты, покрытые налетом фибрина, что соответствует картине эрозивного гастродуоденита. Структура поражения слизистой гастродуоденальной зоны также не зависела от

клинического варианта синдрома раздраженного кишечника. С помощью «уреазного теста» выявлено инфицирование *H.pylori* у 74,1±5,0% больных с СРК. При сравнительном анализе установлена равная степень инфицированности *H.pylori*, как в группе больных с СРК, так и с изолированным поражением верхних отделов пищеварительного тракта (53,7±5,5% против 78,0±5,1%,  $p>0,05$ ). Сопоставляя полученные данные о характере эндоскопических изменений слизистой гастродуоденальной зоны и степени инфицированности *H.pylori* у больных с СРК и группе сравнения, можно сделать вывод, что *H.pylori* является одним из факторов формирования поражения гастродуоденальной зоны у больных с СРК.

**Выводы.** Наиболее выраженная клиническая симптоматика синдрома раздраженного кишечника выявляется у больных СРК молодых возрастов с клиническим вариантом с преобладанием диареи. Клинические симптомы, характеризующие поражение верхних отделов пищеварительного тракта у больных с синдромом раздраженного кишечника отмечаются у 38%. Эндоскопические изменения выявляются у 80,4% больных, при этом преобладающим является поверхностный (57% больных). Зависимости выявленных изменений от клинического варианта заболевания не выявлено.

### 003. ИНДИКАЦИЯ АЛЬВЕОЛЯРНО-КАПИЛЛЯРНОЙ ПРОНИЦАЕМОСТИ ДЛЯ РАННЕГО РАСПОЗНАВАНИЯ НОЗОЛОГИЧЕСКОЙ ПРИНАДЛЕЖНОСТИ ЛЕГОЧНОГО ИНФИЛЬТРАТА

Агеева Т.С., Кривоногов Н.Г., Тетенев Ф.Ф., Мишустина Е.Л., Мишустин С.П., Дубоделова А.В.

Кафедра усовершенствования врачей ФГОУ ВПО ТВМИ МО РФ, лаборатория радионуклидных методов исследования НИИ кардиологии СО РАМН, кафедра пропедевтики внутренних болезней ГОУ ВПО СибГМУ Росздрава, Томский областной противотуберкулезный диспансер, г. Томск, Россия

**Актуальность:** общеизвестны ограниченные возможности рентгенологического исследования для раннего распознавания нозологической принадлежности легочного инфильтрата в случаях, когда отсутствуют определенные клиничко-лучевые и лабораторные ориентиры наличия патогномичных симптомов/синдромов заболеваний. При этом в структуре заболеваний, протекающих с развитием легочного инфильтрата, основной удельный вес приходится на внебольничные пневмонии (ВП), а наиболее значимые дифференциально-диагностические сложности возникают в процессе разграничения ВП, инфильтративного туберкулеза легких (ИТЛ) и тромбоэмболии дистальных ветвей легочной артерии (ТДВЛА), симптоматика которых на ранних этапах развития болезней часто бывает аналогичной. Результаты исследований последних лет свидетельствуют о том, что вентиляционно-перфузионная пульмоноскintiграфия может занять достойное место в ряду дополнительных методов дифференциальной диагностики бронхолегочной патологии.

**Цель работы:** определить возможности радионуклидной оценки альвеолярно-капиллярной проницаемости (АКП) для ранней дифференциальной диагностики синдромосходных заболеваний легких, протекающих с развитием легочного инфильтрата.

**Материалы и методы:** был обследован 81 пациент: с верифицированным диагнозом ВП – у 40, ИТЛ – у 20, ТДВЛА – у 11, а также 10 здоровых добровольцев, составивших контрольную группу. Исследовали накопление в легких  $^{99m}\text{Tc}$  ДТРА с расчетом АКП в пораженном (ПЛ) и интактном легких (ИЛ) по динамике выведения радиофармпрепарата в статическом режиме на 10-й и 30-й мин исследования, по предложенной нами методике. Сцинтиграфические исследования проводились на гаммакамере «Омега 500» («Technicare» США-Германия).

**Результаты:** у пациентов ВП по сравнению с контрольной группой АКП в ПЛ и ИЛ была повышена на 10-й мин исследования – 19,72±1,41% и 17,62±1,31%, и на 30-й мин – 35,35±1,66% и 31,58±1,63% ( $p<0,006$  – для всех). У пациентов ИТЛ регистрировались нормальные значения АКП в ПЛ и ИЛ на 10-й мин исследования 11,34±0,70% и 13,28±0,62% ( $p=0,06$  и 0,07), тогда как повышение значений АКП в ПЛ и ИЛ отмечались на 30-й мин – 29,35±1,44% и 28,12±0,96% ( $p=0,002$  и 0,002). У пациентов ТДВЛА по сравнению с контрольной группой АКП в ПЛ и ИЛ была не изменена или замедлена как на 10-й мин исследования 8,02±3,89% и 7,22±3,54%, так и на 30-й мин – 13,64±4,0% и 15,4±3,4% ( $p>0,33$  – для всех).

**Выводы:** Полученные данные могут быть использованы при проведении ранней дифференциальной диагностики между внебольничной пневмонией, инфильтративным туберкулезом легких и тромбоэмболией дистальных ветвей легочной артерии.

### 004. ДИСБАКТЕРИОЗ У БОЛЬНЫХ С НЕСПЕЦИФИЧЕСКИМ ЯЗВЕННЫМ КОЛИТОМ

Азимова С.М., Саидов С.З., Раджабова М.Х., Азимов И.Б.

Институт гастроэнтерологии АМН МЗ Республики Таджикистан, Душанбе

Неспецифический язвенный колит (НЯК) имеет наибольшую распространенность в Северной Европе (в Швеции - 13,1%, Израиле - 1,5-5,6% и Норвегии - 12,4%). В структуре воспалительных заболеваний кишечника НЯК занимает одно из первых мест по тяжести и упорству клинического течения.

По мнению ряда авторов в патогенезе НЯК важную роль играют продукты метаболизма кишечной флоры, в частности антигены некоторых штаммов *E.Coli*, другие микроорганизмы, а также аутоантитела к эпителию толстой кишки. Кишечная микрофлора вырабатывают нейротрансмиттеры, которые воздействуют на энтериную систему и тем самым повышают секрецию и моторику кишечника, что имеет важное значение в патогенезе НЯК. Не менее важную роль в развитии нарушения моторной функции кишечника при НЯК играют микроорганизмы.

**Цель исследования:** Изучить степень тяжести дисбактериоза у больных с различным клиническим течением НЯК.

**Материалы и методы.** Под наблюдением находилось 32 больных НЯК, у 14 - с тяжелой, у 8 - со средней и у 10 - с легкой степени заболевания. Среди них женщин было 7, а мужчин 25. Возраст больных варьировал от 18 до 38 лет. Длительность заболевания составляла 3-7 лет. У 8 больных проявления гематохезии, а у 14 - наблюдалось диарея (от 15 до 20 раз в сутки). У 40% наблюдаемых больных отмечалось тенезмы (ложные позывы). У большинства больных (6,2%) с тяжелой формой заболевания отмечалось внекишечные проявления НЯК в виде афтозного стоматита, кератита и артрита.

Результаты исследования. Микробиологические исследования кала на флору показали наличие различных степеней дисбактериоза у больных НЯК. У 14 больных с тяжелым течением заболевания выявлен дисбактериоз 3 степени, выражающееся в преобладании анаэробной флоры (обсемененность на уровне 109 КОЕ/г и более) со значительным уменьшением количества бифидо- и лактобактерий. У 8 больных выявлена 2 степень дисбактериоза, характеризующиеся увеличением аэробной кишечной микрофлоры с появлением анаэробных бактерий (>106–107 КОЕ/г). У 10 больных с легкой степени болезни выявлен дисбактериоз первой степени, увеличения аэробной нормальной кишечной микрофлоры (>105–106 КОЕ/г).

У 2-х больных был выявлен амебиаз и у одного - дизентерийные палочки. Практически у всех больных обнаружены дрожжевые грибы (87%).

Таким образом, наши исследования показывают, что при НЯК наблюдается развитие различной степени дисбактериоза, который зависит от тяжести течения основного заболевания.

### 005. РЕГУЛЯРНОСТЬ ЭВАКУАТОРНОЙ ФУНКЦИИ КИШЕЧНИКА И ПСИХИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ ВРАЧЕЙ

Акимов А.А., Рожкова А.В., Шемеровский К.А.  
СПбГПМА, НИИЭМ РАМН, Санкт-Петербург, Российская Федерация

**Цель исследования:** сравнительное изучение отдельных элементов качества психического здоровья у лиц с регулярным (ежедневным) и нерегулярным (неежедневным) ритмом эвакуаторной функции кишечника.

**Материалы и методы:** Обследовано 48 врачей обоего пола (44 женщины и 4 мужчин) в возрасте от 29 до 78 лет. На момент наблюдения все обследованные считали себя практически здоровыми. С помощью теста «Нервно-психическая адаптация» у обследованных лиц были проанализированы 26 основных явлений, характеризующих состояние нервно-психической адаптации и психического здоровья (страх, тревога, настроение, раздражительность, утомляемость, нарушение сна и др.). С помощью опросника для ауторитмометрии обследуемые отмечали точный период времени реализации эвакуаторной функции кишечника. Хроноэнтерографически определяли число дней за неделю со стулом и число дней за неделю без стула. Эуэнтерией считали циркадный ритм эвакуаторной функции кишечника, когда каждый из 7 дней недели был со стулом. Брادیэнтерией считали нерегулярный ритм

эвакуаторной функции, в случаях, когда частота стула была меньше 7 раз в неделю.

**Результаты и их обсуждение:** Результаты исследования показали, что из 48 обследованных врачей, считавших себя практически здоровыми, только у 22 человек (46% обследованных) количество баллов (менее 20) по тесту «Нервно-психическая адаптация» соответствовало I группе здоровья (практически здоровые). Брادیэнтерия была выявлена у 18 врачей (38% обследованных). Группы врачей с брادیэнтерией и эуэнтерией существенно не отличались по возрастному составу (средний возраст 52 и 49 лет, соответственно). Обследование показала выраженную взаимосвязь уровня нервно-психической адаптации, как показателя психического здоровья, с эвакуаторной функцией кишечника: среди обследованных с эуэнтерией в I группу (психически здоровые) вошло 18 человек (60%), в то время, как среди лиц с брادیэнтерией число практически здоровых (соответствующих I группе психического здоровья) оказалось в три раза меньше - всего 4 человека (22%). Выраженное (патологическое) снижение нервно-психической адаптации (IV группа, более 40 баллов) отмечались лишь у 10% (3 чел) обследованных с эуэнтерией, против 22% (4 чел) в группе лиц с нарушением циркадного ритма эвакуаторной функции кишечника. У обследованных с брادیэнтерией значительно чаще, в сравнении с лицами, имеющими регулярный стул, отмечены симптомы тревоги: беспричинная тревога - 44,4% (26,7% у лиц с эуэнтерией), ощущение недоброжелательности окружающих - 22% (6,7% соответственно), боязнь высоты - 33,3% (10%), неуверенность в себе - 44,4% (26,7%), опасение тяжелого заболевания - 33,3% (10%). Другие симптомы, свидетельствующие о снижении адаптационной функции, также с большей частотой встречаются у лиц с брادیэнтерией: подавленное настроение - 55,6% (у лиц с регулярной эвакуацией в 30%), лабильность настроения - 22,2% (6,7%), плаксивость - 28% (13%), повышенная раздражительность и вспыльчивость - 50% (20%). У лиц с нарушением циркадного ритма эвакуаторной функции кишечника чаще встречаются другие проявления висцеральной дисгармонии: головные боли (56%), дрожание рук, ног (22,2%), повышенная потливость (39%). У врачей без нарушения циркадного ритма эвакуаторной функции кишечника перечисленные симптомы встречаются существенно реже - в 40%, в 6,7%, в 16,7%, соответственно. Что свидетельствует о тесной связи нарушения циркадного ритма кишечника с другими проявлениями висцеральной дисгармонии.

**Выводы:** 1. Только 46% обследованных врачей, считавших себя практически здоровыми, при оценке их нервно-психической адаптации выявлено соответствие I группе здоровья (практически здоровые). 2. Здоровый уровень нервно-психической адаптации среди врачей с регулярным ритмом стула (60%) оказалось почти в 3 раза больше, чем среди врачей с брادیэнтерией (22%). 3. Выраженное снижение уровня нервно-психической адаптации у лиц с брادیэнтерией (22%) встречается в 2 раза чаще, чем у обследованных с эуэнтерией (10%). 4. Нарушение циркадного ритма кишечника, тесно связано с другими проявлениями висцеральной дисгармонии. 5. Выявлена выраженная взаимосвязь психического

здоровья и эвакуаторной функции кишечника, требующая дальнейшего более углубленного изучения.

#### 006. ВКУСОВАЯ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТЬ К ПОВАРЕННОЙ СОЛИ И НИКОТИНОВАЯ ЗАВИСИМОСТЬ У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ, КОМОРБИДНОЙ С ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ

Аксенова Т.А., Горбунов В.В., Войченко Т.Ю., Лаврушина О.С., Ильямакова Н.А.

Читинская медицинская академия, Чита, Россия

Цель нашей работы: проследить взаимосвязь вкусовой чувствительности к поваренной соли и показателей интенсивности курения у больных гипертонической болезнью при наличии сопутствующей хронической обструктивной болезни легких.

Материалы и методы: обследовано 64 больных с гипертонической болезнью 1-3 стадии, из них курящие составили 46 человек (71,9%), не курящие – 18 человек (28,1%). Согласно клиническим и спиритографическим критериям хроническая обструктивная болезнь легких диагностирована у 35 больных (54,7%), причем 33 пациента из данной группы курили и 2 не курили. Изучение порога вкусовой чувствительности к поваренной соли проведено по модифицированной методике Henkin R., в данном обследовании участвовала контрольная группа из 22 здоровых не курящих человек, сравнимых по полу и возрасту. У курящих проводилось анкетирование с определением степени никотиновой зависимости по тесту Фагерстрема, типа курительного поведения – по тесту Хорна, индекс курения рассчитывался по формуле: стаж курения в годах\*количество выкуренных сигарет в день/20. Для обработки данных использовалась программа «Statistica 6,0». Учитывая асимметричное распределение признака, корреляционный анализ проведен с использованием коэффициента ранговой корреляции Спирмена.

Результаты и обсуждение: в группе курильщиков высокий порог вкусовой чувствительности к поваренной соли выявлен у 33 человек (72%), у некурящих – у 8 человек (45%). У лиц контрольной группы нормальный порог вкусовой чувствительности выявлен в 64%, высокий – в 36%.

В группе курящих с высоким порогом сильная степень никотиновой зависимости выявлена в 37%, средняя – в 24% и низкая в 39%. При нормальной вкусовой чувствительности к поваренной соли показатели интенсивности курения были несколько меньше: высокая степень никотиновой зависимости выявлена в 15%, средняя – в 23% и низкая – в 62%. Обнаружена прямая сильная связь между вкусовой чувствительностью к поваренной соли и стажем курения ( $r=0,59$ ), степенью никотиновой зависимости ( $r=0,77$ ). При высоком пороге вкусовой чувствительности имелись более длительный стаж и ИК, пациенты выкуривали большее количество сигарет в сутки. Также при высоком пороге в 33% выявлялся тип курительного поведения «жажда», свидетельствующий о физическом пристрастии к курению, курильщики данного типа закуривают при снижении концентрации никотина в крови, курят вопреки запретам. При нормальном пороге вкусовой

чувствительности преобладающим был тип курительного поведения «поддержка», выявленный у 58% пациентов. Респонденты данного типа относятся к курению, как к средству, снижающему эмоциональное напряжение. Тип «жажда» при нормальной вкусовой чувствительности к поваренной соли имелся лишь у 8% больных.

При наличии сопутствующей хронической обструктивной болезни легких высокий порог вкусовой чувствительности обнаружен у 25 больных (71,4%), курили из них 24 больных, у остальных 9 пациентов (28,6%) вкусовая чувствительность к поваренной соли была в пределах нормы. У курильщиков с высоким порогом вкусовой чувствительности к поваренной соли и наличии сопутствующей хронической обструктивной болезни легких в 50% выявлялся тип курительного поведения «жажда».

#### Выводы:

1. Выявлена прямая сильная связь между вкусовой чувствительностью к поваренной соли и показателями интенсивности курения

2. При высоком пороге вкусовой чувствительности к поваренной соли у больных гипертонической болезнью чаще выявлялся тип курительного поведения «жажда», при коморбидности с хронической обструктивной болезнью легких – в половине случаев.

#### 007. КАНДИДОЗ ВЕРХНИХ ОТДЕЛОВ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА У БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА.

Албегова Д.М., Шевяков М.А., Сайденова М.С., Иншаков Л.Н.

Больница №46 Святой Евгении, МАПО, Санкт-Петербург, Россия

Цель исследования: определить частоту и возможности эндоскопической диагностики кандидозного поражения верхних отделов желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) у жителей блокадного Ленинграда.

Материал и методы. В течение двух лет (2008-2009 гг.) выполнено 2045 фиброэзофагогастроуденоскопий (ФЭГДС). Из 462 больных в возрасте от 60 до 92 лет у части была выполнена браш-биопсия, у другой – щипцовая биопсия из патологически измененной слизистой оболочки пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки в связи с подозрением на злокачественную опухоль, язву, эрозии, полипоз или кандидозное поражение. Диагноз кандидоза подтверждали при обнаружении в биоптате слизистой оболочки нитевидной формы грибов рода *Candida* – псевдомицелия.

Результаты. При цитоморфологическом исследовании биоптатов слизистой оболочки псевдомицелий *Candida* был обнаружен у 25 больных из 462 (5,4 %): в пищеводе – у 18 больных, в желудке – у 5, в двенадцатиперстной кишке – у 2. Кандидоз пищевода эндоскопически проявлялся гиперемией, фибринозными налетами, кровоточивостью и эрозиями слизистой оболочки. Факторами риска являлись злокачественная опухоль пищевода, бронхиальная астма, вирусный гепатит, гемобластозы, сахарный диабет, панкреатит, прием кортикостероидов. У одного больного кандидоз пищевода осложнился язвой пищевода, у четверых – стриктурой. Кандидоз желудка обнаружен при исследовании биоптатов из краев язв, эрозий, полипов и злокачественной опухоли желудка, а в двенадцатиперстной

кишке - из краев язвы. Макроскопическими признаками микотического поражения язв являлись большие размеры дефекта, наличие фибринозного налета и сопутствующего атрофического гастрита.

**Выводы.** У больных пожилого и старческого возраста, при наличии перечисленных факторов риска, кандидоз был выявлен у 5,4 % больных, что подтверждает необходимость обязательной микологической настороженности и выявления эндоскопических признаков кандидозного поражения верхних отделов ЖКТ у данной категории больных.

#### 008. НЕАЛКОГОЛЬНАЯ ЖИРОВАЯ БОЛЕЗНЬ ПЕЧЕНИ СРЕДИ ПАЦИЕНТОВ ПОЛИКЛИНИК Г.АЛМАТЫ

Алдашева Ж.А.

Алматинский Государственный институт усовершенствования врачей, кафедра питания и гастроэнтерологии, г. Алматы, Казахстан

**Цель исследования:** Изучить распространенность неалкогольной жировой болезни печени (НАЖБП) среди пациентов, обращающихся к терапевтам поликлиник г.Алматы и выделить группы с различными формами НАЖБП (стеатозом, стеатогепатитом и циррозом в исходе стеатогепатита).

**Материал и методы исследования:** Всего было обследовано 1570 пациентов, из них мужчин-532, женщин-1038, средний возраст - 45,8±14,5 лет, обращавшихся к терапевтам поликлиник по поводу различных заболеваний. Исследование проводилось в 2 этапа: 1). Регистрация пациентов и выявление факторов риска по НАЖБП; 2).Выявление НАЖБП среди лиц с факторами риска и выделение различных форм.

Регистрации подлежали все пациенты старше 18 лет (демографические данные, информация о сопутствующих заболеваниях, физикальное обследование). Пациентам с факторами риска проводились исследования (АЛТ, АСТ, билирубин, холестерин, триглицериды, ГГТП, сахар крови), УЗИ печени с определением критериев по классификации Бацкова С.С. (1995): гепатомегалия, повышенная эхоплотность, плохая визуализация диафрагмального контура, смазанность сосудистого рисунка, дистальное затухание ультразвука.

**Результаты исследования:** После 1-го этапа из исследования выбыло 687 (43,7%) человек, средний возраст - 34,8±6,7 лет. Остальные 883 (56,3%) пациента с факторами риска НАЖБП подлежали 2-му этапу исследования. По результатам лабораторных исследований и данных УЗИ НАЖБП подтверждена у 462 пациентов, что составляет 52,3% от всех пациентов с факторами риска : мужчин -177 (38,3%), женщин – 285 (61,7%), в возрасте 54,0±11,7 лет. Из 462 пациентов с НАЖБП со стеатозом печени было – 361 (78,1%) человек, со стеатогепатитом - 84 (18,2%), с циррозом в исходе стеатогепатита – 17 (3,7%). Распространенность НАЖБП в общей популяции составила – 29,2%, при этом на долю стеатоза приходится 22,9%, стеатогепатита – 5,3%, цирроза печени – 1%.

**Выводы:** 1. Факторы риска НАЖБП встречаются у 56,3% пациентов, обращающихся к терапевтам г.Алматы; 2. НАЖБП у пациентов с факторами риска

подтверждается в 52,3% случаев; 3. У больных с НАЖБП стеатоз печени выявляется в 78,1%, стеатогепатит – в 18,2%, цирроз печени в 3,7% случаев.

#### 009. СОСТОЯНИЕ ЛИПИДНОГО ОБМЕНА И ОПЫТ КОРРЕКЦИИ ПРОЯВЛЕНИЙ НЕАЛКОГОЛЬНОГО СТЕАТОГЕПАТИТА У БОЛЬНЫХ СД 2 ТИПА

Алейникова Е.В.

ГОУ ВПО «ВГМУ Росздрава», г. Владивосток, Россия

Чаще всего неалкогольный стеатогепатит (НАСГ) регистрируется среди больных страдающих сахарным диабетом (СД), особенно в сочетании с ожирением и гиперлипидемией.

**Цель** настоящей работы состояла в оценке состояния липидного обмена и изучении эффективности применения препарата «Тиоктацид» в терапии НАСГ у больных СД 2 типа.

**Материалы и методы.** Под наблюдением находилось 27 больных СД 2 типа с НАСГ (19 женщины и 8 мужчин; средний возраст 56,4±8,7 лет) с избыточной массой тела (ИМТ 34,7±5,6 кг/м<sup>2</sup>). Больным проведено комплексное клинико-лабораторное и инструментальное обследование. Кроме диеты и сахароснижающих препаратов пациентам назначали «Тиоктацид» в дозе 600 мг внутривенно капельно в течение 2 недель.

**Полученные результаты.** Выявлены значительные нарушения липидного обмена, проявляющиеся в увеличении содержания общего холестерина до 5,87±1,19 ммоль/л, триглицеридов до 2,76±0,53 ммоль/л, ХС ЛПНП до 3,74±0,25 ммоль/л, коэффициента атерогенности до 2,23±0,13, снижением уровня ХС ЛПВП до 1,12±0,04 ммоль/л. В результате проведенного лечения отмечена положительная клиническая симптоматика, которая характеризовалась уменьшением проявлений астено-вегетативного синдрома в 95,4% случаев. При УЗИ не отмечено изменений размеров печени и эхографической структуры печеночной паренхимы. Компенсация сахарного диабета достигнута у 91,2% больных (уровень HbA1c составил 7,36±1,71 %). Зарегистрировано достоверное снижение уровня АЛТ с 89,6±16,3 МЕ/л до 39,2±6,7 МЕ/л (p<0,05), АСТ с 81,4±17,1 МЕ/л до 41,6±8,3 МЕ/л (p<0,05). Отмечена тенденция к снижению уровня щелочной фосфатазы с 263±43 МЕ/л до 198±76 МЕ/л и g-глютамилтрансферазы с 196±47 МЕ/л до 167±58 МЕ/л (p>0,05). Установлено положительное, хотя и статистически недостоверное, влияние на показатели липидного обмена, что характеризовалось снижением уровня триглицеридов (с 2,76±0,53 ммоль/л до 2,31±0,78 ммоль/л), ХС ЛПНП (с 3,74±0,25 ммоль/л до 3,48±0,34 ммоль/л), повышением уровня ХС ЛПВП (с 1,12±0,04 ммоль/л до 1,19±0,09 ммоль/л).

**Заключение.** Полученные данные свидетельствуют о наличии гепатопротекторного эффекта у препарата «Тиоктацид», что позволяет рекомендовать его для использования в лечении НАСГ у больных сахарным диабетом.

#### 010. РЕДКИЙ СЛУЧАЙ БОЛЕЗНИ ШЕГРЕНА В КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Александрова О.Л., Гайдукова И.З., Каргальская О.Г.

Кафедра госпитальной терапии СГМУ им. В.И. Разумовского, г. Саратов

Болезнь Шегрена (БШ), описанная как системное заболевание в 30-40 г.г. прошлого века, до настоящего времени продолжает вызывать неизменный интерес ревматологов, что связано с редкой частотой этой патологии, постепенным появлением отдельных симптомов и в связи с этим трудностью распознавания данного заболевания. Наряду с этим, БШ привлекает внимание сложностью патогенеза, недостаточной эффективностью применяемого лечения и возможностью трансформации в лимфопролиферативные заболевания, риск развития которых при БШ в 5-12, а по данным некоторых исследователей – в 44 раза выше, чем в популяции.

Приводим пример БШ, который наблюдался в областной клинической больнице (ОКБ).

У больной Р., в 48-летнем возрасте появились болезненные плотные образования за ушными раковинами, субфебрилитет, был выставлен диагноз паротита; на фоне проводимого лечения (согревающие компрессы, полоскание полости рта антисептическими растворами) наступило улучшение. Через месяц стали появляться участки с мраморным рисунком на голенях, отеки голеней, сухость во рту. После обследования в поликлинике был диагностирован недифференцированный васкулит, кожный ангиит, назначен преднизолон 20 мг, курантил, далагил, на фоне чего поблек сетчатый рисунок на голенях, исчезли отеки голеней. При снижении дозы преднизолона до 10 мг вновь отмечалось ухудшение: появилась зябкость и нарушение чувствительности пальцев кистей, онемение правой половины лица, стали отмечаться явления дисфагии (затруднение при глотании твердой пищи, жидкая пища начала выливаться через нос). В течение 3 месяцев больная похудела на 15 кг.

При обследовании в ОКБ обнаружены изменения внешнего вида больной: маскообразность лица, наличие синдрома Рейно, полинейропатии, а также синдрома Шегрена (СШ) – сухость во рту, наличие в анамнезе воспаления околоушных желез. При дополнительном исследовании было обнаружено увеличение всех групп лимфатических узлов грудной клетки, лейкопения ( $2,4 \cdot 10^9/\text{л}$ ), тромбоцитопения ( $150 \cdot 10^9/\text{л}$ ), гепатомегалия без нарушения функции печени, частичный парез гортани. С учетом полиорганности поражения, повышения острофазовых показателей была выставлена III степень активности заболевания. Принимая во внимание похудание, регионарное увеличение всех групп лимфатических узлов, выявленных при компьютерной томографии грудной клетки, был проведен онкопоиск, больная была осмотрена гематологом, фтизиатом, торакальным хирургом. Данных за системное заболевание крови (лимфогранулематоз), злокачественную опухоль, а также за саркоидоз выявлено не было. В инвазивных методах обследования больная не нуждалась, было рекомендовано динамическое наблюдение, повторное проведение компьютерной томографии через 2 месяца. Учитывая наличие диагностических критериев нескольких заболеваний: системной красной волчанки (васкулит

кожи, полинейропатия, увеличение печени, лейкопения, тромбоцитопения); системной склеродермии (маскообразность лица, синдром Рейно, дисфагия, синдром Шегрена), полимиозита (поражение мышц глотки, частичный парез гортани) был выставлен диагноз смешанного заболевания соединительной ткани.

В связи с дисфагией первоначально было назначено 240 мг преднизолона внутримышечно, затем при уменьшении явлений дисфагии больная была переведена на пероральный прием преднизолона в дозе 50 мг в день. Через 3 недели отмечалась положительная динамика, частично восстановился голос, исчезло поперхивание твердой пищей, жидкая пища перестала выливаться через нос, уменьшились проявления васкулита.

В течение последних двух месяцев состояние больной было относительно удовлетворительное, больная продолжала постепенно снижать дозу преднизолона. Однако, при повторной госпитализации состояние вновь несколько ухудшилось, появилась ощущение сухости верхних дыхательных путей, рези в глазах. При проведении УЗИ органов брюшной полости была выявлена спленомегалия, диффузные изменения поджелудочной железы, сопровождающиеся умеренным нарушением внешнесекреторной активности, при ФГДС – атрофический гастрит.

При наблюдении за больной в течение последующих двух месяцев было обращено внимание на то, что в клинической картине начали преобладать признаки поражения экзокринных желез (рецидивирующая осиплость голоса, постоянная сухость во рту, появление рези в глазах, сухости верхних дыхательных путей, симптомов панкреатита) и ретикулоэндотелиальной системы (увеличение всех групп лимфатических узлов грудной клетки, гепатоспленомегалия). Это свидетельствовало о том, что на первое место в клинической картине стали выходить признаки СШ.

С учетом вышеизложенного, а также отсутствия LE-клеток, антител к ДНК при динамическом исследовании, нормального уровня КФК, остальные системные проявления (синдром Рейно, полинейропатия, сетчатое ливедо, кожный васкулит, гипотония пищевода, неврит лицевого нерва, преходящий парез голосовых связок, лейкопения, тромбоцитопения в анамнезе) были расценены как признаки БШ.

После установления диагноза БШ была проведена коррекция лечения (помимо преднизолона в дозе 30 мг в день больной стала проводиться пульс – терапия циклофосфаном 600-1000 мг в месяц).

Для своевременного распознавания БШ необходимо тщательно анализировать клинические проявления заболевания, своевременно назначать адекватную терапию и регулярно проводить обследование для выявления лимфопролиферативных заболеваний.

#### 011. МАТЕМАТИЧЕСКОЕ МОДЕЛИРОВАНИЕ МЕХАНИЗМОВ УПРАВЛЕНИЯ ПЕЧЕНИ ПРИ ГЕПАТИТЕ В

Алиев Б.Р., Хидиров Б.Н., Сайдалиева М., Тургунов А.А.

Институт Вирусологии МЗ РУз, Ташкент, Узбекистан;

Институт Математики и Информационных технологий АН РУз, Ташкент, Узбекистан

**Введение.** Изучение патогенеза вирусных гепатитов при помощи методов информационной технологии является актуальной задачей современной гепатологии. Цель исследования – количественный анализ механизмов управления регуляторными механизмами печени на молекулярно-генетическом, клеточном и надклеточном уровнях при гепатите В (ГВ).

**Материалы и методы.** Основными методами исследования являются математическое и компьютерное моделирование *функционирования регуляторных механизмов* (регуляторики) печени в ходе инфекции вирусами ГВ (ВГВ) на молекулярно-генетическом, клеточном и надклеточном уровнях, на основе биологической модели регуляторики печени в норме и при вирусной инфекции, методы качественного и количественного анализа поведения математических и компьютерных моделей, а также современные методы информационной технологии. Математическое моделирование осуществлено на основе обобщения подходов

V. Goodwin, M. Eigen, B.A. Patnera, J. Smit, а компьютерное моделирование – в среде Delphi.

**Результаты и их обсуждение.** Математическое моделирование взаимосвязанной деятельности молекулярно-генетических систем клеток печени и вирусов гепатита (на примере вирусного гепатита В) показывает наличие, у модельной инфекции, режимов скоротечного летального исхода гепатоцитов и доминирования их генома. Интересным является режим совместного функционирования геномов клеток печени и ВГВ (хронический гепатит В или HBsAg-носительство). Результаты компьютерных исследований модельного хронического гепатита В показали наличие режимов:

- последовательного чередования доминирования геномов клеток печени и ВГВ;
- нерегулярного, непредсказуемого поведения регуляторики клеток печени и вирусов гепатита В (динамический хаос);
- резких деструктивных изменений (эффекта «черной дыры»).

В последнем случае активность клеток печени резко и необратимо снижается, что может быть характеризовано как наступление некроза гепатоцитов.

Полученные, путем аналитических исследований и проведения целенаправленных вычислительных экспериментов, фазовые и параметрические портреты основных уравнений математических и компьютерных моделей регуляторики молекулярно-генетических, клеточных и надклеточных систем печени в ходе инфекции ГВ, показывают наличие режима угасания (апоптоз) и существование в области динамического хаоса малых регионов нормального поведения (*r-windows*). Количество и размеры *r-windows* зависят от конкретных значений параметров моделей. В ходе анализа возможных управлений в области динамического хаоса получены варианты улучшения регуляторики клеток печени с использованием сценария в виде цепочек из *r-windows*.

В работе рассмотрены вопросы компьютерной диагностики наступления режимов последовательного чередования доминирования геномов клеток печени и ВГВ, нерегулярной регуляторики гепатоцитов и вирусов гепатита В (динамический хаос), резких деструктивных

изменений (эффекта «черной дыры»), а также возможные пути управления регуляторикой клеток печени при инфекции вирусами ГВ.

**Заключение.** Разработанные математическую и компьютерную модели можно использовать при количественном исследовании закономерностей инфекционного процесса в клетках печени при вирусном ГВ. Возможность прогнозирования характеристик основных режимов позволяет осуществлять диагностику и предсказывать характерные стадии течения заболевания гепатитом В.

Данное исследование осуществлено при финансовой поддержке АН РУз (гранты ФА-А17-Ф009 и ФА-Ф1-Ф011).

## 012. ВЛИЯНИЕ ПРЕПАРАТА КОГИСТИН НА МОДЕЛИ АЛИМЕНТАРНОЙ АНЕМИИ

Аллаева М.Ж., Казанцева Д.С.

Ташкентский фармацевтический институт, Узбекистан

Как известно, анемия не является самостоятельным заболеванием. Однако, она весьма часто встречается как симптом или осложнение при различных состояниях.. Например, в связи с ухудшением экологических условий, в частности с дефицитом железа в почве, наиболее часто фиксируется анемия, вызванная дефицитом металла. Около 90 % из всех видов анемий составляют железodefицитные анемии.

**Цель исследования:** изучить антианемическое действие когистина на модели алиментарной анемии.

**Материалы и методы:** опыты были поставлены на 12 кроликах, массой 2,5-3,5 кг обоего пола. Модель алиментарной анемии у кроликов получали путем содержания их на диете с недостаточным количеством белков, железа и витаминов. Изучаемые препараты вводили ежедневно орально в течение 30 дней. Когистин применяли в дозе 10 мг/кг. Для сравнения вводили кроликам известный антианемический препарат тардиферон в дозе 6 мг/кг. Контрольная группа животных получали дистиллированную воду в соответствующем объеме.

Кровь для исследования брали из краевой ушной вены кролика до и после получения экспериментальной алиментарной анемии, затем через 10, 20, 30 дней лечения и через 15 и 30 дней после лечения.

**Результаты и их обсуждение:** результаты исследований показали, у интактных животных уровень гемоглобина составлял  $135 \pm 0,5$  г/л, число эритроцитов составляет  $5,9 \pm 0,5$  млн. Они имеют обычную форму и окраску (нормоцитоз, нормохромия). После воспроизведения алиментарной анемии уровень гемоглобина и число эритроцитов снизились на 39,3 % и 28 %. Параллельно отмечается достоверное снижение цветового показателя и содержание гемоглобина в одном эритроците. Содержание ретикулоцитов умеренно повышено, в среднем на 15,5 %, что является показателем повышенной регенераторной способностью костного мозга.

Таким образом, у животных, которые находились на диете с недостаточным количеством белков, железа и витаминов развилась алиментарная анемия. После того опытные животные разделили на 3 группы: 1-я, 2-я

получали когистин и тардиферон, 3-контрольная, дистиллированную воду в соответствующем объеме.

В группе животных, где был введен препарат когистин начиная с 10 дня уровень гемоглобина и число эритроцитов повысились на 29,3% и 9,5% соответственно по сравнению с показателем анемией. В эти же сроки наблюдалось повышение числа ретикулоцитов 18 %.

Во 2-ой группе, где был введен тардиферон начиная с 10 дня уровень гемоглобина и число эритроцитов повысились на 21,9% и 9,4 % соответственно по сравнению с показателем анемией. В эти же сроки наблюдалось повышение числа ретикулоцитов на 22 %.

Спустя 30 дней лечения алиментарной анемии препаратами когистин и тардиферон, проявилось их максимальное действие на эритропоэз, что выражалось в восстановлении уровня гемоглобина до показателей интактной группы, повышении количества эритроцитов, цветового показателя, содержания гемоглобина в одном эритроците.

Выводы: таким образом, можно заключить, что когистин обладают выраженными антианемическим действием при алиментарной анемии и в этом отношении он не уступает известного препарата тардиферон.

### 013. ЛЕЧЕНИЕ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНИ С СИНДРОМОМ ВЕГЕТАТИВНОЙ ДИСТОНИИ

Алавия Ф.А., Хамрабаева Ф.И.

Ташкентский институт усовершенствования врачей, Узбекистан

Целью работы явилось исследование вегетативного статуса у больных с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью (ГЭРБ).

Материалы и методы. В исследование участвовали 44 пациента 28-мужчин и 16-женщин ГЭРБ с СВД в возрасте от 18 до 65 лет. Всем больным в динамике выполнили ЭФГДС и топографическую рН – метрию, анкетирование по опроснику качества жизни (КЖ). Симптомы рефлюксной оценивали по их частоте и выраженности. Основную группу составили 26 пациентов, которым назначали рабепразол ( рабемак DSR) по 1 капсуле один раз в сутки за полчаса до завтрака и сульпирид (просульпин) 200мг 1 раз с сутки утром после завтрака. В контрольную группу вошли 18 пациентов получавших омепразол 20 мг 2 раза в сутки за 30 мин. до еды и метоклопрамид 10 мг 3 раза в сутки за 15 мин. до еды.

Результаты исследования. По результатам исследования в основной группе пациентов наблюдалась существенная положительная динамика основных клинических проявлений - значительное уменьшение интенсивности изжоги и болевого синдрома. Применение в комплексном лечении больных ГЭРБ с СВД сульпирида (просульпина) с вегетокорректирующим действием позволило более эффективно купировать болезненные проявления и снизить степень эмоционального переживания телесного дискомфорта, улучшить эмоциональное состояние и психическое здоровье пациентов и, в конечном счете, повысить уровень их КЖ.

Выводы. Таким образом, проведенные исследования показали, что применение просульпина дополнительно к стандартной терапии в дозе 200 мг/сут. у больных ГЭРБ с СВД ускоряет нормализацию вегетативной дистонии, снижает выраженность вегетативных проявлений, улучшает самочувствие, повышает настроение и показатели КЖ больных.

### 014. ОЦЕНКА ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО КОМПОНЕНТА БОЛЬНЫХ ГЭРБ С СИНДРОМОМ ВЕГЕТАТИВНОЙ ДИСТОНИИ

Алавия Ф.А., Хамрабаева Ф.И., Туляганова Ф.М.

Ташкентский институт усовершенствования врачей, Узбекистан

Целью работы явилось исследование внутренней картины болезни и качества жизни у больных с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью (ГЭРБ) с синдромом вегетативной дистонии (СВД).

Материалы и методы. Было обследовано 22 больных ГЭРБ с СВД. Всем больным исследовали психологические особенности и качества жизни по Шкале Пирса - Харриса. С помощью опросного и проективного методов у больных были исследованы, эмоционально-волевая сфера, самооценка и уровень притязаний. Всем исследуемым больным в динамике проведено эндоскопическое исследование пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишк, внутрижелудочная рН-метрия. Определялся исходный вегетативный тонус, вегетативная реактивность и обеспечение функций.

Результаты исследования. У исследуемых больных был выявлен высокий уровень как ситуативной, так и личностной тревожности (85.71 %), достаточно высокий уровень непродуктивной нервно-психической напряженности, заключающейся в неумеренно завышенном расходовании нервно-психических ресурсов при низком коэффициенте полезного действия (60%). Изучение особенностей самооценки и уровня притязаний показало адекватный уровень притязаний и самооценки (54.28 %). В ходе исследования мы получили среднее значение качества жизни больных по Шкале Пирса-Харриса (которая содержит в себе критерии ВОЗ). По критериям качества жизни (поведение, трудовой статус, внешность, тревожность, популярность, счастье, здоровье, психосоциальный статус) хронически больные лица, находящиеся в стационаре, в целом имеют среднее значение, что может говорить о формально удовлетворительном их состоянии.

Выводы. Таким образом, используя два разных подхода к оценке психологического компонента и состояния больного ГЭРБ с СВД, сопоставляя объективные (качество жизни) и субъективные (внутренняя картина болезни) подходы, позволят выявить их точки соприкосновения, общее и особенное, что может представить интерес в изучаемой проблеме.

### 015. ЛАЗЕРНАЯ ТЕРАПИЯ ПРИ КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ

Н.Б. Амиров, З.М. Галеева.

Кафедра общей врачебной практики Казанского государственного медицинского университета; Кафедра терапии Казанской государственной медицинской

академии; Медико-санитарная часть МВД по РТ (г. Казань).

**Цель исследования.** Изучить эффективность включения лазерной терапии (ЛТ) в комплекс лечения язвенной болезни 12 перстной кишки (ЯБ).

**Материалы и методы.** Наблюдалось 123 больных ЯБ. В комплекс терапии 89 из них была включена лазерная терапия (ЛТ). 34 пациента получавших только медикаментозную терапию составили группу сравнения. ЛТ осуществляли двумя способами: внутрисполостным - облучение язвенного дефекта с помощью световода через биопсийный канал гастроскопа – гелий-неоновый лазер (ГНЛ) и неинвазивным через переднюю брюшную стенку по соответствующим полям. неинвазивное воздействие осуществляют с помощью инфра-красного лазера ИКЛ.

**Результаты.** При сравнении групп больных установлено, что при включении в комплекс лечения ЛТ динамика клинико-лабораторных показателей значительно лучше, чем при традиционной медикаментозной терапии (ТМТ).

**Заключение.** Установлено, что включение ЛТ в комплекс лечения больных ЯБ оказывает положительное влияние на течение заболевания. Это влияние проявлялось более быстрым обратным развитием клинических симптомов заболевания, положительной динамикой лабораторно-инструментальных показателей, нормализацией содержания микроэлементов в сыворотке крови, снижением мембранной проницаемости по показателям натрий-литиевого противотранспорта в мембране эритроцитов и улучшением микроциркуляции преимущественно во внутрисосудистом отделе.

#### 016. РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ СРЕДИ РАБОТНИКОВ МВД И МЧС

Н.Б. Амиров, А.А. Визель, М.В. Потапова  
КГМУ, МСЧ МВД по РТ (Казань)

**Цель:** Изучить распространенность АГ и ФР ССЗ среди сотр. ГАИ ГИБДД и пожарников (пож.).

**Материалы и методы:** Обследовано 783 чел. в возр. от 20 до 59 лет. Из них 431(55,04%) сотр. ГАИ(413м и 18ж ср. возр.  $31,8 \pm 0,31$ г), а 352 (44,96%) пож.(350 м и 2 ж, ср. возр.  $33,9 \pm 0,39$  года). Результаты:50,6% сотр.ГАИ были курильщиками,19,5%–курильщиками в прошлом, 29,9%–не курили. 76,1% обследованных работали в условиях дорог и трасс, у 10% был отмечен профессиональный фактор стресса. 61,9% пожарников были курильщиками, 19,9%–курильщиками в прошлом, 21,2%–не курили. 91,8% обследованных работали на тушении пожаров, 6% отметили профессиональный фактор стресса. Избыточную массу тела имели 421 человек (53,8%) из них 7 ж. Среди них 251сотр. ГАИ (246м и 5ж), и 170пож. (168м и 2ж). Преожирение и ожирение 1ст. выявлено у 308 человек (39,3%), из них 179сотр. ГАИ (175м и 4ж) и 129 пож. (127м и 2ж). Ожирение 2а ст.– у 100 обсл. (12,8%), из них 65сотр.ГАИ(64м и 1ж) и 35пож., все мужчины. Ожирение 2б ст. – у 9м (1,1%) (5ГАИ и 4пож.). Ожирение 3 ст. –у 1м (0,1%) сотр.ГАИ. Среди лиц (n=421) имеющих ИМТ, доп. ФР ССЗ–курение, был у 178

сотр.ГАИ (42,3%) из них 122(29%) продолжают курить и у 142пож.(33,7%), из них продолжают курить 107 (25,4%). ССЗ в анамнезе у 13сотр.ГАИ(3%) (ГБ–11(2,6%), кардиалгии – 1 (0,2%), ПМК–1 (0,2%) и у 3пож. (0,9%) (ИБС–1(0,3%), ИБС+ГБ – 2 (0,6%).

Подъемы АД ранее отмечали 65 чел.(8,3%) (46–ГАИ (10,7%) и 19–пож. (5,4%). Головную боль отметили 279чел.(35,6%) из них редко 150–ГАИ(34,8) и 106пож.(30,1%),часто19(4,4%) и 3(0,9%) соотв. и пост. гол. боль отмечали 2 сотр.ГАИ (0,5%). 169 человек (21,6%) ощущали сердцебиение, из них редко 102 ГАИ (23,7%) и 56пож. (15,9%), 5 (1,2%) и 3 (0,9%) соотв. и 1сотр.ГАИ (0,2%) ощущал сердцебиение постоянно. Редкие боли в обл. сердца отмечали 82 сотр.ГАИ (19%) и 50 пож. (14,2%), частые боли в обл. сердца отмечали 1(0,2%) и 4 (1,2%)соотв. ЧСС более 80 в 1мин отм. у 121сотр.ГАИ(28,1%) и у 64пож.(18,2%). Из 783обсл. у 103(13,2%) АД было оптимальным (28пож.(8%) и 75ГАИ (17,4%) из них 3 ж (16,7%). Нормальное АД было у 167 человек (21,3%) (84пож. (23,9%) из них 1 ж. (50%) и 83ГАИ (19,3%) из них 9 ж. (50%). Высокое нормальное АД было у 198человек (25,3%) (178Пож.(50,6%) и 20 ГАИ (4,6%) из них 3 ж.(16,7%). I степень АГ выявлена у 183 человек (23,4%) (99пож. (28,1%) из них 1ж(50%) и 84ГАИ(19,5%) из них 1ж(5,6%). II ст.АГ–у 38человек(4,9%), все мужчины (25пож.(7,1%) и 13ГАИ(3%). IIIст.АГ – у 18человек(2,3%), все мужчины(12пож. (3,4%) и 6ГАИ (1,4%), у одного (0,2%) из них (ГАИ) САД было 212, и у девяти (1,1%) (6 Пож. и 3ГАИ (0,7%) ДАД было более 120 мм рт.ст., причем у одного человека ДАД было 134 мм рт.ст. ИСАГ выявлена у 131 человека (16,7%) (75пож. (21,3%) и 56ГАИ (13%) из них 1 ж (1,3%).

**Обсуждение:** Повышенное АД выявлено у 370 человек (47,3% из обсл.) (221пож.(62,8%) из них 1ж и 159ГАИ (36,9%) из них 2ж. Большинство из обсл. составляли мужчины(97,4%). Обследуемые имели несколько ФР ССЗ:мужской пол(97,4%), ожирение (53,8%),курение(70,1%-81,8%), АГ(47,3%), наличие в анамнезе ССЗ,АГ,2ФР развития ССЗ выявлены у 70,1% сотр.ГАИ и 81,8%пож. 3ФР выявлены у 53,8%, 4ФР у 47,3%. Эти факты свидетельствуют о необходимости 100% охвата медосмотром как сотр. ГАИ, так и сотр.МЧС с целью раннего выявления ФР ССЗ и манифеста АГ. Учитывая высокую выявляемость АГ и других ФР среди этих подразделений МВД и МЧС необходимо проведение целенаправленной диспансеризации, с разработкой специальных программ, среди всех подразделений МВД и МЧС.

**Выводы.** 1. АГ является распространенным заболеванием как среди сотр. ГАИ (23,9%), так и среди пож. (38,6%). 2. При выявлении АГ необходимо углубленное обследование для определения стадии заболевания и назначения адекватной профилактики и терапии.

#### 017. ЭФФЕКТИВНОСТЬ АТОРВАСТАТИНА ПРИ КОРРЕКЦИИ ДИСЛИПИДЕМИИ

Амиров Н.Б.

Кафедра общей врачебной практики Казанского государственного медицинского университета Клинический госпиталь МВД по РТ (г. Казань, Россия)

Цель исследования: оценить гипополидемический эффект препарата аторвастатин на начальном этапе проведения липидоснижающей терапии.

Методы исследования: В исследование включено 50 пациентов. Среди них 18 женщин, средний возраст 60,2±7,2 лет, 32 мужчин, средний возраст 54,4±6,4 лет. Пациенты были комплексно обследованы в условиях терапевтического отделения. Критериями включения в исследование были: документированная ИБС (стабильная стенокардия напряжения, постинфарктный кардиосклероз), уровень общего холестерина (ОХ) более 5,0 ммоль/л, содержание холестерина ЛПНП более 3,0 ммоль/л, концентрация триглицеридов (ТГ) сыворотки крови не более 3,5 ммоль/л. Наличие ИБС было подтверждено у 31 пациента (62%), 17 из них перенесли документально подтвержденный инфаркт миокарда различной давности. У 12 пациентов (24%) выявлены нарушения сердечного ритма. У 38 пациентов была артериальная гипертензия (76%). Длительность артериальной гипертензии составила 10,4±7,6 лет. 3 пациента перенесли ОНМК (6%). Проведенные исследования (ЭХОКС, УЗДГ сосудов) выявили наличие атеросклероза аорты у 28 пациентов (56%), брахиоцефальных артерий у 16 пациентов (32%), артерий нижних конечностей у 2 пациентов (4%). 30 пациентов были с избыточной массой тела (60%). Всем пациентам с гипополидемической целью был назначен аторвастатин в дозе 10 мг в сутки. Пациенты наблюдались в течение 1 месяца. Для оценки эффективности терапии после 1 месяца терапии проводился биохимический анализ крови с определением липидного спектра и ФПП. Для исключения возможного влияния статинов на функциональные пробы печени, мы оценили динамику АЛТ, АСТ на фоне лечения. Анализ ФПП проводился до лечения и через 1 месяц терапии аторвастатином.

Результаты: Гипополидемическая терапия, проведенная в течение 30 дней позволила снизить уровень общего холестерина с 6,30±0,91 до 4,84±0,71 ммоль/л (на 23,7 %), при этом уровень ЛПНП уменьшился с 4,38±0,61 до 2,73±0,87 ммоль/л (на 37,6%), а уровень ЛПВП увеличился с 1,37±0,28 до 1,51±0,34 ммоль/л (10,2%). Исходный уровень АСТ составил 20,2±0,24, а через 1 месяц- 19, 8±0, 65 ед/л (при норме от 9,0 до 48 ед/л). Уровень АЛТ тоже не претерпел значительных сдвигов – с 20,3 ±0,34 до 21,4± 0,23 ед/л (при норме 5,0-49 ед/л). Это позволяет сделать вывод о том, что на фоне лечения аторвастатином в суточной дозе 10 мг в течение 1 месяца существенных изменений ФПП не выявлено.

Выводы: Гипополидемическая терапия аторвастатином в течение первого месяца лечения приводит к достоверному снижению общего холестерина, холестерина ЛПНП, триглицеридов и повышению концентрации ЛПВП. Влияния на функциональные показатели печени не выявлено.

#### 018. КОМБИНИРОВАННАЯ ТЕРАПИЯ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Амиров Н.Б., Горнаева Л.И., Сабиров Л.Ф., Фролова Э.Б.

Кафедра общей врачебной практики Казанского государственного медицинского университета, Клинический госпиталь МВД по РТ (г. Казань, Россия)

Цель исследования: оценить антигипертензивную активность фиксированной комбинации периндоприл 2 мг + индапамид 0,625 мг в сутки при лечении больных с впервые выявленной артериальной гипертензией.

Методы исследования: В исследование включено 64 пациента с эссенциальной артериальной гипертензией (АГ). Среди них 34 женщины, средний возраст 46,7±9,6 лет, 30 мужчин, средний возраст 48,4±10,2 лет. Исходный уровень систолического артериального давления (САД) составил в среднем 158,4±3,7 мм рт. ст., уровень диастолического АД (ДАД) – 98,7±2,7 мм рт. ст. Пациенты были комплексно обследованы по разработанному алгоритму обследования больных с АГ (ЭКГ, ЭхоКГ, СМАД, ОАК, мочевины, креатинин, глюкоза, мочевины, кислоты, электролиты). Всем пациентам с гипотензивной целью был назначен комбинированный гипотензивный препарат (периндоприл + индапамид). Каждые 2 недели оценивали эффект терапии с коррекцией, терапии при необходимости. При достижении достаточного эффекта продолжалась терапия комбинированным препаратом в подобранной дозировке. При отсутствии эффекта в течение каждых 2-х недель проводилось титрование дозы препарата. Пациенты наблюдались в течение 4 недель. Для оценки эффективности терапии после каждых 2 недель терапии проводили суточное мониторирование АД.

Результаты: терапия фиксированной комбинацией периндоприл 2 мг и индапамид 0,625 мг, проведенная в течение первых 2-х недель была эффективной у 34 пациентов (53,1 %). В этой группе пациентов отмечено достоверное снижение уровня САД за сутки, день и ночь соответственно на 16,5, 16,0 и 12,5 мм рт. ст. Среднесуточное, дневное и ночное ДАД снизилось соответственно на 10,2, 8,8 и 11,4 мм рт.ст. Уменьшился также индекс вариабельности САД на 27,5%, ДАД на 30,0%, что доказывает уменьшение гипертонической нагрузки на фоне монотерапии индапамидом. На II этапе, оставшимся 30 пациентам, не достигшим целевых цифр АД на начальном этапе, доза препарата была увеличена вдвое. У 20-ти из них, что составило 31,3% от всех пациентов, взятых под контроль, было достигнуто снижение АД до целевых значений. 10 пациентам, у которых терапия периндоприлом 4 мг + индапамидом 1,25 мг в сутки оказалась недостаточно эффективной был продолжен подбор терапии с присоединением к лечению антагонистов кальция (амлодипина в дозе 5 мг/сут). Переносимость препаратов была хорошей. Случаев отмены из-за развития побочных эффектов не было.

Заключение. Результаты клинического наблюдения позволяют сделать вывод о хорошей переносимости и высокой гипотензивной активности комбинированного препарата периндоприл + индапамид у больных с мягкой и умеренной гипертензией. Не выявлено влияния препарата на метаболические процессы. Добавление амлодипина к фиксированной комбинации позволяет усилить гипотензивный эффект и добиться целевых значений АД.

### 019. ГЕНДЕРНЫЕ РАЗЛИЧИЯ У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ

Андреева И.С., Овтина М. И., Васильева Н. П., Опалинская И. В.

Чувашский государственный университет им. И.Н. Ульянова, Чебоксары

У женщин фертильного возраста риск развития сердечно – сосудистых заболеваний (ССЗ) ниже, чем у мужчин, но после наступления менопаузы такое различие нивелируется. Долгое время проблеме ИБС и ОКС у женщин уделялось недостаточно внимания.

Целью исследования явилось изучение гендерных особенностей у больных ОКС.

Материалы и методы: обследовано 60 пациентов с ОКС (30 мужчин и 30 женщин), находившихся на лечении в инфарктном отделении Регионального сосудистого центра с октября 2008 по март 2009г.

Исследование включало проведение клинического, лабораторно - инструментальные обследования, изучение уровня депрессии по шкале центра эпидемиологических исследований США (CES-D).

Результаты исследования. Средний возраст мужчин, больных ОКС, составил  $59 \pm 1,7$  лет, средний возраст женщин –  $67 \pm 0,5$  лет. Все женщины находились в менопаузе. Средний возраст наступления менопаузы  $48,5 \pm 1,2$  лет. Пациентки с ОКС чаще, чем мужчины имели отягощенную наследственность по артериальной гипертензии (АГ) - 90% против 67%, ( $p < 0,05$ ), ИБС (66% против 57%,  $p < 0,05$ ), сахарному диабету 2 типа (СД) (31% против 20%,  $p < 0,05$  ). АГ как фактор риска отмечена у 93% женщин и только у 53% больных мужчин,  $p < 0,05$ . СД 2 типа также чаще встречался в группе пациенток с ОКС (38% против 10% у мужчин,  $p < 0,05$ ), у  $\frac{1}{4}$  женщин с СД симптомы ИБС возникли до 50 лет, в то время как средний возраст манифестации ИБС у женщин составил  $62 \pm 1,3$  лет.

У женщин достоверно чаще встречался атипичный характер болей (12% против 3 % у мужчин,  $p < 0,05$ ). Среди провоцирующих факторов развития ОКС у женщин были стресс (48%), повышение АД (27%), у мужчин – стресс (37%) и физическая нагрузка (37%).

ОКС с подъемом сегмента ST отмечен у 40% у мужчин и у 34% женщин. Наиболее частыми осложнениями у них были – ранняя постинфарктная стенокардия (40% против 27% у мужчин,  $p < 0,05$  ), суправентрикулярные нарушения ритма (19% против 7%,  $p < 0,05$ ). У мужчин - желудочковые аритмии (20% против 9%,  $p < 0,05$ ). Уровень ЛПВП был выше у женщин по сравнению с мужчинами ( $1,29 \pm 0,07$  ммоль/л и  $1,02 \pm 0,03$  ммоль/л,  $p < 0,05$ ). У 47% больных мужчин отмечен IIв тип дислипидемии, у женщин чаще наблюдался IIа (45%). Систолическая дисфункция левого желудочка, как маркер неблагоприятного прогноза, чаще встречалась в группе мужчин, чем женщин (47% и 27% соответственно,  $p < 0,05$ ). Клинически значимая депрессия ( $> 18$  баллов) в 2 раза чаще выявлялась у пациенток с ОКС (41% против 20% у мужчин,  $p < 0,05$ ). Системный тромболитический проведен у 20% мужчин и 17% женщин, а имплантация стентов - 23% мужчин и только 3% женщин,  $p < 0,05$ .

Выводы:

1. ИБС и ОКС развивается у женщин в более позднем по - сравнению с мужчинами возрасте ( $62 \pm 1,4$  года и  $51 \pm 0,8$  года соответственно)

2. Факторами риска развития ОКС у женщин являются – ранняя менопауза, СД 2 типа, отягощенная наследственность, АГ; у мужчин - курение, дислипидемия.

3. Провоцирующими факторами развития ОКС у женщин являются стресс, подъем артериального давления, у мужчин – физическая нагрузка, стресс и прием алкоголя.

4. Осложнениями ОКС у женщин были ранняя постинфарктная стенокардия, суправентрикулярные аритмии. У мужчин – жизнеопасные желудочковые аритмии и систолическая дисфункция левого желудочка.

### 020. НПВП-ГАСТРОПАТИИ В КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ РЕВМАТОЛОГА

Антонян А.А., Кашкина Е.И., Ребров А.П., Лякишева Р.В., Осипянц Р.А.

Кафедра госпитальной терапии лечебного факультета ГОУ ВПО

Саратовский ГМУ им В.И. Разумовского Росздрава, г. Саратов.

Актуальность. Одной из важнейших проблем, связанных с использованием нестероидных противовоспалительных препаратов (НПВП), является их повреждающее действие на желудочно-кишечный тракт. Широкое применение НПВП, а также необходимость их длительного приема, обуславливают широкое распространение НПВП-гастропатии. Эрозивно-язвенные поражения желудка и двенадцатиперстной кишки обнаруживаются при эндоскопическом исследовании практически у 40% больных, длительно принимающих НПВП, и нередко осложняются кровотечением. В связи с этим представляется актуальным своевременное выявление, лечение и проведение адекватной профилактики НПВП-гастропатии.

Цель исследования: оценить факторы риска развития, частоту встречаемости НПВП-гастропатии, провести анализ тактики ведения пациентов ревматологического профиля, на амбулаторном этапе, принимающих НПВП.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ амбулаторных карт пациентов с ревматологическими заболеваниями ( $n=200$ ), находившихся на диспансерном наблюдении у ревматологов г. Саратова.

Результаты. Среди нозологических форм, по поводу которых наблюдались пациенты, основную долю составил ревматоидный артрит (67,3%). Несколько реже встречались остеоартроз (8%), анкилозирующий спондилит (6,7%), недифференцированный артрит (2,5%). Реактивный артрит, подагра, системные заболевания соединительной ткани отмечались менее чем в 2% случаев. Консультации ревматолога в среднем проводились 3-4 раза в год (ежемесячно приходили на прием около 2% пациентов).

Пациенты, принимавшие НПВП ( $n=194$ ), в основном были старше 40 лет (86%), из них 74,7% - женщины. Монотерапия НПВП назначалась в 36% случаев, 64%

больных получали НПВП в сочетании с глюкокортикостероидами (ГКС) и базисными противовоспалительными препаратами. Длительность ревматологических заболеваний составила в среднем 5,9 лет, продолжительность приема НПВП - 3,7 года.

Назначаемые НПВП за анализируемый период: нимесулид (найз) - 42,7% случаев, мовалис - 32%, диклофенак - 16,7%, кеторол - 9,3%. Ежедневно принимали НПВП 21% больных, 4-5 раз в неделю - 6%, 3 раза в мес. - 9%, курсами 3-4 раза в год - 56%.

Среди факторов риска развития НПВП-гастропатии (n=194) нами выявлены: возраст старше 60 лет - в 22,2% случаев, анамнез язвенной болезни - в 2%, прием двух и более НПВП одновременно - в 4,9%, сочетанный прием НПВП с ГКС - в 65,9%, наличие *H.pylori* - у 1,5% больных.

Больным принимавшим НПВП, консультация гастроэнтеролога проводилась в 44% случаев. ФГДС за весь период наблюдения выполнялась однократно у 53,6% больных, ежегодно - у 1,5%. Эндоскопическое исследование не проводилось в 33,5% случаев. НПВП-индуцированные эрозивно-язвенные поражения по данным ФГДС выявлены у 21,4% больных (n=42), при этом язвы 12-перстной кишки зарегистрированы в 7,1% случаев, язвы желудка - в 19%, эрозии желудка - в 73,8%.

Исследование на *H.pylori* ревматологическим больным, принимавшим НПВП, выполнялось в 3,6% случаев, эрадикационная терапия проводилась в 13% случаев.

В качестве гастропротекторов использовались ингибиторы протонной помпы у 83% больных, H<sub>2</sub>-гистаминоблокаторы - у 1%. Не получали гастропротективную терапию - 16% пациентов.

**Выводы:** Таким образом, гастропротекция больным, принимающим НПВП, в основном селективные ингибиторы ЦОГ-2, ревматологами назначается более чем в 80% случаев. Для профилактики и лечения НПВП-гастропатии используются ингибиторы протонной помпы. Определение *H.pylori* и проведение эрадикационной терапии у ревматологических пациентов на амбулаторном этапе остается на низком уровне.

### 021. КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ БОЛЬНОГО С АДЕНОКАРЦИНОМой ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ.

Антонян А.А., Кашкина Е.И., Лякишева Р.В., Маркова А.А.

ГОУ ВПО «Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Росздрава», г. Саратов, Россия

**Цель исследования.** Провести анализ клинического случая аденокарциномы поджелудочной железы.

**Материалы и методы.** Для определения особенностей течения рака поджелудочной железы изучена клиническая картина данного заболевания у больного Б.

**Результаты и их обсуждение.** Больной Б., 51 года поступил в терапевтическое отделение Саратовской областной клинической больницы 7.12.09 г. с жалобами на ноющие боли в верхних отделах живота, изжогу, слабость, которые впервые появились в 2005 г. При обследовании была диагностирована язвенная болезнь

желудка. С августа 2007 г. - усиление болевого синдрома, присоединение рвоты, снижение массы тела на 15 кг за 2 месяца; при ультразвуковом исследовании органов брюшной полости выявлено образование в головке поджелудочной железы размерами 27×21 мм. В онкологическом диспансере выполнена его биопсия с последующей эксплоративной лапаротомией. При гистологическом исследовании биоптата диагностирована высоко- умереннодифференцированная аденокарцинома. Выставлен диагноз карциномы поджелудочной железы T4N1M0 с распространением на чревный ствол, верхнюю брыжеечную артерию. Проводилось 4 курса химиотерапевтического лечения 5-фторурацилом. В 2008 г. по данным ультразвукового исследования органов брюшной полости опухоль поджелудочной железы уменьшилась в размерах до 21×21 мм. В течение 2-х летнего наблюдения состояние больного оставалось удовлетворительным, лабораторные показатели - без патологии. При госпитализации в Саратовскую областную клиническую больницу в декабре 2009 г. объективно отмечаются бледность кожных покровов, болезненность при пальпации в верхних отделах живота. При обследовании выявлены повышение липазы и амилазы крови, диастазы мочи более 3-х норм, увеличение опухоли поджелудочной железы в размерах по данным ультразвукового исследования и компьютерной томографии органов брюшной полости (43×36 мм), прорастание аденокарциномы в желудок. Данных за отдаленные метастазы не получено.

Таким образом, данное клиническое наблюдение демонстрирует рак поджелудочной железы с относительно благоприятным, медленно прогрессирующим течением (3 года с момента верификации аденокарциномы 4 стадии). Особенности данного случая является отсутствие интенсивного болевого синдрома, признаков холестаза, паранеопластических синдромов, характерных для аденокарциномы данной локализации.

### 022. ДИНАМИКА ОСНОВНЫХ ПАРАМЕТРОВ ЭХОКАРДИОГРАФИИ И ЛЕГОЧНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У БОЛЬНЫХ ИДИОПАТИЧЕСКИМИ ИНТЕРСТИЦИАЛЬНЫМИ ПНЕВМОНИЯМИ, ПОЛУЧАВШИХ АКТИВНУЮ ИММУНОСУПРЕССИВНУЮ ТЕРАПИЮ

Архангельская Е.Е., Каргальская О.Г., Пономарева Е.Ю.

Кафедра госпитальной терапии СГМУ им. В.И. Разумовского, г. Саратов

Идиопатические интерстициальные пневмонии (ИИП) - группа заболеваний с неустановленной этиологией, характеризующиеся негнойным воспалением интерстиция и респираторных пространств с исходом в фиброз и прогрессированием дыхательной недостаточности. При хроническом течении заболевания развивается легочная гипертензия и гипертрофия правых отделов сердца, формируется хроническое легочное сердце с развитием недостаточности кровообращения по большому кругу.

**Целью данной работы** явилось изучение основных параметров ремоделирования миокарда и оценки

легочной гипертензии (ЛГ) методом эхокардиографии (ЭхоКГ) у больных ИИП, получавших активную иммуносупрессивную терапию, в динамике на протяжении 5 лет.

**Материалы и методы.** Проведен проспективный анализ 32 больных (8 мужчин и 24 женщины, возраст от 31 до 71 года,  $53 \pm 1,88$  лет) с ИИП, находившихся на госпитализации в отделении пульмонологии ОКБ в течение 5 лет (с 2003 по 2008 г.г.). Средняя продолжительность заболевания ИИП составила  $4,09 \pm 2,46$  лет. У большинства больных имелось хроническое течение заболевания, у 4 - подострое, у 3 - острое по началу заболевания. У 24 больных диагностирована минимальная активность заболевания, у 3 - умеренная, у 1 - высокая степень активности ИИП. Всем пациентам проводились рентгенография или компьютерная томография высокого разрешения органов грудной клетки. Морфологическая верификация проводилась в 24 случаях: преобладали пациенты с гистологической картиной обычной интерстициальной (54,2%) и лимфоцитарной пневмонии (25%). Всем пациентам неоднократно проводилось эхокардиографическое исследование на аппарате Philips HD 11 XE. Все пациенты получали иммуносупрессивную терапию: большинство больных находились на программной высокодозовой пульс-терапии преднизолоном (1000 мг в/в) с последующим назначением 30 мг преднизолона внутрь (26 пациентов); из них в сочетании с циклофосфамидом (ЦФ) 500 мг/м<sup>2</sup> - у 19 пациентов. Лечение системными глюкокортикоидами (ГКС) без проведения пульс-терапии в связи с минимальной активностью процесса и/или преобладанием фиброза легочной ткани проводилось у 6 человек.

**Результаты исследования.** За время 5-летнего наблюдения и лечения у большинства больных (28 пациентов) отмечена положительная динамика: значительно уменьшились одышка и кашель, нормализовалась температура тела; по данным контрольной рентгенографии и компьютерной томографии высокого разрешения исчезла картина «матового стекла». При динамической ЭхоКГ у больных ИИП на протяжении 5 лет средний показатель СДЛА существенно не возрастал ( $37,25 \pm 1,54$  и  $39 \pm 2,04$  мм рт.ст.  $p = 0,77$ ). Отмечено ремоделирование правых отделов сердца: дилатация правого желудочка (более 2,5 см) выявлена у 15 больных, увеличение полости правого предсердия более 3,3 см - у 22 пациентов, при этом существенных изменений этих параметров в течение 5 лет не наблюдалось. При изучении параметров, характеризующих левые отделы сердца, было выявлено утолщение задней стенки левого желудочка (ЛЖ) и межжелудочковой перегородки у 4-х пациентов. Диастолическая дисфункция ЛЖ установлена у 84,6%, правого желудочка у 23% больных, при этом эти параметры не ухудшались на протяжении 5 лет.

**Выводы.** По данным ЭхоКГ в динамике у пациентов с ИИП, получавших в период наблюдения активную иммуносупрессивную терапию, не отмечено значимого увеличения легочной гипертензии и изменений основных параметров ремоделирования миокарда, что указывает на эффективность проводимой терапии.

### 023. ОЦЕНКА ХРОНИЧЕСКОЙ ТОКСИЧНОСТИ И ГЕПАТОТОКСИЧНОСТИ НОВЫХ ФРАКЦИЙ ПРОАНТОЦИАНИДИНА «ЖАНТАРИД»

Арыстанова Л.\*, Ильясова Б.С.\*\*

Казахстанский медицинский университет\*, НИИ кардиологии и внутренних болезней МЗ РК \*\*, г. Алматы, Республика Казахстан

Жантарид – фармацевтическое средство, состоящее из биологически активного комплекса. Действующим веществом препарата является полифлаван – полимерный проантоцианидин на основе (+) и (-)-эпикатехина, эпигалокатехина C<sub>4</sub>-C<sub>8</sub> (или C<sub>6</sub>)-формой связи. Сырьем для получения алхидина служит верблюжья колючка киргизская (Alhagi Kirgisorum Srenk). Путем дополнительной очистки и фракционирования жантарида были получены вещества БВВ, ВВ1, ВВ2, ВКА, ВКНРВОН<sub>3</sub>.

**Цель исследования.** Изучить гепатотоксичность новых лекарственных веществ БВВ, ВВ1, ВВ2, ВКА, ВКНРВОН<sub>3</sub>

**Материалы и методы.** Исследования были проведены на 180 крысах – самцах линии «Август». Каждый из препаратов вводился ежедневно внутрибрюшинно в дозировках 700 мг/кг, 725 мг/кг, 750 мг/кг массы тела животных. Выяснилось, что однократное введение препаратов в дозе 500 мг/кг веса животных не вызывало каких-либо видимых изменений в состоянии здоровья животных, поэтому хроническая токсичность изучалась в диапазоне доз 500-750 мг/кг массы тела животных. Исследования каждого из препаратов БВВ, ВВ1, ВВ2, ВКА, ВКНРВОН<sub>3</sub> проводились на группе из 30 животных: по 10 животных на каждую исследуемую дозировку препаратов. Контрольную группу составили крысы из также их 30 животных. Контрольным животным водилась вода в объеме вводимых препаратов. Исследования продолжались 30 дней и включало клинические и морфологические исследования, исследования АЛТ (аланинаминотрансфераза) и АСТ (аспартатаминотрансфераза) в плазме крови, каталазы в печени и эритроцитах, уровень шиффовых оснований, цитохромов P-450 и b-5 в печени, содержание витаминов Е в печени и плазме крови.

**Результаты и обсуждение.** Препараты БВВ, ВВ1 в дозе 700 мг/кг, препараты ВВ2, ВКА, ВКНРВОН<sub>3</sub> в дозе 725 мг/кг массы животных стимулировали тканевое дыхание и, как следствие, оказывали четкое биостимулирующее действие (повышение уровня гемоглобина в гепатоцитах витамина Е и т.д.). Однако ВКНРВОН<sub>3</sub> в дозе 725 мг/кг вызывал неблагоприятные биохимические сдвиги, а при повышении дозы до 750 мг/кг наблюдались морфологические изменения. БВВ, ВВ1 в дозе 700 мг/кг и ВВ2, ВКА в дозе 725 мг/кг нарушали биохимические процессы, причем эти сдвиги сопровождалась минимальными морфологическими изменениями.

**Заключение.** Препараты ВВ2, ВКА менее токсичны, чем ВКНРВОН<sub>3</sub> и БВВ, ВВ1. Препараты ВВ2 и ВКА вызывают первые токсические изменения на молекулярном уровне в дозе 750 мг/кг массы тела, что позволяет назвать средней суточной дозу терапевтическую дозу 700 мг/кг веса и высшей 725 мг/кг

веса. Препараты ВКНРВО№3 и БВВ, ВВ1 вызывают токсические изменения в дозе 725 мг/кг веса, в связи с чем высшая терапевтическая доза для данных препаратов составляет 700 мг/кг веса, а средняя должна быть определена при исследованиях более низких доз: от 675 мг/кг веса и ниже. Биохимические сдвиги при введении токсических доз препаратов значительно опережают первые морфологические и клинические проявления патологии.

#### 024. СОВРЕМЕННАЯ ПРОБЛЕМАТИКА ЗДОРОВЬЯ ЧЕЛОВЕКА, ОЦЕНКИ ЕГО СОСТОЯНИЙ И ВОССТАНОВЛЕНИЯ

Аухадеев Э.И., Бодрова Р.А.

Кафедра реабилитологии и спортивной медицины КГМА

Понимание того, что представляет собой здоровье и болезнь-нездоровье, вместе с тем – знание о проявлениях этих состояний имеет многовековую историю. Это продолжает оставаться актуальной теоретической и практической проблемой, начиная с самых ранних периодов зарождения медицины, когда господствовали мистические представления о сущности этих явлений, до современного её состояния, когда получили развитие «нанотехнологии» исследования организма человека, современные психологические и социально-медицинские технологии. Рубеж 20-го и 21-го веков в связи с исключительными достижениями информатики ознаменовался появлением новых подходов к решению этой проблемы, объединяющих творческие усилия мировой общественности.

В 1980 году Всемирной организацией здравоохранения в дополнение к Международной классификации болезней – МКБ-10 предложена разработанная большим числом ученых и практиков разных стран «Международная классификация последствий заболеваний и травм: нарушений, ограничений жизнедеятельности и социальной недостаточности» – МКН (International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps – ICDH). В ней сформулировано понятие последствий заболеваний и классифицированы их проявления. Это – а) нарушения структур и функций организма человека, б) ограничения его жизнедеятельности как индивидуума и в) социальная недостаточность человека как личности. Концепции ICDH (МКН) легли в основу создания современного технологического инструмента оценки состояния индивидуального здоровья, обусловленного болезнью, и инструмента, обеспечивающего эффективное государственное регулирование решения самого широкого круга социальных проблем, связанных со здоровьем и качеством жизни людей, социально-экономическим благополучием общества.

Дополнения, сделанные специалистами многих стран, нашли свое отражение в новом документе ВОЗ, предложенном мировому сообществу и опубликованном в 2001 году. Это «Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья» – МКФ (International Classification of Functioning, Disability and Health – ICFDH).

МКФ вводит определения «составляющих здоровья», «доменов здоровья» и «доменов, связанных со

здоровьем». Домен – это сфера проявления признаков здоровья или нездоровья (болезни), факторов и условий, определяющих эти состояния. Это практический и значимый для характеристики здоровья набор: а) взаимосвязанных физиологических функций и анатомических структур; б) действий, задач и сфер жизнедеятельности; в) внешних природных и культурных условий; г) внутренних, индивидуально-психологических особенностей. По мнению экспертов ВОЗ, МКФ ушла от классификации «последствий болезней» (концептуальной позиции ICDH – МКН), чтобы стать классификацией «составляющих здоровья».

МКФ отличается от МКН наличием класса факторов, определяющих состояние здоровья или нездоровья – «Факторы контекста». Контекстные факторы представляют собой полную обстановку, в которой живет и существует индивид. Они включают факторы окружающей природной и социально-культурной среды и личностные факторы, которые могут влиять на индивида с изменением здоровья, на показатели здоровья (состояние функций и структур организма) и показатели, связанные со здоровьем этого индивида (его активность и участие в реальной жизненной ситуации).

Личностные факторы в МКФ хотя и выделены как класс факторов, определяющих здоровье, однако не расшифрованы, не детализированы и в настоящее время в оценке здоровья и болезни по данной классификации не применяются. Тем не менее, они включены в схему структуры МКФ, чтобы отметить тот важный вклад, который может оказывать их влияние на конечный результат оценки здоровья и болезни, различных лечебных и реабилитационных вмешательств. Это представляют собой актуальную проблему дальнейшего методологического и технологического совершенствования Классификаций – создания Классификации «нового поколения», в подлинном смысле целостно и системно, глубже раскрывающей проблему формирования, охраны и восстановления здоровья и дееспособности человека-личности.

На кафедре реабилитологии и спортивной медицины Казанской государственной медицинской академии, опираясь на современные концепции «интеграции знаний в науках о человеке» (Б.А. Никитюк), ведутся разработки класса «составляющих здоровья», представленных личностными и антропологическими факторами, определяя в них позитивные или негативные аспекты состояний: способствующие или препятствующие свойства.

На их основе создаются личностно ориентированные технологии восстановительного лечения и реабилитации больных и инвалидов, в которых наряду с методами реализации биологических и психологических конституциональных, врожденных и приобретенных, потенциалов – ведущее значение придается методам организации и активизации интеллектуальных и духовно-нравственных потенциалов личности.

При этом исследуется, оценивается, целенаправленно организуется «моторика – биодинамическая ткань организма» (Н.А. Бернштейн), во многом определяющая биологический и психологический потенциал человека. Исследуется и

реализуется аксиологический и акмеологический потенциал личности, структура деятельности – ядро личности (А.Н. Леонтьев), смысловая структура сознания (А.О. Прохоров), коммуникативная культура и ряд других характеристик.

### 025. ФАРМАКОЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЙ МОНИТОРИНГ ТЕРАПИИ СТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИИ В РЕСПУБЛИКЕ ТАТАРСТАН.

Ацель Е.А., Газизов Р.М., Голубцова С.В.

Кафедра терапии и семейной медицины ГОУ ДПО «КГМА Росздрава».

Актуальность. Проблема нерационального использования лекарственных средств (ЛС) повсеместна и характерна не только для России. По данным Всемирной организации здравоохранения, более 50% всех ЛС назначаются нерационально, 50% пациентов неправильно принимают ЛС, при этом треть населения земного шара не имеют доступа к жизненно важным ЛС.

Цель исследования: 1) изучение структуры назначений ЛС при стабильной стенокардии (СС) в стационарных учреждениях республики Татарстан (РТ); 2) оценка рациональности фармакотерапии СС в стационарных учреждениях РТ.

Материал и методы. Применена базовая методика фармакоэпидемиологии – качественный обзор использования препаратов (Drug Utilization Review - DUR). По специально разработанной индивидуальной регистрационной карте проведен ретроспективный анализ медицинской документации (476 историй болезни пациентов с диагнозом: ИБС. Стенокардия напряжения II или III функционального класса, обратившихся за медицинской помощью в стационарные лечебные учреждения РТ в период с 2006 по 2008 г.г.).

Учитывалось наличие показаний для назначения данного класса ЛС, адекватность дозирования и продолжительность лечения, наличие клинически значимых лекарственных взаимодействий, полипрагмазия, документированность состояния пациента, включая соматический статус в начале лечения и динамику в процессе терапии. ЛС кодировались в соответствии с АТС (Anatomical Therapeutic Chemical) классификацией.

Среди изученных пациентов 45% составляли женщины, 55% - мужчины. Возраст пациентов варьировал от 51 до 81 года (в среднем 69 лет).

ИБС. Стенокардией напряжения II функционального класса страдали 38% пациентов, III функционального класса - 62% пациентов. У 43,9% пациентов зафиксированы нарушения сердечного ритма, у 9% пациентов – нарушения проводимости. У 34% пациентов в анамнезе был перенесенный инфаркт миокарда, приведший к формированию аневризмы сердца у 9% пациентов. 10,9% пациентов страдали атеросклерозом сосудов нижних конечностей. Гипертоническая болезнь была зафиксирована у 73,9% пациентов, хроническая сердечная недостаточность (ХСН) I стадии – у 35,9%, II стадии – у 43,9% пациентов.

Результаты исследования. Диагноз ИБС. Стенокардия напряжения II или III функционального класса в 28,9% случаев выставлялся только на основании жалоб, данных анамнеза и объективного статуса, в 71,1%

случаев – на основании жалоб, данных анамнеза, объективного статуса и данных лабораторных и инструментальных методов исследований. Документированность состояния пациента, включая анамнез и объективный статус в начале лечения и динамику в процессе терапии была удовлетворительной в 80,9% случаев.

На протяжении 2006-2008 г.г. врачи отдавали предпочтение следующим препаратам. Частота применения антиагрегантов, представленных ацетилсалициловой кислотой, в 0,9% назначенной в дозе, не соответствующей современным рекомендациям, составила 70%. В 32,9% случаев необоснованно назначался нефракционированный гепарин.

Антиангинальные препараты назначались в 75,8% случаев. Среди них нитраты занимали первое место во врачебных назначениях (59%), затем по популярности следовали  $\beta$  – адреноблокаторы (54%), в 94% представленные атенололом, который назначался в дозе ниже средней терапевтической и в 5% случаев вызывал развитие выраженной артериальной гипотензии. Реже назначались блокаторы медленных кальциевых каналов (9,6%): дигидропиридинового ряда (52,8%) в дозах ниже средних терапевтических и недигидропиридинового ряда (47,2%).

Гиполипидемические препараты, представленные статинами, назначались только в 1% случаев.

Ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента, назначенные в 58,8% случаев, в 5% случаев вызывали стойкую артериальную гипотензию.

В качестве миокардиального цитопротектора в 5% случаев был назначен триметазидин.

Для коррекции ХСН и урежения частоты сердечных сокращений в 11,1% случаев были назначены сердечные гликозиды, которые в 5,3% случаев вызывали выраженную брадикардию. В терапии ХСН применялись диуретики, в 64,7% случаев представленные петлевыми диуретиками (фуросемид), в 17,6% - альдактоном, в 17,6% тиазидными диуретиками.

Антиаритмики назначались в 10% случаев. В половине случаев они были представлены амиодароном, который назначался в дозе ниже средней терапевтической.

Случаев нерациональных комбинаций препаратов выявлено не было.

Полипрагмазия. В 11,8% случаев было назначено 2 препарата, в 22,8% - 3, в 38,8% - 4, в 19,9% - 5, в 6,7% - 6 препаратов.

Выводы. 1) Структура применения ЛС у пациентов со СС на стационарном этапе далека от оптимальной и отличается от существующих рекомендаций по медикаментозной терапии данного заболевания. 2) Для улучшения качества оказания медицинской помощи пациентам со СС необходима разработка и внедрение образовательных программ научными обществами, повышение доступности для врачей-терапевтов, врачей общей практики, кардиологов литературы, освещающей с современных позиций проблему лечения СС, разработка федеральных стандартов и системы контроля качества оказания медицинской помощи пациентам со СС.

## 026. ИССЛЕДОВАНИЯ ГЕПАТОТРОПНОГО ДЕЙСТВИЯ ПРОТОПИНА И ГЕПАТИНА

Ашурова Ф.К.

Ташкентская медицинская академия, г. Ташкент, Узбекистан

**Цель:** Изучить влияние протопина и гепатина на метаболическую функцию печени в условиях экспериментального острого токсического гепатита.

**Материалы и методы:** Опыты проведены на 32-х мышках, самцах массой 20-22 г. Токсический гепатит вызывали введением внутрь двукратно  $CCl_4$ , разведенного подсолнечном масле в дозе 100 мг/кг массы мышей. Опытным животным протопин и гепатин вводили внутрь один раз в день в течение 3-х дней в дозе 1 мг/кг и 25 мг/кг соответственно. Спустя 24 часа после третьего введения испытуемых вещество проводили тест «гексеналовый сон», при этом гексенал вводили внутривенно в дозе 70 мг/кг и учитывали продолжительность бокового положения мышей в минутах.

**Результаты и их обсуждение:** при исследовании действия протопина и гепатина на показатели печени при острой  $CCl_4$  - ной интоксикации выявлено, что резко угнетается монооксигеназная ферментная система участвующая в детоксикации ксенобиотиков в гепатоцитах. Продолжительность гексеналового сна у мышей с интоксикацией увеличивается в 2,4 раз при сравнении с интактными животными (контроль-36,7±3,74 мин, гепатит-87,3±5,68 мин). Трехдневное введение изучаемых препаратов опытными животными выражено уменьшает продолжительность гексеналового сна по отношению к мышам с патологией печени. При введении протопина гексеналовый сон составляет 31,5±2,27 мин, а при введении гепатина - 32,2±3,28 мин. Таким образом, изученные препараты протопин и гепатин выражено стимулирует детоксицирующую функцию печени, видимо вследствие активизации ферментов монооксигеназной системы гепатоцитов. Этим и можно объяснить, восстановление гексеналового сна при экспериментальной острой жировой дистрофии печени у мышей, обусловленное введением  $CCl_4$ .

**Выводы:** изученные препараты протопин и гепатин обладает выраженным гепатопротекторным действием.

## 027. ИЗУЧЕНИЕ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ГЕПАТИТОМ С

Байгалиев А.А.

Павлодарский филиал ГМУ г. Семей, Казахстан

Изучение качества жизни при различных заболеваниях позволяет оценивать проводимые лечебные и реабилитационные мероприятия с позиций пациента. По мнению экспертов ВОЗ, качество жизни - «это индивидуальное соотношение положения в жизни общества в контексте культуры и систем ценности этого общества с целями данного индивидуума, его планами, возможностями и степенью общего неустройства». Согласно другим определениям качество жизни - «субъективный показатель удовлетворения человеческих потребностей, степень комфортности человека как внутри себя, так и в рамках своего общества». Методы

изучения качества жизни основываются на определении пациентом уровня своего благополучия в физическом, психическом, социальном и экономическом отношениях. Все эти компоненты могут быть проанализированы отдельно или в целом с помощью различных анкет, тестов, шкал, индексов. Широкое распространение получила практика использования различных опросников с последующей обработкой данных, позволяющая преобразовать субъективные ощущения пациента в количественные показатели. Одним из таких способов является использованный в нашей работе опросник SF-36, неспецифический опросник для оценки качества жизни (КЖ), широко используемый в США и странах Европы при проведении исследований качества жизни уже на протяжении почти двух десятков лет.

**Цель работы:** оценить качество жизни у больных хроническим гепатитом С путем применения опросника SF-36.

**Материалы и методы:** Было проведено анкетирование с использованием опросника SF-36. Опросник SF-36 включает восемь шкал (физическое и ролевое функционирование, интенсивность боли, общее состояние здоровья, жизненная активность, социальное функционирование, ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием, психическое здоровье), выводы делаются на основании 36 вопросов. Показатели каждой шкалы варьируют между 0 и 100, где 100 представляет полное здоровье, все шкалы формируют два показателя: душевное и физическое благополучие. В исследовании приняло участие 34 человека (мужчин - 14, женщин - 20), средний возраст 37,5 ± 1,29 лет. Для оценки возрастных различий больные были разделены на две группы: 1-ая – 35 лет и младше, 2-ая старше 35 лет (35 лет – медиана в общей группе).

Полученные результаты были обработаны с использованием программы MS Excel.

Изучение различий проведено применением однофакторного дисперсионного анализа.

Существуют статистически значимые гендерные различия в оценке качества жизни по показателям жизненной активности и социального функционирования.

Таким образом, оценка качества жизни больных хроническим вирусным гепатитом С способствует повышению качества оказания медицинской помощи и уровню социальной адаптации.

## 028. СОСТОЯНИЕ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ БОЛЬНЫХ С РАЗНОЙ СТЕПЕНЬЮ ТЯЖЕСТИ И ГЕНЕЗОМ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

Бармашева А.А.

Кафедра факультетской терапии им. Г.Ф. Ланга, кафедра терапевтической стоматологии ГУО ВПО «СПбГМУ им. акад. И.П. Павлова», г. Санкт-Петербург, Россия

**Актуальность.** Хроническая сердечная недостаточность (ХСН) - основная причина инвалидизации и смертности работоспособного населения в развитых странах (WHO, 2005). Распространенность ХСН в возрасте до 50 лет в развитых

странах составляет 1-2% (Kannel W.B., Belanger A.J., 1991). В России около 6 млн. больных ХСН и ежегодно развивается около 0,5 млн. новых ее случаев (Терещенко С.Н., 2003). В литературе имеются фрагментарные данные о влиянии ХСН на состояние стоматологического здоровья.

**Цель исследования:** сопоставить основные показатели стоматологического здоровья у больных с разной степенью тяжести и генезом ХСН, а также обосновать необходимость разработки специализированной врачебной тактики ведения данной группы больных.

**Материал и методы:** Обследовано 80 больных с ХСН в возрасте 37-64 года, поделённых на 6 групп по основному диагнозу: 1 – метаболический синдром (n=10), 2 – ишемическая болезнь сердца (n=11), 3 – гипертрофическая кардиомиопатия (n=7) (в эти группы вошли пациенты с ХСН I-II по NYHA); 4 – метаболический синдром (n=16), 5 – ишемическая болезнь сердца (n=20), 6 – амилоидоз (n=4) (пациенты с ХСН III-IV по NYHA). Оценку состояния органов полости рта проводили с помощью основных (выяснение жалоб, сбор анамнеза, объективное обследование) и дополнительных (определение индексов кпу и кпу<sub>пов</sub>, индексов гигиены (ИГ) Федорова-Володкиной (ИГФВ) (1971), ИГ Green и Vermillion (ОНИ-S) (1960), ИГ Silness-Loë (ПИ) (1964), индекса кровоточивости десневой борозды (SBI) Mühlemann и Sonn (1971), индекса кровоточивости десневых сосочков (PBI) Saxer и Mühlemann (1975), пародонтального индекса (PI) Russel (1956); индекса заболеваний пародонта (PDI) Ramfjord (1959), проведение ортопантомографии) методов обследования.

**Результаты:** Осмотр видимых слизистых оболочек показал, что в 1 группе vs во 2 группе чаще выявлялись сухость слизистой оболочки полости рта (СОПР) (45% vs 0%, p<0,05) и сосудистый рисунок (45% vs 13%, p<0,05). В 6 группе vs в 5 группе была выше распространенность бледности СОПР (100% vs 40%, p<0,05). В 4 группе vs в 1 группе чаще встречались бледность СОПР (18% vs 63%, p<0,05) и отек языка (9% vs 63%, p<0,02).

У больных с ХСН обнаружена неудовлетворительная гигиена полости рта: ИГФВ=2,39–3,81; ОНИ-S=2,76–3,59; ПИ=1,78–2,88. Минимальное значение индекса кпу было у больных 6 группы (20,0±2,7), максимальное – у больных 1 группы (24,3±0,9). У больных метаболическим синдромом выявлено больше пораженных кариесом поверхностей зубов: в 1 группе кпу<sub>пов</sub>=38 vs во 2 и 3 группах кпу<sub>пов</sub>=28, p<0,01 и p<0,05, соответственно; в 4 группе кпу<sub>пов</sub>=44 vs в 5 группе кпу<sub>пов</sub>=28 и 6 группе кпу<sub>пов</sub>=25, p<0,01.

У больных с ХСН преобладали воспалительные заболевания пародонта (92%): хронический генерализованный пародонтит средней и тяжелой степени. У больных с ХСН III-IV по NYHA была больше распространенность пародонтита тяжелой степени: в 1 группе vs в 4 группе – на 18%, во 2 группе vs в 5 группе – на 10%. Также у больных с ХСН III-IV по NYHA чаще встречалась вторичная адентия.

У больных ХСН, обусловленной метаболическим синдромом, выявлена повышенная кровоточивость десен при зондировании. Так, в 1 группе vs во 2 группе SBI был выше в 4,6 раз (p<0,01), PBI – в 5,3 раза (p<0,01), в 1

группе vs в 3 группе SBI был выше в 4,4 раза (p<0,01), PBI – в 5,2 раза (p<0,01). В 4 группе vs в 5 группе SBI был выше в 4,6 раз (p<0,01), PBI – в 4,8 раза (p<0,01). В 6 группе кровоточивости при зондировании не было.

Минимальное значение глубины пародонтальных карманов (ПК) было у больных 3 группы (4,25±0,73мм), максимальное – у больных 4 группы (6,98±0,59мм). Минимальное значение PI и PDI было у больных 2 группы (3,99±0,32 и 3,52±0,29), максимальное – у больных 4 группы (5,25±0,33 и 4,92±0,59). У больных метаболическим синдромом степень деструкции тканей пародонта была больше, чем у больных с другим генезом ХСН. В 1 группе vs во 2 группе глубина ПК была больше на 1,5мм (p=0,07), в 1 группе vs в 3 группе – больше на 2,5мм (p<0,02). В 4 группе vs в 5 группе глубина ПК была больше на 1,2мм, в 4 группе vs в 6 группе – больше на 1,4мм, однако при p>0,05. В 4 группе vs в 5 группе индекс PDI был достоверно выше в 1,2 раза, p<0,05.

У больных с ХСН III-IV по NYHA была больше глубина ПК и выше значения пародонтальных индексов: в 1 группе vs в 4 группе глубина ПК была больше на 0,4мм, PI и PDI были выше в 1,1 раз, во 2 группе vs в 5 группе глубина ПК была больше на 0,7мм, PI и PDI – в 1,2 раза (p>0,05).

Нарастание деструктивных изменений в тканях пародонта клинически проявлялось увеличением подвижности зубов. В 1 группе только 18% обследованных имели зубы без подвижности, а во 2 группе – 33% обследованных. У больных с ХСН III-IV по NYHA распространенность зубов с большей степенью подвижности была выше: в 1 группе vs в 4 группе распространенность зубов с подвижностью II степени была больше на 15%, во 2 группе vs в 5 группе – на 14%.

**Выводы:** 1. степень тяжести и генез ХСН влияют на состояние стоматологического здоровья: наиболее выраженные изменения в полости рта выявлены у больных с более высоким ФК ХСН, а также у больных, у которых этиологическим фактором развития ХСН был метаболический синдром;

2. степень тяжести поражения тканей пародонта обуславливает необходимость разработки тактики оптимизации ведения больных ХСН, основанную на стандартах терапии ХСН с учетом состояния стоматологического статуса.

## 029. ХРОНИЧЕСКИЙ ГЕПАТИТ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ КИШЕЧНИКА

Бахтеева А.А., Варганова Д.Л., Васильева Н.В., Климова Н.Н., Кузьмина О.А., Таланова О.С., Арямкина О.Л.

Ульяновский государственный университет  
Ульяновск, Россия

Достижениями последних лет является описание системных проявлений целого ряда заболеваний, в том числе воспалительных заболеваний кишечника и вирусного гепатита. Системные проявления требуют исключения полиморбидности иной этиологии и дифференцированного подхода к лечебно-диагностической тактике. Регистрируется повсеместное увеличение заболеваемости хроническим гепатитом и воспалительными заболеваниями кишечника.

Хронический гепатит чрезвычайно распространен и особую проблему приобретает у лиц с иммуноопосредованной патологией и у лиц, требующих длительной фармакотерапии. Достижениями последних лет является расширение спектра этиологических факторов гепатита, доказательства внепеченочной репликации HBV- HCV-инфекции в тканях лимфоидного и нелимфоидного происхождения, открытие У. Лейшнером оверлап-синдромов. В этой связи интересным представляется изучение проблем поражений печени при иммуно-опосредованной патологии.

Целью настоящей работы является изучение частоты встречаемости и нозологической структуры хронических диффузных заболеваний печени при хронических воспалительных заболеваниях кишечника – язвенном колите и болезни Крона.

Материалы и методы. Дизайн исследования – проспективное, рандомизированное исследование, проведенное методом сплошной выборки за период 03.2009-03.2010 годы. Диагноз язвенного колита (ЯК), болезни Крона (БК) и хронического гепатита (ХГ) устанавливали согласно стандартам диагностики данных заболеваний с использованием комплекса клинических, лабораторных и инструментальных исследований. Всем пациентам проводились эндоскопия, определялись маркеры гепатита В и С. В 43,3% случаев диагноз язвенного колита или болезни Крона подтвержден по морфологическим критериям. При преобладании холестаза больным определяли маркеры аутоиммунного гепатита 5 типа – титры АМА. Диагноз первичного склерозирующего холангита (ПСХ) подтверждали экскреторной холангиографией.

Обследованы 53 больных ЯК (45) и БК (8) с соотношением мужчин/женщин 1:1,12, находящихся на стационарном лечении в гастроэнтерологическом отделении ГУЗ ОКБ г. Ульяновска. Их возраст составил  $42,9 \pm 2,09$  года (95% ДИ 38,7-47,1), варьировал от 19 лет до 71 года. Все больные получали стандартную патогенетическую терапию препаратами 5-АСК и ГКС. На включение в исследование получено добровольное информированное согласие пациентов. Фактические данные подверглись статистической обработке с использованием лицензионных статистических пакетов STATISTICA 6.0, SPSS 13.0.

Результаты и их обсуждение. Продолжительность по анамнезу ЯК и БК составила  $6,32 \pm 1,15$  года (95% ДИ 4,0-8,64), варьируя от 2-х месяцев до 42-х лет. Преобладали больные со среднетяжелым течением ЯК и БК. Экстракишечные проявления – лихорадка, воспаление, похудание, анемия, артралгии, при ЯК – гепатит - оверлап-синдром (ПСХ), при БК – экзантема диагностированы в 92,5% случаев с одинаковой частотой при обоих заболеваниях.

Кроме этого, в каждом втором случае ЯК и БК (50,9%) диагностирован гепатит. С наиболее значимыми параметрами цитолиза и холестаза. Активность АЛТ и АСТ превышала в 3-6 раз показатели здоровых лиц, а маркеры холестаза – 16 и более норм ГГТП и 3-5 норм ЩФ позволили заподозрить obstructивную болезнь печени и проводить дифференциальную диагностику между первичным билиарным циррозом (ПБЦ) и ПСХ. Желтуха при ХГ у больных воспалительными

заболеваниями кишечника встречалась реже. Анализ клиники ХГ позволил уточнить этиологию ХГ у больных ЯК и БК. В 8 из 27 случаев диагностирован ХГ С и ХГ В (15,1%), в 6 – АМА-негативный ПСХ, в 12 – алкогольный (18,5%) и неалкогольный (25,9%) стеатогепатит, в одном – HBV-ассоциированный АМА-позитивный ПБЦ. У пациентки с 42-х летним сажем ЯК колита ПСХ осложнился холангиоцеллюлярной карциномой.

Заключение. Таким образом, ХГ у больных воспалительными заболеваниями кишечника диагностируется в каждом втором случае и развивается в полиморбидности (HBV, HCV, этанол), ятрогении при приеме ГКС. В 13,3% случаев ЯК диагностированы obstructивные болезни печени в рамках оверлап-синдромов – экстракишечного проявления в виде аутоиммунного повреждения внутрипеченочных желчных ходов в виде ПСХ и ПБЦ.

### 030. ВОПРОСЫ ПРЕЕМСТВЕННОСТИ В МЕДИЦИНСКОМ ОБСЛУЖИВАНИИ УЧАЩЕЙСЯ МОЛОДЕЖИ С ЭРОЗИВНО-ЯЗВЕННЫМИ ПОРАЖЕНИЯМИ ВЕРХНИХ ОТДЕЛОВ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА

Бейлина Н.И., Газизов Р.М., Зиятдинов А.И., Низамов И.Г.

Кафедра терапии и семейной медицины, кафедра общественного здоровья, экономики и управления здравоохранением, КГМА, МУЗ Городская поликлиника № 4 «Студенческая», Казань, Россия

Актуальность: В структуре заболеваемости школьников, учащихся учреждений среднего профессионального образования и студентов ВУЗов одно из ведущих мест занимает патология органов пищеварения. Симптомы заболеваний желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) выявлены у 38,3% школьников; при этом на долю *хронической* гастродуоденальной патологии приходится 70-75% (Савицкая Е.В., 2006; Островская Л.В., 2008). В связи с этим очевидна необходимость налаживания преемственности в ведении больных школьников, поступающих на обучение в средние специальные и высшие учебные заведения.

Цель работы: Изучение преемственности при переходе учащихся от школьного врача-педиатра к врачу-терапевту ВУЗа или среднего специального учебного заведения и разработка алгоритма ведения больных эрозивно-язвенными заболеваниями гастродуоденальной зоны (ГДЗ) в городской студенческой поликлинике.

Материалы и методы: Во время прохождения медицинского осмотра по разработанной нами «анкете студента» проведено анкетирование 865 студентов II и III курсов Казанской государственной академии ветеринарной медицины (КГВАМ) в возрасте от 16 до 27 лет, из них мужчин – 498, женщин – 367. Повторное анкетирование через год прошли 284 человека. Анкетированием по разработанной нами «анкете школьника» было охвачено 188 школьников (из них 67 юношей) 8-11 классов школ № 15 и 72 г. Казани в возрасте от 14 до 17 лет и 199 учащихся (из них 59 юношей) I и II курсов Казанской банковской школы (КБШ) в возрасте от 14 до 17 лет. 180 учащихся КБШ

после заполнения «анкеты школьника» дополнительно заполнили «анкеты студента».

**Результаты.** Установлено, что у 26,6% школьников имелись выставленные диагнозы заболеваний ЖКТ, в том числе у 1,6% - язвенная болезнь (ЯБ); у – 20,2% - заболевания ГДЗ, из них у 17,6% - воспалительные, у 2,7% - эрозивно-язвенные поражения ГДЗ. При анкетировании школьников было выявлено 87 человек, предъявляющих жалобы, характерные для заболеваний ЖКТ.

По данным анкетирования по «анкете школьника» 199 учащихся КБШ выставленные гастроэнтерологические диагнозы имелись у 35,7% опрошенных, в том числе ЯБ - у 4 (2%); заболевания ГДЗ - у 60 человек (30,2%), из них воспалительные – у 54 человек (27,1%), эрозивно-язвенные поражения ГДЗ – у 6 человек (3%). При анкетировании были выявлены 105 учащихся КБШ (52,8%), испытывающих те или иные симптомы заболеваний ЖКТ (чаще-боли в животе, чувство распирания в животе, изжогу, неприятный вкус во рту др.). С целью объективизации оценки самочувствия и влияния имеющихся симптомов заболеваний на качество жизни 180 учащимся КБШ после заполнения «анкеты школьника» было дополнительно предложено заполнить «анкеты студента». У 58,3% учащихся КБШ, опрошенных «по анкете студента» были выявлены признаки заболеваний ЖКТ.

Среди опрошенных 865 студентов КГВАМ установленные заболевания ЖКТ имелись у 108 человек (12,5%), в том числе у 12 (1,4%) – ЯБ. При сравнении с данными анкетирования школьников (26,6% имеют установленный диагноз), становится очевидным нежелание большого количества студентов афишировать свой диагноз. 38,4% (332 чел.) респондентов-студентов ВУЗа испытывали болевой или диспепсический синдром. Среди имеющих гастроэнтерологический диагноз студентов ВУЗа (108 чел.) отмечали наличие болевого синдрома 105 человек (97,2%). При повторном анкетировании через год выявлено, что у 14 человек (5%) за истекший год появились жалобы на различные расстройства пищеварения. У 21 студента (23%) из числа предъявлявших жалобы при первичном осмотре, жалоб не было (12 чел.) или отмечалось значительное улучшение самочувствия (9 чел.). Только 6 (28,6%) человек из этой группы прошли рекомендованное обследование. Это может говорить об эффективности работы даже только по факторам риска, выявленным в анкете. Из числа студентов, продолжающих предъявлять жалобы (70 чел.), не прошли обследование 92,8%, прошли неполное обследование - 2,9%.

Обострение эрозивно-язвенных заболеваний ГДЗ у учащейся молодежи, как правило, наблюдается во время зачетной и экзаменационной сессий. Нами разработан алгоритм амбулаторного ведения пациентов в условиях городской студенческой поликлиники. В результате внедрения этого алгоритма у 20 студентов ВУЗа (31,2%) с эрозивно-язвенными поражениями ГДЗ наблюдалась длительная ремиссия ( $2 \pm 0,2$  лет), у 10 чел. (15,6%) было 1 обострение в 2 года, у 21 чел. (32,8%) - 1 обострение в год; ; у 2 чел. было 2 обострения в первый год наблюдения, затем 1 обострение в год.

**Выводы:** Применение разработанных нами анкет при проведении медицинских осмотров является простым и малозатратным методом, позволяющим решить вопросы преемственности в оказании медицинской помощи учащейся молодежи с эрозивно-язвенными поражениями гастродуоденальной зоны при переходе от школьного врача-педиатра к врачу-терапевту ВУЗа или среднего специального учебного заведения: поставить на учет больных с известными заболеваниями, выявить группы повышенного риска, выделить группы для динамического наблюдения, проводить активные меры по первичной и вторичной профилактике с первого дня обучения в ВУЗе.

### 031. ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ПРОБИОТИКОВ В ЛЕЧЕНИИ ХЕЛИКОБАКТЕРАСОЦИИРОВАННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Бектаева Р. Р., Тунгушпаева Ж.О., Лукина Е.А., Раис Л.Х.

Медицинский университет, Медицинский Центр Управления Делами Президента РК, Астана, Казахстан

**Актуальность.** Инфекция *Helicobacter pylori* является ведущей причиной хронических заболеваний желудка и двенадцатиперстной кишки. В последние годы имеются сообщения о возможностях оптимизации лечения больных с НР ассоциированными заболеваниями с использованием пробиотиков

**Цель работы** – оптимизация лечения у больных хеликобактерассоциированными заболеваниями.

**Материалы и методы.** Обследовано 2 группы больных. Первая группа - 15 больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки получали стандартную терапию 1-ой линии (ИПП + кларитромицин + амоксициллин) + пробиотик Бифиформ по 2 капсулы дважды в день в течение 7 дней и далее продолжали ещё 2 недели приём Бифиформа. Вторая (контрольная) группа -15 человек с язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки получали только стандартную терапию первой линии в течение 7 дней.

Больным проводилось клиничко-лабораторное, эндоскопическое и гистологическое (биоптат из слизистой оболочки желудка) исследования перед началом, после окончания эрадикации (через 7 дней) и через 4 недели после неё.

**Результаты исследования.** На фоне лечения у троих больных первой группы наблюдался метеоризм, во второй группе он наблюдался у семи больных, кроме того, в этой группе отмечен дискомфорт в животе у пяти больных, а у двух больных наблюдалась диарея, которая была расценена, как антибиотикоассоциированная.

У больных первой группы сроки заживления язв ( до стадии «красного рубца») составили 7 дней, до стадии «белого рубца» - 4 недели. Во второй группе соответственно 7 дней - у 10 больных, и 4 недели - у 15. Эффективность эрадикации была также выше в первой группе и составила 86%, во второй группе – 74%.

**Выводы.** Результаты исследования показали преимущества лечения хеликобактерассоциированных заболеваний с использованием пробиотика с доказанным действием. Бифиформ снижает риск развития осложнений эрадикационной терапии язвенной болезни двенадцатиперстной кишки, способствует ускорению

сроков заживления язв, повышает эффективность эрадикации.

### 032. СКРИНИНГ ПИЩЕВОДА БАРРЕТА И КАНЦЕРОПРЕВЕНЦИЯ. ВЗГЛЯД ГАСТРОЭНТЕРОЛОГА

Бектаева Р.Р., Логвиненко А.А., Шаймарданова Г.М.

Медицинский университет, ННМЦ МЗ РК, Астана, Казахстан

Актуальность. В последнее время растёт количество пациентов с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью (ГЭРБ). Одним из наиболее серьезных осложнений ее является пищевод Барретта (ПБ). Злокачественная трансформация в ПБ проходит последовательно: кишечная метаплазия-дисплазия-карцинома. Исходя из этого, ранняя диагностика ПБ и адекватное его лечение должны обеспечить канцеропревенцию.

Цель работы. Оценить и внедрить в клиническую практику современные методы диагностики ПБ для проведения его скрининга и обеспечения канцеропревенции.

Материалы и методы. В течение 2003- 2009г.г. обследовано более 5000 пациентов в возрасте от 14 до 92 лет. При обнаружении ГЭРБа проводились видеоэзофагогастроскопия, хромоэзофагоскопия с метиленовым синим (5% водный раствор), эндоскопическая рН-метрия, прицельная биопсия пищевода с гистологическим исследованием. Больным с ГЭРБ и ПБ проводилось консервативное лечение с эндоскопическим и гистологическим мониторингом согласно современных алгоритмов диагностики и лечения.

Результаты исследования. При морфологическом исследовании у 224 пациентов с ГЭРБ выявлено наличие метаплазии, из них у 57, имевших кишечный тип метаплазии, установлен пищевод Барретта, 167 пациентов с ГЭРБ имели кардиальный или фундальный тип метаплазии СОП. Эндоскопически обнаружено: у 74 пациентов длинный сегмент метаплазии (поражение более 3 см), у 150 – короткий (менее 3 см). У 12 пациентов с ПБ имели место стриктура пищевода, у 49 – хиатальная грыжа, у 5 – аденокарцинома пищевода (АП), у 7 – аденокарцинома кардиального отдела желудка. У 23 больных выявлена дисплазия слизистой оболочки пищевода (СОП): у 19-дисплазия низкой степени, у 4- высокой степени. Консервативная терапия ПБ привела к регрессу воспалительных и диспластических изменений СОП более чем у половины наблюдаемых нами больных, регресса метапластического процесса не установлено. 4 больным проведено хирургическое лечение из-за отсутствия эффекта консервативного.

Выводы. Видеозондоскопический и гистологический мониторинг с целью скрининга пищевода Барретта позволяет оптимизировать его диагностику, отслеживать динамику метапластического и диспластического процессов и формировать группы высокого риска развития АП., благодаря чему возможно обеспечение канцеропревенции.

### 033. ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЧЕСКАЯ ПАТОЛОГИЯ И ЛИПИДНЫЙ ОБМЕН У БОЛЬНЫХ ВУЛЬГАРНЫМ ПСОРИАЗОМ

Беляева Т.М., Зонов А.В.

Государственный медицинский университет г.Семей, Семей, Казахстан.

Цель исследования. В связи с тем, что современная концепция патогенеза псориаза рассматривает в качестве одного из ведущих факторов в развитии дерматоза дестабилизацию клеточных мембран кератиноцитов вследствие обменных дисфункций на фоне высокой частоты нарушений пищеварительной системы, целью нашей работы явилось изучение взаимосвязи сопутствующей патологии желудочно-кишечного тракта и гепатобилиарной системы с состоянием липидного обмена и тяжестью течения псориаза.

Материалы и методы. Обследовано 117 больных вульгарным псориазом в возрасте от 18 до 68 лет, в том числе 75 мужчин и 42 женщины. Длительность заболевания колебалась от 1 недели до 54 лет. Распространенные формы дерматоза установлены у 64% пациентов, локализованные – у 36%. Осенне-зимний тип псориаза выявлен у 31,4% больных, весенне-летний – у 14,6%, недифференцированный – у 54%. Подавляющее большинство больных (91,2%) находилось в прогрессивной стадии болезни. 92,8% всех наблюдавшихся лиц были обследованы методом УЗИ; 73,7% - ФГДС. Показатели липидного обмена изучали общепринятыми методами. Контрольную группу составили 20 здоровых доноров в возрасте от 18 до 60 лет.

Результаты и их обсуждение. Проведенные исследования позволили диагностировать сопутствующие заболевания желудочно-кишечного тракта у 100% пациентов, а гепатобилиарной системы – у 82,7%, даже при отсутствии субъективных симптомов. Наиболее часто они выявлялись у лиц в возрасте 18-20 лет – в 59,4%, 21-30 лет – у 45,9%, 31-40 лет – у 32,4% больных. Среди нозологических форм лидирующее положение занимала патология желудка и двенадцатиперстной кишки: поверхностный гастрит (59,4%), дуодено-гастральный рефлюкс – ДГР (29,7%), атрофический гастрит (18,9), бульбит (10,8%) и дуоденит (8,1%). Изменения гепатобилиарной системы были представлены хроническим холециститом (43,5%), хроническим панкреатитом (21,8%), диффузными изменениями печени (17,4%).

Уровень общих липидов у больных псориазом в прогрессирующей стадии по сравнению с контрольной группой оказался увеличенным в 1,4 раза, холестерина – в 1,3 раза, триглицеридов – в 1,7 раза (разница статистически достоверна), В-липопротеидов - в 1,2 раза. Причем в 95,3% случаев выявленные нарушения липидного обмена сочетались с заболеваниями гепатобилиарной системы, а в 62,4% - с поражением желудочно-кишечного тракта.

Обнаружена взаимосвязь наличия сопутствующей патологии с формами псориаза. Так, например, при распространенном дерматозе хронический гастрит выявлялся в 67,5%, при локализованных вариантах – в 50%. Хронический панкреатит наблюдался у 66,6% пациентов с распространенным псориазом, что в 2 раза чаще, чем при локализованных вариантах.

Выводы.

1. Таким образом, у подавляющего большинства больных с распространенным псориазом выявляются сопутствующие заболевания желудочно-кишечного тракта и гепатобилиарной системы, способствующие возникновению и прогрессированию дерматоза.

2. Кроме того, у больных псориазом наблюдается существенный дисбаланс липидного обмена, который может изменять проницаемость клеточных мембран и негативно влиять на окислительно-восстановительные процессы в самой клетке.

3. В связи с этим при выборе тактики лечения больные псориазом должны обязательно обследоваться на предмет выявления возможной патологии пищеварительной системы с целью ее своевременной и полноценной коррекции, что повысит эффективность проводимой терапии.

**034. ПАТОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ, ВЫЯВЛЯЕМЫЕ ПРИ ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАФИИ, У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ АЛКОГОЛЬНЫМ ГЕПАТИТОМ (ОАГ).**

Белякин С.А., Потехин Н.П. Урсов Р.Р.

ФГУ «3 ЦВКГ им. А.А. Вишневого Минобороны России, Красногорск, ФГУ «ГВКГ им. Н.Н. Бурденко Минобороны России», Москва, Россия

Цель исследования. Изучить характер и частоту встречаемости патологических изменений на ЭКГ у пациентов с острым алкогольным гепатитом (ОАГ).

Материалы и методы. Обследовано 127 человек с ОАГ, у которых отсутствовали тяжелые сопутствующие заболевания других органов. Тяжелое течение заболевания отмечено у 27 (26,2%) пациентов, среднетяжелое у 49 (47,6%), легкое у 27 (26,2%) больных, неблагоприятный исход (умершие) – 24 человека (18,9%). Анализ проводился по частоте встречаемости в группах сравнения таких признаков, как тахикардия, нарушение ритма (мерцательная аритмия, частая наджелудочковая и желудочковая экстрасистолия), нарушение процессов реполяризации миокарда.

Результаты исследований. Установлено, что частота тахикардии нарастает параллельно с увеличением степени тяжести ОАГ, достигая наибольшей частоты (87,5%) среди пациентов с неблагоприятным исходом (при лёгком течении ОАГ – 29,6%, при среднетяжёлом течении – 34,7%, при тяжёлом течении – 59,3%). При этом различия по данному признаку достоверны во всех группах сравнения. Наличие мерцательной аритмии отмечено у 3 (5,88%) больных с тяжёлым и неблагоприятным течением заболевания, экстрасистолии – у 5 (9,8%) пациентов этой группы. Нарушение процессов реполяризации миокарда наблюдалось почти у всех пациентов. При этом отмечается определённая закономерность: изменения конечной части желудочкового комплекса, регистрируемые во всех отведениях, наиболее редко встречались у пациентов с лёгким течением ОАГ (4,4%), а, по мере утяжеления течения заболевания, значительно возрастает частота нарушений реполяризации (при тяжёлом течении ОАГ – в 37% случаев, у пациентов с неблагоприятным исходом заболевания – до 79,2%).

Выводы. Нарушения процессов реполяризации, увеличение частоты нарушений сердечного ритма может свидетельствовать о нарастании выраженности миокардиодистрофии параллельно с нарастанием тяжести состояния больных.

**035. ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ ЖЕЛУДОЧНОЙ СЕКРЕЦИИ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ПИЩЕВОДА И ЖЕЛУДКА МЕТОДОМ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ рН-МЕТРИИ**

Бендер Н.Р.

Павлодарский филиал государственного медицинского университета, г. Семей, Республика Казахстан

Наибольший удельный вес в структуре патологии желудочно-кишечного тракта занимают кислотозависимые заболевания (КЗЗ) и *Helicobacter pylori* (Hр) ассоциированные – язвенная болезнь и хронический гастрит. В развитии органических и функциональных КЗЗ важную роль играет кислотопродуцирующая функция (КПФ) желудка. Снижение КПФ чаще наблюдается при атрофическом гастрите, новообразованиях желудка, дисбактериозах кишечника и др. Повышение КПФ отмечается при язвенной болезни (ЯБ), эрозивных поражениях гастродуоденальной зоны (ГДЗ). Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ) в настоящее время рассматривается как составная часть группы КЗЗ, поскольку соляная кислота желудка выступает основным патогенетическим фактором развития классической симптоматики: изжоги, кислой регургитации, морфологических признаков эзофагита. В последние годы значительно увеличивается частота осложнений ГЭРБ, главными из которых являются: формирование стриктур, пищевод Баррета, кровотечение, развития аденокарциномы. Казахстан относится к странам с высоким риском и частотой злокачественных новообразований, при этом первые места по величине показателей приходится на рак желудка, рак пищевода. Для оценки КПФ желудка в настоящее время получил широкое распространение метод определения кислотности непосредственно в полости желудка путем соприкосновения измерительного электрода рН-метрического зонда со слизистой оболочкой (СО) пищевода и желудка. Для регистрации величины рН используется ацидогастрометр «АГМ»-03». Основными достоинствами этого метода являются: возможность визуального контроля при измерении рН, точного определения границ кислотопродуцирующей и ощелачивающей зон желудка, простота исполнения.

Цель исследования. Анализ данных эндоскопической картины пищевода, желудка и 12-перстной кишки у жителей Павлодарской области. Оценка КПФ желудка с помощью эндоскопического рН-метра - «АГМ»-03».

Материалы и методы. Эндоскопическое обследование проведено 787 больным из разных лечебных учреждений Павлодарской области. С ноября 2009г. в эндоскопическом отделении областной клинической больницы г. Павлодара была проанализирована картина эндоскопической рН-метрии - у 220 человек в возрасте от 15 до 80 лет с

различной патологией ГДЗ. После эндоскопического осмотра верхних отделов пищеварительного тракта, через биопсийный канал эндоскопа вводился рН-зонд с измерительным электродом. КПФ желудка проверялась в 4 стандартных точках на СО желудка, и в дистальном отделе пищевода. Оценка полученных данных осуществлялась в зоне активного кислотообразования, которая соответствует телу и своду желудка и в зоне выработки щелочного секрета, которая соответствует антральному отделу.

**Результаты и их обсуждение.** Изучены результаты эндоскопического обследования у 787 человек. Эрозивно-язвенное поражение ГДЗ отмечено у 32% больных, изменения со стороны пищевода выявлены у 168 (21,3%) больных, среди которых большую группу (43,8%) составляли больные с грыжей пищеводного отверстия диафрагмы. Эрозивный эзофагит выявлен у 25 человек, пищевод Баррета с гистологической верификацией диагноза у 9 больных в возрасте 40-59 лет.

При проведении эндоскопической рН-метрии среди обследованных было 56% женщин и 44% мужчин; городских жителей - 32%, сельских - 68%. Больных в возрасте до 30 лет - 21%, старше 50 лет - 57%. У 42 больных с эндоскопической картиной катарального гастрита в 63% отмечено снижение секреции желудочного сока. При атрофическом гастрите чаще преобладало гипо- и анацидное состояние (68,8% больных). При эрозивно-язвенных поражениях гиперацидное состояние секреции выявлено у 55% больных, анацидное состояние у 14%. При недостаточности кардии, эзофагитах, ГПОД чаще отмечалась гиперсекреция (60%). Опухоль пищевода выявлена у 3-х больных с гипоацидным состоянием секреции, рак желудка у 4-х больных. Одновременно проводилось цитологическое или гистологическое исследование с определением Нр-инфекции.

**Выводы.** Эрозивно-язвенное поражение ГДЗ отмечено у 32% больных, изменения со стороны пищевода выявлены у 168 (21,3%). При эндоскопической рН-метрии выявлены разные показатели кислотопродуцирующей функции желудка.

При эрозивно-язвенных поражениях у 55% отмечено гиперацидное состояние секреции, при атрофическом гастрите преобладало гипо- и анацидное состояние (68,8%). При рефлюкс - эзофагитах на состояние рН в кардии оказывает влияние желудочное содержимое, которое забрасывается в пищевод.

Метод эндоскопической рН-метрии, незначительно удлиняя время проведения эндоскопии, существенно повышает его информативность и исключает необходимость дополнительного исследования кислотопродукции желудка. Оценка кислотопродуцирующей функции желудка имеет большое значение в постановке правильного диагноза и выборе адекватного метода лечения.

### 036. КУРЕНИЕ И ОКСИДАТИВНО-АНТИОКСИДАНТНЫЙ СТАТУС БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ КОНТРОЛИРУЕМОГО ТЕЧЕНИЯ

Бобылев А.А.

Государственная медицинская академия, Смоленск, Россия

**Цель исследования.** Изучение параметров свободнорадикального статуса курящих и некурящих больных бронхиальной астмой контролируемого течения.

**Материалы и методы.** Исследовано 39 больных бронхиальной астмой с легким персистирующим контролируемым течением заболевания. Все исследуемые получали адекватную базисную терапию согласно рекомендациям глобальной стратегии лечения и профилактики бронхиальной астмы (GINA). Представленная клиническая группа была разделена на две подгруппы: некурящие – 21 человек и курильщики – 18 человек. Индекс курящего во второй подгруппе варьировал, но не превышал 10 пачка-лет. Контрольная группа включала 60 практически здоровых доноров, с частотой кроводач не более двух раз в год.

Показатели оксидативно-антиоксидантного статуса оценивались методом активированной родамином Ж хемиллюминесценции сыворотки крови в присутствии ионов двухвалентного железа (в качестве контроля использовали суспензию желточных липопротеидов). Определялась амплитуда быстрой вспышки, прямо пропорциональная уровню первичных продуктов свободнорадикального окисления гидроперекисей липидов, и амплитуда медленной вспышки, обратно пропорциональная уровню суммарной антиокислительной емкости.

**Результаты и их обсуждение.** При изучении параметров оксидативно-антиоксидантного статуса курящих и некурящих больных бронхиальной астмой контролируемого течения в сравнении с нормальными значениями (группа доноров) были получены следующие результаты:

1. Уровень гидроперекисей липидов сыворотки крови в группе контроля составил  $62,76 \pm 4,23$  относительных единиц, в группе некурящих больных бронхиальной астмой -  $55,81 \pm 4,85$  относительных единиц, в группе курящих больных бронхиальной астмой -  $50,94 \pm 2,38$  относительных единиц;

2. Уровень суммарной антиокислительной емкости сыворотки крови в группе контроля составил  $41,78 \pm 4,23$  относительных единиц, в группе некурящих больных бронхиальной астмой -  $41,53 \pm 2,83$  относительных единиц, в группе курящих больных бронхиальной астмой -  $39,29 \pm 4,09$  относительных единиц.

Результаты исследования показателя гидроперекисей липидов сыворотки крови выявили незначительное его уменьшение у больных бронхиальной астмой относительно контрольной группы, а так же у курящих пациентов в сравнении с некурящим, которое, однако, не было достоверным. ( $p > 0,05$  для всех категорий сравнения). Данная тенденция, возможно, объясняется несколько большим потенциалом системы антиоксидантной защиты у курильщиков в ответ на регулярное поступление в организм биорадикальных частиц. Значения параметра антиокислительной емкости сыворотки крови во всех исследуемых группах практически не различались.

**Выводы.** Таким образом, у больных бронхиальной астмой контролируемого течения вне зависимости от

наличия в анамнезе курения отсутствует значимый дисбаланс оксидативно-антиоксидантных показателей. Данный феномен, возможно, объясняется удовлетворительной компенсацией биорадикальных влияний системой антиоксидантной защиты организма при контролируемом течении бронхиальной астмы и/или протективным действием препаратов базисной терапии.

### 037. ЭФФЕКТИВНОСТЬ ТРАНСКРАНИАЛЬНОЙ ЭЛЕКТРОСТИМУЛЯЦИИ У БОЛЬНЫХ ГАСТРОПАТИЯМИ

Бодрова Р.А., Гумарова Л.Ш.

Кафедра реабилитологии и спортивной медицины КГМА

Вторичная профилактика обострения язвенной болезни желудка (ЯБЖ) и двенадцатиперстной кишки (ДПК) на фоне приема НПВС (НПВС гастропатии) с применением физических методов является актуальной проблемой в терапии. Влияние эндогенных опиатов в процессы регенерации язв показана в работах ряда авторов. Учитывая патогенез ЯБЖ и ДПК, методом, избирательно активирующим антиноцицептивную и опиоидную систему организма, является транскраниальная электростимуляция (ТЭС).

Цель исследования: обоснование применения ТЭС в противорецидивной терапии ЯБЖ и ДПК на фоне НПВС у вертебро-неврологических больных.

Материалы и методы. В исследование было включено 28 больных ЯБЖ и ДПК в стадии ремиссии на фоне вертеброгенной патологии, в возрасте от 17 до 54 лет ( $29,3 \pm 2,5$  лет), с длительностью заболевания от 3 до 11 лет ( $7,3 \pm 1,2$ ) лет. Больные рандомизированно были распределены на 2 группы, сопоставимых по возрасту и полу, клиническим проявлениям. 1-я группа (контрольная) – 14 больных получали стандартную противорецидивную терапию, НПВС и др.; 2-я группа (основная) – 14 больных на фоне медикаментозной терапии получали ТЭС ежедневно в течение 10-15 дней с помощью аппарата “ТРАНСАИР- 0.1” по стандартной методике.

Результаты. После проведенного лечения в контрольной группе больных на фоне стандартной терапии отмечалась тенденция к снижению “клинического индекса” (КИ) на 18,7% (с  $6,4 \pm 0,9$  до  $5,2 \pm 0,6$ ;  $P < 0,1$ ), эмоциональной лабильности на 14,9% (с  $13,5 \pm 1,4$  до  $10,8 \pm 1,2$ ;  $P > 0,1$ ). По данным ЭЭГ достоверных различий в активности ритмов головного мозга не получено ( $P > 0,1$ ). У больных основной группы, которым проводили лечение ТЭС, отмечалось снижение КИ на 79,3% (с  $5,8 \pm 0,4$  до  $1,2 \pm 0,3$ ;  $P < 0,001$ ), эмоциональной лабильности – на 50,7% (с  $15,2 \pm 0,9$  до  $7,5 \pm 0,8$ ;  $P < 0,001$ ). По данным ЭЭГ у больных этой группы наблюдалась нормализация ритмов головного мозга с уменьшением активности  $\beta$ -ритма, с усилением активности  $\alpha$ -,  $\theta$ - и  $\delta$ -ритмов ( $P < 0,05$ ), что свидетельствовало о переживании положительных эмоций и переходе в состояние спокойного бодрствования, подтверждая антистрессорный механизм ТЭС. По данным ФГДС отмечалось снижение фонового воспаления и заживление имевшихся эрозий, что подтверждало репаративный эффект ТЭС. Противорецидивный эффект ТЭС проявился в виде

отсутствия обострения и удлинения периода ремиссии с  $6,9 \pm 1,7$  мес до  $10,4 \pm 1,9$  мес.

Выводы. ТЭС-терапия, воздействуя на основные звенья патогенеза, способствует уменьшению субъективных ощущений, нормализации расстройств вегетативной нервной системы, повышению резистентности к стрессу, улучшению самочувствия, что, безусловно, предотвращает обострение заболевания и является обоснованием для включения данного метода в противорецидивную терапию НПВС гастропатий у вертеброневрологических больных.

### 038. ОСОБЕННОСТИ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ ТОЛСТОЙ КИШКИ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКИМИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ КИШЕЧНИКА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ СОСУДИСТОГО ЭНДОТЕЛИЯ

Бойко Т.И., Симонова Е.В., Стойкевич М.В., Сорочан Е.В., Толстикова Т.Н.,

Мосалова Н.М.

ГУ «Институт гастроэнтерологии АМН Украины», Днепропетровск

Цель: Изучить особенности состояния слизистой оболочки толстой кишки у больных с хроническими воспалительными заболеваниями толстой кишки в зависимости от функционального состояния сосудистого эндотелия.

Материал и методы. Под наблюдением находилось 95 пациентов: 45 – с неспецифическим язвенным колитом, 24 – с болезнью Крона и 26 – с хроническим колитом. Состояние сосудистого эндотелия изучалось методом ультразвуковой оценки эндотелий-зависимой вазодилатации плечевой артерии в пробе с реактивной гиперемией. Увеличение диаметра плечевой артерии более чем на 20% свидетельствовало о нормальной функции сосудистого эндотелия, от 10 до 20% – о снижении функции эндотелия, ниже 10% – о дисфункции эндотелия. Эндоскопическое исследование толстой кишки проводилось по общепринятой методике с использованием колонофиброскопа Fujinon (Япония).

Результаты и их обсуждение. При изучении эндотелий-зависимой вазодилатации плечевой артерии было установлено, что у 78,9% обследованных больных наблюдалось нарушение функции сосудистого эндотелия. В структуре нарушений было 36,8% пациентов со снижением функции и 42,1% – с дисфункцией эндотелия. У 21,1% больных показатели были нормальными.

Анализ эндоскопических изменений слизистой оболочки толстой кишки в зависимости от состояния сосудистого эндотелия у больных язвенным колитом показал, что увеличение частоты и количества геморрагий было взаимосвязано с ухудшением функции сосудистого эндотелия ( $p < 0,05$  при эндотелиальной дисфункции). У пациентов с толстокишечной локализацией болезни Крона выявлена положительная корреляция частоты и интенсивности эрозирования ( $r = 0,77$ ;  $p < 0,01$ ) и контактной кровоточивости слизистой оболочки ( $r = 0,67$ ;  $p < 0,05$ ) со степенью нарушения функции сосудистого эндотелия. При хроническом колите отмечена положительная корреляционная связь

между интенсивностью эритемы слизистой и показателями эндотелий-зависимой вазодилатации плечевой артерии ( $r=0,43$ ;  $p<0,05$ ).

**Выводы.** Полученные данные свидетельствуют об участии эндотелий-зависимых механизмов в формировании макроскопических изменений слизистой оболочки толстой кишки при неспецифическом язвенном колите и болезни Крона.

### 039. ОКИСЛИТЕЛЬНЫЙ СТРЕСС И СИСТЕМА ГЕМОСТАЗА У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА. ВОЗМОЖНОСТИ АНТИОКСИДАНТНОЙ ТЕРАПИИ.

Боровков Н. Н., Занозина О. В., Аминова Н. В.

Кафедра госпитальной терапии, ГОУ ВПО «НиЖГМА Росздрава», г. Нижний Новгород.

**Актуальность:** окислительный стресс играет важную роль в развитии сахарного диабета 2 типа (СД 2) и его осложнений, в первую очередь, ишемической болезни сердца (ИБС). ИБС является самой частой причиной смерти больных СД 2 и составляет 40% в структуре смертности больных СД 2. В патогенезе агрессивного развития атеросклероза при СД, кроме интенсивности процессов перекисного окисления липидов (ПОЛ), имеют значение эндотелиальная дисфункция и нарушения в системе гемостаза, способствующие тромбообразованию и замыкающие порочный круг патогенеза ангиопатий. Существует мнение, что тромбофилия у больных СД 2 связана со снижением общей антиоксидантной активности. В связи с этим, представляет интерес изучение взаимосвязи окислительного стресса и системы гемостаза у больных СД 2 и влияния различной антиоксидантной терапии на гемостазиологические параметры у данной категории больных.

**Цель работы:** изучить взаимосвязь окислительного стресса и системы тромбоцитарно-сосудистого и коагуляционного гемостаза у больных СД 2 и оценить возможности антиоксидантной терапии в коррекции имеющихся гемостазиологических расстройств.

**Материалы и методы.** Изучены показатели свободно-радикального окисления, тромбоцитарно-сосудистого и плазменного гемостаза у 179 больных СД2. Средний возраст больных составил 56,3 года, гликированный гемоглобин от 6,7 % до 8,3 %. длительность заболевания от 3-х до 12 лет. У 62% пациентов была зарегистрирована ишемическая болезнь сердца, в 88% случаев присутствовала артериальная гипертензия. У 55 пациентов к базисной терапии СД 2 типа была добавлена альфа-липоевая кислота, у 84-х – мексидол, у 24 больных – сочетание альфа-липоевой кислоты с мексидолом. В контрольной (16 человек) проводилась базисная терапия без использования антиоксидантов. Лечение антиоксидантами проводилось в течение трёх недель, 2 курса в год. Оценивалась динамика исследуемых показателей до лечения, через 3 недели терапии, через 1 год наблюдения.

**Результаты.** При декомпенсации СД 2 при сравнении с компенсированным СД достоверно изменялись все показатели агрегатограммы и отдельные показатели коагуляционного гемостаза (фибринолитическая активность) (ФА), фибриноген,

антитромбин III (АТ3) Кроме того, даже при компенсированном СД 2 по сравнению с контролем имелись статистически значимые различия в степени и скорости агрегации тромбоцитов при использовании индуктора различной концентрации. Методом пошагового анализа выявлено, что наибольшая значимость в гиперагрегации тромбоцитов при СД 2 принадлежит интенсивности свободно-радикального окисления ( $\beta=0,239$ ;  $p=0,018$ )

Отмечена значимая положительная взаимосвязь интенсивности свободно-радикального окисления с параметрами агрегации тромбоцитов (степенью агрегации ( $r=0,25$ ;  $p=0,01$ ), скоростью агрегации ( $r=0,30$ ;  $p=0,01$ ), размерами агрегатов ( $r=0,68$ ;  $p=0,01$ )), а также с ФА ( $r=0,454$ ;  $p=0,001$ ), и отрицательная обратная связь общей антиоксидантной активности с указанными показателями (степенью агрегации ( $r=-0,29$ ;  $p=0,007$ ), ФА ( $r=-0,553$ ,  $p=0,021$ )). При уточнении корреляционной взаимосвязи между активностью антиоксидантных ферментов и некоторых показателей плазменного гемостаза нами выявлены значимая связь между ФА и активностью супероксиддисмутазы (СОД) ( $r=-0,66$ ,  $p=0,018$ ), каталазы (КАТ) ( $r=-0,65$ ,  $p=0,019$ ), глутатионпероксидазы (ГП) ( $r=-0,62$ ,  $p=0,005$ ). Уровень фибриногена отрицательно коррелировал с ГП ( $r=-0,71$ ,  $p=0,029$ ), РКФМ – с КАТ ( $r=-0,88$ ,  $p=0,001$ ). Под влиянием комплексной терапии с включением антиоксидантов наблюдалась чёткая тенденция к снижению степени и скорости агрегации тромбоцитов, исчезновение спонтанной агрегации, уменьшение размеров агрегатов. По сравнению с группой контроля во всех группах с использованием антиоксидантов отмечено достоверное снижение растворимых комплексов фибрин-мономеров и увеличение уровня антитромбина III. При комбинации альфа-липоевой кислоты с мексидолом эти изменения были более выражены, но не были статистически достоверны по сравнению с группами, где применялся один антиоксидант.

Через год наблюдения достоверные отличия показателей системы гемостаза от контроля сохранялись в группе, где использовался мексидол ( $p=0,0008$ ) Указанное отражает необходимость повторных курсов антиоксидантной терапии больным СД 2.

**Выводы.** У больных СД 2 наблюдается активация сосудисто-тромбоцитарного и плазменного гемостаза, тесно связанная с интенсивностью окислительного стресса и снижением как общей, так и ферментативной антиоксидантной активности.

Антиоксидантная терапия мексидолом и альфа-липоевой кислотой положительно влияет на систему гемостаза и снижает риск сосудистых осложнений.

### 040. СИНТЕТИЧЕСКИЙ ОПИОИДНЫЙ ПЕПТИД ДАЛАРГИН В ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО АЛКОГОЛЬНОГО ПАНКРЕАТИТА

Булгаков С.А.

РГМУ, Москва, РФ

Как известно, прием алкоголя является одной из ведущих причин развития панкреатита, вместе с тем, число лекарственных средств, применяемых в лечении этой патологии, весьма ограничено.

Целью исследования явилось изучение терапевтической активности лекарственного средства опиоидной природы даларгина в комплексной терапии хронического панкреатита алкогольного генеза, определение оптимальной схемы введения препарата.

Материалы и методы. Было обследовано и пролечено 38 больных (30 мужчин и 8 женщин в возрасте 18-60 лет) с отечной стадией хрон. алкогольного панкреатита. С целью определить наиболее эффективную дозу даларгина все больные были разбиты на 2 равноценные группы (по 19 человек в каждой группе). Больные 1-ой группы получали гексапептид в дозе 2 мл (2 мг) в/в кап. на 200,0 мл физ. р-ра 2 раза в день (5 дней). Больные 2-ой группы получали лекарство в дозе 3,0 мл (3 мг) в/в кап. на 200,0 мл физ. р-ра 2 раза в день (5 дней). Терапия даларгином в обеих группах велась на фоне стандартной схемы лечения (ферменты, спазмолитики, блокаторы секреции).

Результаты. Лечение даларгином позитивно сказывалось на самочувствии всех больных, их физической активности, снижении показателей уровня сахара в крови, СОЭ, лейкоцитоза и, что особенно важно, уровня амилазы. Болевая симптоматика у больных 1 группы к 5 дню лечения купировалась у 18 пациентов (95 %), у пациентов 2 группы к аналогичному сроку прекращение болей в области живота отмечено у 16 больных (85 %). Данные УЗИ поджелудочной железы указывали на положительную динамику ее размеров за счет уменьшения отека органа у больных обеих групп. Достичь на фоне лечения пептидом нормальных размеров железы (3,0 x 2,0 x 2,5 см) в 1 группе удалось в 8 случаях (42 %), во 2 группе у 6 больных (32 %). Серьезных побочных эффектов в ходе работы зафиксировано не было.

Обсуждение. В основе положительного действия пептида даларгина в отношении патологически измененной поджелудочной железы при ее алкогольном поражении лежат следующие механизмы действия гексапептида: даларгин снижает уровень панкреатических ферментов в лимфе и крови, стимулирует дренаж железы, улучшает процессы микроциркуляции в зоне поражения, ограничивает участки панкреонекроза.

Выводы. Даларгин эффективен в лечении хрон. алкогольного панкреатита в стадии обострения, при этом наиболее приемлемым вариантом лечения является схема: даларгин 2,0 (2 мг) в/в кап. 2 раза в сутки (5 дней) на фоне стандартной терапии.

#### **041. ПОКАЗАТЕЛИ АКТИВНОСТИ ФЕРМЕНТОВ В ТКАНИ ПЕЧЕНИ У ДЕТЕЙ ПРИ РАЗНЫХ СТАДИЯХ ХРОНИЗАЦИИ ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА В**

Бульгин В.Г.

НИИ медицинских проблем Севера СО РАМН, Красноярск, Россия

Цель исследования: изучение показателей активности ферментов в ткани печени у детей, больных хроническим вирусным гепатитом В, и определение зависимости этих параметров от стадии хронизации заболевания.

Материалы и методы. Обследовано 20 детей в возрасте от 12-и до 15-и лет с диагнозом "хронический вирусный гепатит В", который устанавливался в условиях специализированного стационара с помощью стандартных клинико-биохимических и иммуноферментных методов исследования и подтверждался морфологически после пункционной биопсии печени (под контролем УЗИ). Из общего числа обследованных детей у 10 человек определялась 2-я стадия хронизации процесса (слабая или умеренная степень активности заболевания с умеренно выраженными фиброзными изменениями в печени) и еще у 10 выявлялась 3-я стадия хронизации вирусного гепатита В (слабая или умеренная степень активности с тяжелым фиброзом в печени).

Материал, полученный при биопсиях, использовался и для определения в ткани печени активности внутриклеточных ферментов биоломинесцентным методом (Савченко А.А., Сунцова Л.Н., 1989). Определялись следующие показатели: активность глюкозо-6-фосфатдегидрогеназы (Г6ФДГ), глицерол-3-фосфатдегидрогеназы (Г3ФДГ), лактатдегидрогеназы (ЛДГ), НАД- и НАДФ-зависимых изоцитратдегидрогеназ (НАДИЦДГ и НАДФИЦДГ), НАД- и НАДФ-зависимых глутаматдегидрогеназ (НАДГДГ и НАДФГДГ), НАД- и НАДФ-зависимых малатдегидрогеназ (НАДМДГ и НАДФМДГ), а также глутатионредуктазы (ГР). Активность ферментов выражалась в микроединицах на 1 микрограмм ткани печени (мкЕ/мкг). Достоверность различий полученных результатов оценивалась с помощью критерия Манна-Уитни (U).

Результаты и их обсуждение. В результате проведенных исследований определен ряд достоверных различий между ферментными показателями ткани печени в группах больных, различающихся по стадии хронизации инфекционного процесса. Так, например, активности Г6ФДГ и ГР в группе детей с 3-й стадией хронизации вирусного гепатита В определялись достоверно ниже, чем у детей со 2-й стадией хронизации процесса ( $5,53 \pm 1,09$  и  $25,79 \pm 5,86$ , соответственно,  $P < 0,01$ ;  $2,23 \pm 0,13$  и  $4,54 \pm 0,68$ , соответственно,  $P < 0,01$ ). Кроме того, выявлена тенденция к снижению показателя ЛДГ в группе с более высокой стадией хронизации гепатита В по сравнению с аналогичным параметром печеночной паренхимы при 2-й стадии его хронизации ( $8,43 \pm 3,17$  и  $17,49 \pm 4,19$ , соответственно,  $P < 0,1$ ). В свою очередь, уровень НАДИЦДГ при 3-й стадии хронизации определялся достоверно более высоким, чем при 2-й стадии ( $2,33 \pm 0,63$  и  $0,88 \pm 0,29$ , соответственно,  $P < 0,05$ ).

Уменьшение активности двух НАДФ-зависимых ферментов – Г6ФДГ и ГР – у детей с более тяжелой стадией заболевания свидетельствует о значительном снижении функциональных возможностей клеток печени за счет ограничения наработки субстратов для макромолекулярного синтеза, а также менее высоком уровне в них реакций глутатионовой системы антиоксидантной защиты. Учитывая роль НАДФН в синтетических процессах, в том числе липидном обмене, связанном с обновлением и восстановлением мембранных структур, можно предположить, что уменьшение его количества в результате ингибирования реакций с участием указанных ферментов способствует

ограничению репаративных процессов в ткани печени при хроническом гепатите В.

Повышение же активности НАДИЦДГ может свидетельствовать об интенсификации реакций цикла трикарбоновых кислот и усиленной выработке АТФ, потребность клеток в которой в условиях патологического процесса увеличена. Однако участие гликолиза во внутриклеточной энергопродукции при более тяжелой стадии хронического гепатита В, вероятно, ограничено, что может способствовать накоплению в клетках лактата и подтверждается менее высокой, чем при 2-й стадии, активностью ЛДГ.

В заключение можно отметить, что выявленные нами особенности внутриклеточного обмена, характерные для клеток печени у детей 12-15-и лет, в зависимости от стадии хронизации вирусного гепатита В и проводимые в этом направлении дальнейшие исследования позволят, по-нашему мнению, уточнить некоторые метаболические аспекты патогенеза хронического гепатита В, обусловленные тяжестью его течения (стадией хронизации), определить новые подходы диагностики, лечения и прогнозов течения указанного заболевания в детском возрасте.

**Вывод.** Интенсивность реакций метаболизма в печеночной ткани детей в возрасте 12-15-и лет, больных хроническим вирусным гепатитом В, зависит от стадии хронизации инфекционного процесса. Изменения метаболических параметров, выявляемые при 3-й стадии хронизации вирусного гепатита В, свидетельствуют о более глубоком, чем при 2-й его стадии, функциональном поражении клеток печени.

#### 042. ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ СЛУЖБА В УСЛОВИЯХ ПОЛИКЛИНИКИ

Бунатян А.А.<sup>1</sup>, Самигуллин М.Ф.<sup>2</sup>, Фаттахов В.В.<sup>3</sup>

<sup>1</sup>МУЗ «Городская поликлиника № 10» УЗ ИК МО г. Казань. Россия.

<sup>2</sup>Кафедра эндоскопии и эндоскопической хирургии,

<sup>3</sup>кафедра клинической анатомии и амбулаторно-поликлинической хирургии ГОУ ДПО «Казанская государственная медицинская академия Росздрава». г.Казань. Россия.

Актуальность. Бурное развитие эндоскопия получила после внедрения в практическую медицину гибких эндоскопов и эндовидеосистем. Стало возможным проведение малоинвазивных оперативных вмешательств. Вместе с тем, внедрение новых медицинских технологий требует и новых подходов в организации этих служб: комплексного оснащения оборудованием, централизации дорогостоящего оборудования и квалифицированных кадров, подготовки соответствующих кадров.

На базе МУЗ «Городская поликлиника № 10» г. Казани совместно с кафедрой клинической анатомии и амбулаторно-поликлинической хирургии КГМА и кафедрой эндоскопии и эндоскопической хирургии КГМА разрабатываются и внедряются новые технологии обследования, профилактики, лечения и послеоперационной реабилитации больных с заболеваниями желудочно-кишечного тракта.

В связи с приоритетным развитием амбулаторно-поликлинической службы целесообразным представляется организация Лечебно-диагностических центров (ЛДЦ) в составе поликлиники или организация их, как неотъемлемой части Центров амбулаторно-поликлинической хирургии.

Целью создания таких центров является эффективное использование дорогостоящего оборудования, приближение квалифицированной и специализированной помощи к населению, осуществление отбора пациентов на госпитализацию в специализированные отделения.

Современная эндоскопия, амбулаторно-поликлиническая гастроэнтерология и хирургия требуют внедрения следующих высокотехнологических методов исследования и лечения, возможно с приобретением соответствующего оборудования.

- Эндоскопия с увеличением и стереомикроскопия ZOOM – технологии.
- Эндоскопия с применением NBI –технологии.
- Эндокапсульная эндоскопия.
- Эндосонография-скопия.
- Эндоскопическая коррекция рубцовых структур ЖКТ.
- Эндоскопическое стентирование поражений ЖКТ и билиарных обструкций.
- Эндоскопическое удаление конкрементов из желчных путей.
- Рентгенэндоскопические методы исследования ЖКТ и гепатобилиарной зоны.
- Эндоскопическое удаление опухолей ЖКТ и трахеобронхиального дерева, резекция слизистой с применением лазерной техники.
- Эндоскопическое лечение проктологических заболеваний с использованием новых технологий (фотокоагуляция, латексные кольца, удаление послеоперационных лигатур из просвета толстой и прямой кишок и т.п.).
- Эндоскопическое лечение злокачественных опухолей (фотодинамическая терапия, лазерная абляция, и др.).
- Внедрение неинвазивного подхода в диагностике и лечении диспепсии (дискомфорта в эпигастрии). С этой целью необходимо оснащение поликлиник тестами на Н.руlogi (дыхательный уреазный тест с C<sup>13</sup> или антиген в кале.
- Организация скрининга колоректального рака.
- Высокотехнологические методы обработки эндоскопов и эндоскопического инструментария.

В то же время, эффективная лечебно-диагностическая работа с использованием новых технологий невозможна без:

- цитогистологической лаборатории,
- клинической лаборатории,
- инженерно-технического штата (помещение, оборудование)

Было бы оптимальным наличие телемедицинского комплекса для проведения консультаций, обмена опытом и обучения персонала.

Отсутствие или не полное финансирование эндоскопического оборудования, дезинфицирующих средств инструментария и оборудования для обработки

эндоскопов создают условия для распространения ВиЧ и других инфекций при эндоскопических исследованиях.

С целью профилактики ВиЧ инфекции, гепатитов и др, при эндоскопических исследованиях и обеспечения безопасности медицинского персонала необходимо:

- проводить эндоскопические исследования только в специализированных кабинетах и центрах,
- обеспечить эндоскопические кабинеты современным оборудованием и достаточным количеством инструментария,
- использовать новые технологии для обработки эндоскопов и эндоскопического оборудования,
- провести паспортизацию эндоскопических кабинетов на соответствие их санитарным нормам,
- провести техническое освидетельствование эндоскопического оборудования.

Централизация эндоскопической службы в условиях многопрофильной поликлиники, проведение эндоскопических манипуляций и операций только в эндоскопических центрах повышает качество и безопасность оказания специализированной и квалифицированной медицинской помощи и повышает экономическую эффективность использования оборудования.

#### 043. СТРУКТУРА ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ, ДИАГНОСТИРУЕМАЯ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ

Бурдина Е.Г., Чернявская О.А., Моляренко Е.В.,  
Виноградова Н.С., Вахлаков А.Н., Минушкин О.Н.  
ФГУ «Поликлиника N 2», ФГУ «УНМЦ» УД  
Президента РФ, Москва

Проблема желудочно-кишечных кровотечений (ЖКК) уже на протяжении многих десятилетий остается одной из самых актуальных проблем современной медицины. ЖКК относятся к числу наиболее частых причин экстренной госпитализации в стационары хирургического профиля, причем в последние десятилетия количество таких пациентов увеличивается. Острые желудочно-кишечные кровотечения (ОЖКК) могут быть осложнением целого ряда заболеваний, по данным разных авторов, их частота составляет 50-150 случаев на 100 тыс. населения в год. Например, в США ОЖКК ежегодно становятся причиной более 300 тыс. случаев госпитализации. Уровень смертности от кровотечений из верхних отделов пищеварительного тракта колеблется в пределах от 5 до 10% и в развитых странах имеет некоторую тенденцию к снижению. От кровотечения умирают в основном люди преклонного возраста и лица с тяжелыми сопутствующими заболеваниями. В нашей стране в последние годы, наоборот, наметилась тенденция к некоторому увеличению летальности при кровотечениях из верхних отделов пищеварительного тракта. Средняя летальность по Москве в 1998 г. составила 10,6%. Летальность при рецидиве кровотечения остается высокой и не имеет тенденции к снижению: ее уровень в среднем составляет 30-40%. Основную роль в успешном лечении больных с кровотечением из желудочно-кишечного тракта играет ранняя и точная диагностика причины кровотечения.

Цель: анализ причин желудочно-кишечных кровотечений, по данным поликлиники за шесть лет (2004-2009 гг.).

Материалы и методы: проанализированы материалы 28 больных (мужчин - 24, женщин - 4, в соотношении 6:1, средний возраст  $51,7 \pm 4,8$  лет), госпитализированных с признаками желудочно-кишечного кровотечения, что составило 0,13% от среднегодовой численности прикрепленного контингента. Помимо анализа клинико-анамнестических данных, всем больным проведено эндоскопическое исследование желудка с морфологическим изучением гастробиоптатов и диагностикой инфекции *H. pylori*, либо колоноскопия, УЗИ органов брюшной полости, общеклиническое и биохимическое исследования крови, серологическая диагностика *H. pylori* (IgG), анализ кала на скрытую кровь; по показаниям, - КТ, МРТ брюшной полости, капсульная эндоскопия. Все больные были своевременно госпитализированы в стационар.

Результаты: основным источником желудочно-кишечного кровотечения была язва желудка (39,3%, n=11): на фоне приема ulcerогенных (аспирин, НПВС, непрямые антикоагулянты, глюкокортикоиды) препаратов (n=8), персистенции инфекции *H. pylori* (n=2), рака желудка (n=1), после полипэктомии в амбулаторных условиях (n=1) другого учреждения. Язва двенадцатиперстной кишки была причиной кровотечения у 28,5% (n=8) больных: на фоне приема ulcerогенных препаратов (n=5), персистенции инфекции *H. pylori* (n=2), рака поджелудочной железы с прорастанием в двенадцатиперстную кишку (n=1). Пищеводные кровотечения составили 25,0% (n=7): эрозивный эзофагит (n=3) на фоне приема нестероидных противовоспалительных препаратов, синдром Мэллори-Вейса (n=3), варикозно-расширенные вены пищевода (n=1) у больного циррозом печени алиментарной этиологии с летальным исходом. Язва терминального отдела подвздошной кишки (болезнь Крона), как источник кровотечения установлена у 1 больного. Массивное кровотечение из прямой кишки было диагностировано также у 1 больного (рак прямой кишки).

Выводы: частота желудочно-кишечных кровотечений в среднем за 6 лет составила 0,13% от среднегодовой численности прикрепленного контингента, преимущественно у больных с язвой желудка и двенадцатиперстной кишки - 67,8%; из них лекарственные поражения составили 57,9%, что требует превентивной антисекреторной терапии у данной категории больных.

#### 044. ЭРАДИКАЦИОННОЕ ЛЕЧЕНИЕ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ЖЕЛУДКА У БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

Бурдина Е.Г., Вахлаков А.Н., Минушкин О.Н.  
ФГУ «Поликлиника N 2», ФГУ «УНМЦ» УД  
Президента РФ, Москва

Введение. Особенности функциональных и морфологических изменений при язвенной болезни, такие как уменьшение секреторной активности желудка, преобладание атрофических форм гастрита, выраженные нарушения микроциркуляции в пожилом возрасте

требуют дальнейшего изучения и систематизации для создания лечебно-диагностического алгоритма и прогнозирования течения заболевания.

**Цель исследования.** Оптимизация эрадикационной терапии язвенной болезни желудка у больных пожилого и старческого возраста

**Материалы и методы.** Обследовано 103 больных (средний возраст 72,6±6,1 год), которым на основании морфо-эндоскопического и клинического исследований был установлен диагноз язвенной болезни желудка с локализацией в пилоро-антральном (1-я подгруппа, n=61), фундальном /тело желудка/ (2-я подгруппа, n=37) и кардиальном отделах (3-я подгруппа, n=5), ассоциированной с инфекцией *H.pylori*. Обследование включало также определение местной уреазной активности, проведение внутрижелудочной pH-метрии, после чего проводилась эрадикационная терапия с использованием тройной схемы в течение 10 дней. Выбор препаратов для эрадикации зависел от состояния кислотообразующей функции желудка. Так, у больных с сохраненной и повышенной секрецией соляной кислоты использовали ингибитор протонной помпы (омепразол или рабепразол 20 мг 2 раза в день), а у больных с пониженной секрецией - коллоидный субцитрат висмута (Де-нол 240 мг 2 раза в день). Антибактериальные препараты назначались на основании особых положений II Маастрихтского соглашения (2000 год) в меньших дозах (половинных) - флемоксин-солютаб 500 мг + кларитромицин 250 мг 2 раза в день. Контрольное исследование проводилось через 4-6 недель после завершения курса антихеликобактерной терапии. Эрадикация считалась достигнутой, если *H. pylori* не определялся гистологически и с помощью уреазного теста в гастробиоптатах слизистой.

**Результаты.** У большинства больных (58,25%, n=60) язвы были среднего размера (0,5-1 см), малые размеры (до 0,5 см) определялись у 13,59 % (n=13), большие - у 29,12% (n=30). Гигантская язва (более 3-х см) обнаружена в одном случае (0,97%). Гипер- и нормоацидность (1-я группа) установлены в 60,19% (n=62): 75,4% (n=46), 40,54% (n=15), 20,00% (n=1), соответственно по подгруппам, достоверно чаще (p<0,05) у лиц с пилоро-антральной локализацией язвы. Гипоацидность (39,80%, n=41) была характерна для больных (2-я группа) с язвами тела и проксимального отдела, протекавшими, как правило, на фоне атрофии слизистой оболочки фундального отдела: 24,59% (n=15), 59,45% (n=22), 80,00% (n=4), соответственно (p<0,05). При пилоро-антральной локализации язвы определялась преимущественно высокая (40,98%, n=25) и умеренная степени (31,14%, n=19) обсемененности слизистой *H.pylori*. У больных с язвой тела желудка преобладала слабая (70,27%, n=26) и умеренная (19,91%, n=7) степени колонизации на фоне снижения продукции ионов водорода фундальными железами желудка. У всех больных с язвой проксимального отдела желудка установлена низкая степень микробной обсемененности. Эрадикация была достигнута у 90,24% (n=37) больных со сниженной секрецией желудка при использовании коллоидного субцитрата висмута (Де-нола) и у 91,93% (n=57) больных с сохраненной кислотопродуцирующей функцией желудка.

**Выводы.** 1. Больные с язвенной болезнью желудка имеют разную кислотопродуцирующую функцию желудка. 2. Кислотопродукция является основой для выбора схемы эрадикационного лечения. 3. У больных с сохраненной и повышенной секрецией желудка в эрадикационной схеме должны использоваться наряду с антибактериальными препаратами - ингибиторы протонной помпы; у больных с пониженной секрецией - субцитрат висмута (Де-нол). 4. Эффективность эрадикации составила 91,93% у лиц в первой и 90,24% - во второй группах. 5. У больных язвенной болезнью желудка пожилого и старческого возраста можно использовать половинные (от рекомендованных) дозы антибактериальных препаратов.

#### 045. АНАЛИЗ ПРИЧИН ХОЛЕСТАЗА В АМБУЛАТОРНОЙ ПРАКТИКЕ

Бурдина Е.Г., Шиндяпина О.В., Кузнецова Е.А., Кулакова Н.И., Григорьева Е.В., Шиковная Ю.Н., Минушкин О.Н.

ФГУ «Поликлиника N2» УД Президента РФ, Москва, Россия

**Введение.** Холестаз - нарушение образования желчи и/или ее оттока, что сопровождается повышением в крови уровня показателей, характеризующих эти процессы. Возможно развитие желтухи, степень выраженности которой зависит от уровня билирубина. На ранних стадиях холестаза она может отсутствовать или быть слабо выраженной. Метаболическую стадию холестаза характеризуют  $\gamma$ -ГТ, ЩФ, нередко в сочетании с показателями цитолиза. Ранние клинические симптомы холестатических заболеваний печени неспецифичны. Эти симптомы выявляются либо при тщательном расспросе, либо при случайно обнаруженном повышении уровня ферментов печени или при скрининговом ультразвуковом исследовании.

**Цель настоящего исследования:** анализ причин холестаза в амбулаторной практике.

**Материалы и методы:** проанализировано 150 амбулаторных карт больных (54 мужчины, 96 женщин, в соотношении 1:1,7, средний возраст 57,6±9,8 лет) с маркерами холестаза (повышение  $\gamma$ -ГТ, ЩФ), установленным на основании биохимического исследования крови. Помимо общеклинического и биохимического исследований крови с определением активности ферментов сыворотки (АЛТ, АСТ,  $\gamma$ -ГТ, ЩФ), показателей обмена билирубина, белков, липидов, активности протромбинового комплекса, анализа клинико-эпидемиологических аспектов, всем больным проводилось определение серологических маркеров вирусных гепатитов В, С, ТТV, G методами ИФА и/или ПЦР (генотип вируса определялся у больных с HCV), аутоиммунных антител (антинуклеарных, к митохондриям, гладкой мускулатуре, микросомам печени, почек и др.), УЗИ брюшной полости, ЭГДС, по показаниям - КТ и/или МРТ брюшной полости, рентгенологическое исследование желудочно-кишечного тракта, пункционная биопсия печени (в стационаре).

**Результаты:** удельный вес обструктивного холестаза составил 34,7%, n=52: ЖКБ, в том числе, холедохолитиаз - 22,0% (n=33), стриктура общего желчного протока после холецистэктомии - 2,0% (n=3), опухоли печени, в

том числе, метастазы - 2,0% (n=3), эхинококковая киста печени - 0,7% (n=1), опухоль Фатерова соска - 1,3% (n=2), парафатеральный дивертикул двенадцатиперстной кишки - 0,7% (n=1), панкреатит - 4,7% (n=7), опухоль поджелудочной железы - 1,3% (n=2).

На долю необструктивного холестаза приходится 60,7% (n=91). Так, удельный вес гепатитов в этиопатогенезе холестаза, в том числе, в стадии цирроза печени (ЦП), составил 41,3% (n=62): вирусной этиологии - 23,3% (n=35); алкогольная болезнь печени - 10,7% (n=14); неалкогольный стеатогепатит - 6,7% (n=9); первичный билиарный цирроз (ПБЦ) - 7,3% (n=11); первичный склерозирующий холангит (ПСХ) - 1,3% (n=2), ассоциированный с язвенным колитом (n=2); синдром перекреста (ПБЦ/АИГ) - 0,7% (n=1); лекарственный холестаз - 4,0% (n=6) на фоне приема валтрекса (n=1), БАДов (n=2), психотропных препаратов (n=1); внутрипеченочный холестаз беременных (III триместр) - 1,3% (n=2).

У 7 (4,6%) больных причину холестаза установить не удалось, что потребовало дальнейшего наблюдения или стационарного обследования.

**Выводы.** Удельный вес обструктивного холестаза составил 34,7%, необструктивного - 60,7%, неуточненного - 4,6%. Своевременная дифференциальная диагностика холестаза в амбулаторных условиях позволяет определить тактику ведения больного, предупредить дальнейшее прогрессирование заболевания и улучшить прогноз. Биохимические тесты (АСТ, АЛТ, ШФ, ГГТП) должны входить в обязательный комплекс исследований (по крайней мере на момент прикрепления пациента на поликлиническое обслуживание).

#### 046. АНТИСЕКРЕТОРНАЯ ТЕРАПИЯ ИНГИБИТОРАМИ ПРОТОННОЙ ПОМПЫ И РИСК ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ

Бурков С.Г., Сторожук И. К., Алексеева Е.П., Черезова И.Н.

ФГУ «Поликлиника № 3» Управления делами Президента РФ, Москва, Россия

В последние годы в мировой литературе обсуждается возможная связь антисекреторной терапии ингибиторами протонной помпы (ИПП) и H<sub>2</sub>-блокаторами гистаминовых рецепторов (H<sub>2</sub>) с риском (возрастающим в 1,5-2 раза) развития внебольничной пневмонии у пациентов старших возрастных групп (Majumdar S.R. et al., 2003; Laheij R.J. et al., 2004; Gulmey S.E. et al., 2007; Sarkar M. et al., 2008; Myles P.R. et al., 2009; Eurich D.T., 2010).

**Целью настоящего исследования** явилась попытка выявить возможную взаимосвязь антисекреторной терапии ИПП/H<sub>2</sub> с риском развития внебольничной пневмонии у пациентов пожилого и старческого возраста.

**Материалы и методы.** Проведен ретроспективный анализ амбулаторных карт 357 пациентов в возрасте 65 лет и старше (средний 72,6 +/- 3,7 года), 141 женщины и 216 мужчин, госпитализированных в стационар в 2008-2009 гг. с диагнозом внебольничная пневмония, с целью установления лиц, которым в течение ближайших 6

месяцев до госпитализации проводилась антисекреторная терапия ИПП/H<sub>2</sub>.

**Результаты.** Проведенный анализ позволил установить, что из 357 пациентов лишь 25 (7,0%) в ближайшие 6 месяцев до развития внебольничной пневмонии проводилась антисекреторная терапия. 24 - принимали омепразол в дозе 20 мг ежедневно в течение 2-4 недель, последний прием - за 4-8 недель до госпитализации. Одна пациентка лечилась ранитидином в дозе 150 мг за 8 недель до развития пневмонии.

**Заключение.** Проведенный анализ не позволил установить связь антисекреторной терапии ИПП/H<sub>2</sub> с развитием внебольничной пневмонии у пациентов старших возрастов. Возможно, необходимо включение в анализ большего числа случаев. Вместе с тем, учитывая мировой опыт, следует помнить о возможной связи приема ИПП/H<sub>2</sub> с развитием внебольничной пневмонии и соблюдать осторожность, назначая данные препараты пациентам пожилого возраста, ранее перенесших пневмонию, имеющих факторы риска развития таковой.

#### 047. ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ И ЛЕЧЕНИЯ ГЭРБ У ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ.

Бушueva И.Г., Шатихин А.И.

Кафедра клинической фармакологии и пропедевтики внутренних болезней.

ГОУ ВПО ММА им. И.М. Сеченова Росздрава г. Москва, Россия

**Актуальность:** Проблема гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (ГЭРБ) в последнее время привлекает к себе внимание ученых и практикующих врачей многих стран мира. Это связано, в первую очередь, с ростом распространенности ГЭРБ, широким спектром предъявляемых пациентами жалоб, в том числе и «внеэзофагеального характера», развитием таких серьезных осложнений, как пищевод Барретта и аденокарцинома пищевода, а также продолжительностью консервативной терапии и в ряде случаев неизбежностью хирургического вмешательства. ГЭРБ по праву считают заболеванием XXI века, так как в последние годы прослеживается тенденция к уменьшению заболеваемости язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки и увеличению заболеваемости ГЭРБ.

Распространенность ГЭРБ среди взрослого населения составляет до 40%. В странах Западной Европы и США широкие эпидемиологические исследования свидетельствуют о том, что до 40% людей постоянно (с различной частотой) испытывают изжогу - основной симптом ГЭРБ. В России распространенность ГЭРБ среди взрослого населения составляет 40-60%, причем у 45-80% таких пациентов обнаруживается эзофагит. В общей популяции населения распространенность эзофагита оценивается в 5-6%, при этом у 65-90% больных отмечается незначительно выраженный и умеренный эзофагит, у 10-35% - тяжелый.

**Цель работы:** Пристального внимания заслуживают особенности клинического течения ГЭРБ и терапии у пациентов пожилого и старческого возраста (от 61 до 90 лет).

**Материалы и методы исследования:** В исследовании были включены две группы пациентов, в количестве 130 человек, с симптомами ГЭРБ. Первая группа составила 58 человек (28 женщин, 30 мужчин) в возрасте от 18 до 60 лет (молодого и зрелого возраста). Вторая группа составила 72 человека (23 женщины, 49 мужчин) пожилого и старческого возраста от 61 до 88 лет. Продолжительность течения ГЭРБ в исследуемых группах от 1 года до 25 лет. Сроки наблюдения более 5 лет. Для оценки состояния пациентов ГЭРБ использованы следующие методы обследования: клиничко-лабораторное обследование, ЭГДС, рентгенологический (методика одномоментного двойного контрастирования с водной взвесью сульфата бария), эндоскопическая рН-метрия, психометрия.

**Результаты:** У пожилых и старых были выявлены важные особенности клинического течения: достоверно чаще у исследуемой группы больных (по сравнению с контрольной группой – молодого и зрелого возраста) отмечались чувство изжоги (ежедневно, ночью, еженедельно); боли за грудиной – чувство тяжести за грудиной; дисфагия, тошнота, рвота. Достоверно чаще – в 7 раз отмечались внепищеводные проявления (ночной кашель, осиплость голоса, фарингит).

Более тяжелое и своеобразное течение ГЭРБ у пожилых и старческом возрасте можно объяснить рядом причин. Среди факторов, усугубляющих течение ГЭРБ у пожилых и лиц старшего возраста, следует отметить следующее: курение, приём алкоголя, ожирение, приём различных лекарственных средств (НПВС, нитраты, производные эуфилина), а также сочетание с другими заболеваниями пожилого и старческого возраста (ожирение, ИБС, сахарный диабет, болезни суставов, желчнокаменная болезнь, болезни ЖКТ). При ЭГДС у больных исследуемой группы по сравнению с данными более молодой группы чаще отмечены более выраженные изменения: рефлюкс-эзофагит 2-3-4 степени тяжести (соответственно в 16%, 14%, 5%) по сравнению с частотой рефлюкс-эзофагита у контрольной группы (8%, 4%, 1,5%). Пищевод Барретта в 7 раз чаще выявляется у исследуемой группы больных.

У 9 пациентов (6,92%) пожилой группы рефлюкс-эзофагит осложнился кровотечением из эрозий и язв пищевода, что потребовало срочной госпитализации в хирургическое отделение.

Медикаментозную терапию пожилым пациентам с ГЭРБ (учитывая длительный анамнез заболевания, более тяжелую форму эзофагита и сопутствующие заболевания) мы начинали сразу с применения ингибиторов протонной помпы в сочетании с антацидными препаратами и альгинатами (маалакс, гевискон). В качестве ИПП назначался пациентам препарат Ультоп (омепразол) компании КРКА, двукратный прием в дозе 20 мг в утренние и вечерние часы. У пациентов с неэрозивным рефлюкс – эзофагитом длительность приема составила 4 недели. У пациентов в эрозивно-язвенной форме эзофагита от 8 до 16 недель, у пациентов с сопутствующими заболеваниями (ИБС, БА, РА) необходимо переходить на поддерживающие дозы препарата (20 мг однократно) в течение длительного периода до года. Также эффективна терапия ИПП «по требованию», то есть после основного курса лечения,

при возникновении симптомов ГЭРБ, прием препарата в дозе 20 мг от двух до трех раз в неделю.

**Выводы:**

К числу клинических особенностей течения ГЭРБ у пожилых относится:

- Длительный анамнез течения ГЭРБ и высокий риск развития пищевода Барретта;
- Наличие более тяжелых форм рефлюкс-эзофагита: эрозивно-язвенный, эзофагиты, осложняющиеся кровотечениями;
- Более частые внепищеводные проявления ГЭРБ;
- Наличие сопутствующих заболеваний (ИБС, ожирение, болезни суставов, хронические обструктивные заболевания лёгких), по поводу которых больные принимают лекарственные средства, отрицательно влияющие на ГЭРБ.
- Наличие устоявшихся поведенческих привычек (курение, алкоголь, нарушение режима питания);
- полученные результаты указывают на необходимость периодического усиления терапии ИПП у пожилых, особенно при сочетании с ИБС, ХОБЛ, ожирением, болезнями суставов;
- У пожилых больных ГЭРБ при развитии признаков тревоги и депрессии показано назначение антидепрессантов, смягчающих течение заболевания (феварин).

**048. ПОРАЖЕНИЕ ПЕЧЕНИ, ВЫЗВАННОЕ ПРИЕМОМ ЧИСТОТЕЛА. ОПИСАНИЕ КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ.**

Василенко В. В. , Тимофеев С. Е. , Фролова Н. И.  
ММА им. И.М. Сеченова, Москва, Россия  
Краткий обзор клинического случая

Женщина 43 лет, бухгалтер. Не курит, алкогольные напитки, по ее утверждению, употребляет 1-2 раза в месяц в количестве не более 250 мл вина. В возрасте 20 лет перенесла радикальную экстирпацию матки по поводу цистаденокарциномы. После операции в течение двух лет осуществлялась химиотерапия. Заместительная гормональная терапия не проводилась и не проводится.

В июне 2009 г., через 3 дня после пищевого эксцесса, появились неинтенсивные, не иррадиирующие боли, локализованные в левой подвздошной области, и общая слабость. При расспросе выяснилось, что пациентка ежегодно на протяжении 22 лет «для профилактики рака» в течение месяца осенью пила настой сухой травы чистотела, которую приобретала на рынках.

Динамика печеночных показателей за весь период болезни:  $\gamma$ -ГТП повышалась максимально в 2,5 раза (при первом определении), АсАТ и АлАТ – в полтора раза (при третьем определении); соотношение АсАТ/АлАТ  $\approx$  0,73-0,78. Концентрация билирубина однократно превысила верхнюю границу в 1,4 раза. Активность щелочной фосфатазы стабильно нормальная. Определение альфа-амилазы (диастазы) в моче и в крови не обнаруживало отклонений от референсных значений. Холестерол общий менялся незначительно (максимально превысил норму в 1,16 раза) и нормализовался.

Контрольное рентгеновское исследование, как и было рекомендовано, проведено через три месяца. По

результатам исследования (МСКТ) не выявлено патологии печени и поджелудочной железы.

Отклонения в биохимических показателях, в том числе и уровня ферритина, трактовали как цитолитический синдром, вызванный приемом внутрь препарата чистотела. Клиника соответствовала формирующейся билиарной дисфункции преимущественно по панкреатическому типу, закрепляющейся под мощным ятрогенным воздействием. Субъективные проявления гепатита в целом были типичными: астенический, болевой и диспептический синдромы (снижение аппетита, тошнота, непереносимость жирной пищи).

Данное наблюдение показывает, что фитогепатопатии могут протекать без симптомов холестаза и встречаются они, по-видимому, чаще, чем ранее предполагалось.

Интерпретация умеренного (до трехкратного) повышения активности аминотрансфераз и гамма-глутамилтранспептидазы сыворотки крови иногда вызывает затруднения. Практически, в отсутствие признаков хронических диффузных заболеваний печени, обычно ответственны за подобные лабораторные отклонения, следующие факторы или их сочетание: этанол, лекарства и БАДы, непривычная пища, наличие неалкогольного стеатогепатоза, причем чаще это отмечают у женщин. Целесообразной в подобных случаях представляется тактика выжидательная: клиническое наблюдение и повторение минимума печеночных лабораторных тестов не ранее чем через три месяца; при развитии лекарственного гепатита с аутоиммунным компонентом нормализация показателей может произойти гораздо позже.

Чистотел большой, *Chelidonium majus* L., — растение, относящееся к монотипическому роду чистотел, семейства маковых. В Российской Федерации зарегистрировано растительное сырье Чистотела трава (*Chelidonii herba*). Фармакологическая активность чистотела к настоящему времени изучена довольно полно. Она обусловлена преимущественно алкалоидами хелидонии (основной), гомохелидоном, протопином, сангвиритрином (сумма алкалоидов сангвинарина и хелеретрина). Масштабные исследования лечебных свойств чистотела сейчас осуществляют в Украине. Проводятся клинические испытания препарата *Ukrain* (NSC-631570) для приема внутрь с целью лечения злокачественных новообразований разной локализации.

Свежий документ Всемирной организации здравоохранения рекомендует на упаковках медикаментов на основе ЧБ для приема внутрь писать предупреждение о том, что лекарство может применяться только по назначению врача. Европейская организация, занимающаяся безопасностью косметических средств также предупреждает о рисках приема препаратов ЧБ внутрь. Токсичность ЧБ подчеркивается и в современных руководстве по опасным растениям и руководстве по гепатологии.

#### 049. АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТОНИЯ И ХРОНИЧЕСКИЙ ВИРУСНЫЙ ГЕПАТИТ

Васильева Н.В., Варганова Д.Л., Климова Н.Н., Кузьмина О.А., Таланова О.С., Трифонова М.С., Арямкина О.Л., Рузов В.И.

Ульяновский государственный университет  
Ульяновск, Россия

Артериальная гипертензия и хронический вирусный гепатит относятся к медико-социальным проблемам современной России (Федеральная Целевая программа «Предупреждение и борьба с социально значимыми заболеваниями на 2007–2011 годы»). Известно, что артериальная гипертензия встречается у трети-четверти больных хроническим вирусным гепатитом, особенно гепатитом С. Хронический вирусный гепатит и артериальная гипертензия характеризуются сложностью дифференциальной диагностики, при их сочетании - ухудшением прогноза течения заболеваний. Полиморбидность требует изучения определения патогенеза, коррекции лечебно-диагностической тактики данной коморбидности, а также оценки краткосрочного, долгосрочного прогнозирования их течения и исходов.

Цель исследования - изучить клинико-патогенетические аспекты полиморбидности хронического вирусного гепатита (ХВГ) и артериальной гипертензии (АГ). Для реализации цели поставлены задачи: выявить частоту встречаемости АГ при ХВГ с учетом стадии заболевания – гепатит, цирроз, его этиологии; изучить возможные патогенетические механизмы формирования АГ у больных хроническим вирусным гепатитом.

Материалы и методы. Дизайн исследования – проспективное, рандомизированное, проведенное методом случай-контроль сплошной выборкой за период 01.2008-03.2010 годы. Обследованы 102 больных - хроническим гепатитом (51) и циррозом печени (51) В, С и В+С гастроэнтерологического отделения ГУЗ ОКБ г. Ульяновска. Получено добровольное информированное согласие пациентов на исследование. Хронический гепатит (ХГ), цирроз печени (ЦП), их внепеченочные заболевания и артериальную гипертензию (АГ) диагностировали по стандартным критериям. Спектры маркеров HBV- и HCV-инфекции верифицировали методом ИФА, проводили ПЦР (качественно, количественно). Микроальбуминурию, СРБ, ЦИК относили к маркерам эндотелиальной дисфункции. Использовали программные пакеты STATISTICA 6.0, SPSS 13.0. Рассчитывали величину отношения шансов (OR - odds ratio).

Результаты и обсуждения. Средний возраст больных составил 46,8±1,43 лет (95% ДИ 44-49,7) с равным соотношением мужчин/женщин 1:1 и при ХГ и при ЦП. Маркеры моно- и микстинфекции В и С верифицированы в 35 (34,3%), 63 (61,8%) и 4-х (3,9%) случаях соответственно. Возраст больных ХГ варьировал от 17 до 74 лет, составив 43,7±2,3 года (95% ДИ 39,1-48,3), ЦП – от 26 до 76 лет, составив 49,9±1,63 лет (95% ДИ 46,7-53,2) (p<0,01). В половине случаев - у 56 (54,9%) диагностирована АГ, у 25 больных ХГ и у 31 больного ЦП (p>0,05). Различий в частоте встречаемости АГ ни при ХГ ни при ЦП различной этиологии - В, С и В+С не выявлено ( $\chi^2$ =н/д). В 2/3 случаев ХГ и ЦП АГ диагностирована впервые при обследовании больных и частота ее встречаемости увеличивалась с возрастом пациентов (p>0,05).

Согласно номенклатуре ВОЗ/МОГ 1999-2001 и ВНОК 2008 гг. при ХГ В и ЦП В АГ соответствовала

преимущественно I-II степени, а при ХГС и ЦП С - III-IV степени. Установлено, что АГ прогностически неблагоприятный признак ХГ В и С (OR 1,96, RR 2,55) и ЦП В и С (OR 1,14, RR 1,27). Хронический гломерулонефрит диагностирован у 29,6% больных, в единичных случаях на начальной стадии ХПН с повышением мочевины и креатинина до 14,8 ммоль/л и 124,3 ммоль/л соответственно. Хроническая болезнь почек с иммунокомплексным и иммуноклоточным механизмом развития является внепеченочным проявлением HBV-/HCV-инфекции.

При ХГ/ЦП В и С, протекающих в полиморбидности с АГ но без критериев гломерулонефрита, в 26,1% случаев выявлена микроальбуминурия до 0,014±0,001 (0,011-0,12), в 87,1% случаев - повышение СРБ до 7,0±0,45 (6,08-7,92) ед. У данной категории больных до 1,2-1,7 норм повышаются уровни ЦИК и IgG. Микроальбуминурия и иные маркеры эндотелиальной дисфункции могут выступать ранними диагностическими признаками поражения почек и развития в дальнейшем нефрологических внепеченочных системных проявлений хронической HBV- и HCV-инфекции. Либо свидетельствуют о поражении сосудов артериального русла различными механизмами (вирусы? ЦИК?).

**Закключение.** Синдром АГ диагностируется у 54,9% больных ХГ/ЦП В и С, наиболее тяжелый при хроническом HCV-инфицировании и на стадии цирроза печени. У 1/3 больных ХГ/ЦП АГ имеет нефрогенный генез. Предположительно, что в генезе развития АГ при хронической HBV- и HCV-инфекции задействованы механизмы не только поражений почек, но и сосудов собственно HBV/HCV и иммунными комплексами.

#### 050. ВКЛАД РАЗЛИЧНЫХ ФАКТОРОВ В РАЗВИТИЕ БРОНХООБСТРУКТИВНОГО СИНДРОМА У СОТРУДНИКОВ МВД И МЧС

Визель А.А., Амиров Н.Б., Потапова М.В.  
КГМУ, МСЧ МВД по РТ (Казань)

**Цель:** Изучить распространенность и особенности формирования бронхообструктивного синдрома (БОС) среди сотрудников ГАИ ГИБДД и пожарников. Определить ФР, их влияние на развитие ХОБЛ. Намечить пути профилактики ХОБЛ в этих группах больных.

**Материалы и методы:** Обследовано 783 чел. в возраст 20 до 59 лет: 431 (55,04%) сотр. ГАИ (413 м и 18 ж, ср. возраст 31,8±0,31 года), а 352 (44,96%) пож. (350 м и 2 ж, ср. возраст 33,9±0,39 г).

**Результаты:** 50,6% сотр. ГАИ были курильщиками, 19,5% – курильщиками в прошлом, 29,9% не курили. 76,1% обследованных работали в условиях дорог и трасс, у 10% отмечен проф. фактор стресса. Все сотр. ГАИ имели данные флюорографии (97% в течение года и 3% – в течение 2-х лет). Опрос по жалобам выявил кашель у 17,4% обсл., одышку при нагрузке – у 30,2%. Аллерг. анамнез отягощен у 8,4%. У 3,9% аллергия имела кожные проявления, у 1,6% – в виде аллерг. ринита, у 1,9% – в виде конъюнктивита. 1,2% отметили одышку во время аллерг. реакции, у 1 обсл. в анамнезе аллерг. шок. Установленные ранее заболевания ОД имели место у 2,1% сотрудников (у 7 – ХБ и по 1 пациенту пришлось на ХОБЛ, БА и ОБ). Заболевания ОД в

анамнезе встретились у 13,7% сотр. 10,0% сотр. ГАИ перенесли ранее пневмонию. Ср. знач., характеризующие ФВД, были в пределах N, ФЖЕЛ = 106,9±0,7% от должной, ОФВ<sub>1</sub> = 102,8±% от должной, а ОФВ<sub>1</sub>/ФЖЕЛ = 80,6±0,30%. При анализе отмечено, что у 3,9% обсл. ОФВ<sub>1</sub>/ФЖЕЛ было <70%, ФЖЕЛ была <80% от долж. у 1,4%, ОФВ<sub>1</sub> – у 2,8%. Среди всех сотр., работавших на улицах и дорогах, отношение ОФВ<sub>1</sub>/ФЖЕЛ было ниже 70% у 4,3% (ср. зн. 80,4±0,3%). Среди продолжавших курить инд. Тиффно был <70% у 5% сотрудников, среди куривших ранее и бросивших – 3,6%, а среди никогда не куривших – 2,3% (ср. зн. инд. Тиффно 81,3±0,5%). У сотр. ГАИ, работавших на трассе и продолжавших курить этот признак обструкции встретился в 5,6% сл. Среди 150 сотр. с непрерывным стажем курения 10 пачко-лет и менее частота признака ОФВ<sub>1</sub>/ФЖЕЛ <70% составила 3,3%, а среди 32 обсл. куривших 20 пачко/лет и более – 15,6%. Среди куривших и бросивших курить со стажем курения более 20 лет этот ключевой признак обструкции встретился в 26,1% случаев (ср. зн. инд. Тиффно 74,7±1,7%). Среди сотр. ДПС, несущих службу на трассах более 10 лет и имевших стаж курения более 20 пачко/лет частота снижения инд. Тиффно достигла 44,4%. У 75 обсл., которые отметили наличие кашля, отношение ОФВ<sub>1</sub>/ФЖЕЛ было ниже нормы в 6,7% случаев (среднее 81,3±0,5%), а среди кашлявших, куривших и работавших на трассе – 8,9% (77,9±0,9%). Если к последним трем признакам добавить стаж курения более 20 пачко/лет, то значение инд. Тиффно достигало 71,4±2,5%, а частота его снижения ниже 70% – 42,9%. Нарастание стажа курения приводило к учащению обструктивного синдрома как у работавших на дорогах, так и не имевших этого проф. фактора. Среди куривших нарастание стажа работы на дорогах сопровождалось учащением снижения ИТ, среди не куривших этого не было. Среди 36 сотр. с отягощенным аллерг. анамнезом частота снижения инд. Тиффно ниже нормы составила 5,6% (среднее 79,9±1,1%). Среди не работавших на трассах и не куривших аллерг. фенотип имел место у 16,4% сотр, среди куривших до 10 лет – у 7,9%, среди куривших 10-20 лет – у 14,3%, а у куривших >20 лет аллергии не было отмечено. Анализ показал, что ведущим фактором развития БОС у сотр. ГАИ явл. курение, тогда как работа на трассе (фактор загазованности) и отягощенный аллерг. анамнез (предрасположенность к БА) имеют меньшее значение. Ведущим оздоровительным мероприятием среди аттестованных сотрудников ГАИ должно быть прекращение табакокурения.

61,9% пож. были курильщиками, 19,9% – курильщиками в прошлом, 21,2% – не курили. 91,8% обследованных работали в условиях тушения пожаров, 6% отметили проф. фактор стресса. Все обсл. пож. имели данные флюорографии (89,5% в течение года и 10,5% – в течение 2-х лет). Опрос по жалобам выявил кашель у 16,8% обсл., одышку при нагрузке – у 25,9%. Аллерг. анамнез был отягощен у 5,1%. У 3,1% аллергия имела кожные проявления, у 0,9% – в виде аллерг. ринита, у 0,9% – в виде конъюнктивита. 0,3% отметили одышку во время аллерг. реакции. На момент обсл. у 3 больных был ОБ, у 1 – ХБ и у 1 ХОБЛ (всего 1,4%). Заболевания ОД в анамнезе встретились у 8,5% сотр. Установлено, что

6,0% пож.перенесли ранее пневмонию. У 1,4% обсл. имел место установленный кардиологический диагноз (у 5 была ИБС и у 3—ГБ). Ср. зн., характеризующие ФВД, были в пределах  $N$ , ФЖЕЛ =  $106,3 \pm 0,7\%$  от должн., ОФВ<sub>1</sub> =  $101,9 \pm 0,7\%$  от должной, а отношение ОФВ<sub>1</sub>/ФЖЕЛ =  $79,5 \pm 0,43\%$ . Отмечено, что у 7,1% обсл. отн. ОФВ<sub>1</sub>/ФЖЕЛ было <70%, ФЖЕЛ была <80% от долж. у 1,7%, ОФВ<sub>1</sub>—у 2,8%. Это стало причиной детального анализа ФВД во взаимосвязи с другими факторами. Среди всех сотр., работавших на пожарах (n=323), отношение ОФВ<sub>1</sub>/ФЖЕЛ было <70% у 7,7% (ср. зн.  $79,5 \pm 0,5\%$ ), ОФВ<sub>1</sub> было ниже нормы у 3,1%. У всех 26 обследованных, не работавших на пожарах, инд.Тиффно не был снижен ( $80,2 \pm 1,1\%$ ). При выделении группы из 204 сотр. со стажем работы на пожарах 10 лет и более частота ИТ <70% стала  $9,3\%$  ( $78,8 \pm 0,6\%$ ), а при работе на пожарах более 20 лет (n=15)— $26,7\%$  ( $75,4 \pm 1,7\%$ ). У пож. со стажем <10 лет этот признак обструкции был в 4,1% (ИТ =  $80,6 \pm 0,7\%$ ). Среди 218 лиц продолжавших курить отношение ОФВ<sub>1</sub>/ФЖЕЛ (индекс Тиффно) было <70% у 5% сотр. (ср. зн. инд.Тиффно  $78,4 \pm 0,6\%$ ), среди 71 курившего ранее—3,6% ( $81,1 \pm 0,7\%$ ), а среди 63 никогда не куривших—3,2% (ср. зн. инд. Тиффно  $81,3 \pm 0,5\%$ ). У 202 сотр., работавших на пожарах и продолжавших курить этот признак обструкции встретился в 10,4% случаев. Среди 143 сотр. с непрерывным стажем курения 10 пачко-лет и < частота признака ОФВ<sub>1</sub>/ФЖЕЛ <70% составила  $7,7\%$  ( $78,8 \pm 0,9\%$ ), а среди 38 обсл. куривших непрерывно 20 пачко/лет и более— $18,4\%$  ( $76,4 \pm 1,1\%$ ). Среди куривших и бросивших курить со стажем курения более 20 лет этот ключевой признак обструкции встретился в 15,8% случаев (ср. зн. инд.Тиффно сост.  $77,1 \pm 1,8\%$ ). Среди 17 пож. несущих службу на пожарах более 10 лет и имевших стаж курения >20 пачко/лет частота снижения инд.Тиффно была  $17,6\%$  ( $76,3 \pm 1,9\%$ ). Для разграничения влияния работы на пожарах и курения обчислены подгруппы с разной степенью влияния этих факторов. Среди не куривших увеличение стажа работы на пожарах не приводило к развитию обструкции. Среди не работавших на пожарах даже у куривших ИТ не снижался. Среди работавших на пожарах увеличение стажа курения частота обструкции нарастала с 2,8% (до 10 пачко/лет) до 18,8% (>20 пачко/лет,  $p < 0,05$ ). Среди курильщиков увеличение стажа работа на пожарах увеличивало частоту обструкции с 5,3% (стаж до 10 лет) до 36,4% (стаж более 20 лет). У 59 обсл., которые отметили наличие кашля, отношение ОФВ<sub>1</sub>/ФЖЕЛ было ниже нормы в 11,9% случаев (среднее  $76,7 \pm 1,5\%$ ), а среди 48 кашлявших, куривших и работавших на пожарах— $14,6\%$  ( $75,8 \pm 1,7\%$ ). Если к последним 3 признакам добавить стаж курения более 20 пачко/лет (n=8), то значение инд. Тиффно было  $77,0 \pm 2,5\%$ , а частота его снижения ниже 70%— $12,5\%$ . Среди 18 сотр. с отягощ. аллерг. анамнезом частота снижения инд.Тиффно ниже N составила 22,2% (среднее  $73,6 \pm 4,4\%$ ). Среди работавших на пожарах >15 лет и имевших аллерг.фенотип частота снижения ИТ составила 60%, а у лиц без аллергии 13,9%. Сочетание аллергии и курения без фактора профессии не приводило к нарастанию частоты снижения ИТ. Исследование показало, что у пож. причиной развития обструктивного

синдрома является сочетанное влияние профессионального фактора с табакокурением либо с аллерг. фенотипом. Среди не куривших или сотрудииков без аллергии участие в пожаротушении не влияет достоверно на снижение ИТ.

**Выводы.** 1. Ведущим фактором развития БОС у работников ГАИ является курение, работа на трассе и отягощенный аллерг. анамнез имеют меньшее значение. Оздоровительным мероприятием среди сотрудииков ГАИ должно быть прекращение табакокурения. 2. У пожарников причиной развития БОС является сочетанное влияние профессионального фактора с табакокурением либо с аллерг.фенотипом. Среди не куривших или сотрудииков без аллергии участие в пожаротушении не влияет достоверно на снижение ИТ.

#### 051. ХАРАКТЕРИСТИКА БОЛЬНЫХ С ВНОВЬ ВЫЯВЛЕННЫМ ГИСТОЛОГИЧЕСКИ ВЕРИФИЦИРОВАННЫМ САРКОИДОЗОМ

Визель Ирина Юрьевна  
Кафедра фтизиопульмонологии Казанского государственного  
медицинского университета Росздрава, Казань, Россия

Саркоидоз — болезнь неизвестной природы, характеризующаяся образованием в пораженных органах неказеифицирующихся эпителиоидноклеточных гранулём. Интерес к этому заболеванию в настоящее время связан с изменением понимания природы этого заболевания: переход из класса инфекционных болезней в класс иммунологической патологии, что отражает МКБ-10. В настоящее время наблюдение больных саркоидозом осуществляется врачом общей практики или терапевтом при консультативной поддержке пульмонологов и фтизиатров, с инвазивной верификацией диагноза в соответствии с поражённым органом. Целью данной работы было изучение состояния больных саркоидозом на момент их выявления и подтверждения диагноза на тканевом уровне.

Было проанализировано 188 случаев саркоидоза, которые были выявлены или подтверждены на приёме у пульмонолога. Это были 135 женщин и 53 мужчины, средний возраст которых составлял  $42,5 \pm 0,7$  года (от 18 до 72 лет). Для подтверждения диагноза в 23,9% случаев была проведена трансбронхиальная биопсия, в 55,9% — видеоторакоскопическая, в 9,6% — открытая биопсия лёгкого или внутригрудного лимфатического узла, в 3,2% — биопсия кожи, в 6,9% — биопсия периферического лимфатического узла и в 1 случае (0,5%) — биопсия другого органа (удалённая селезёнка). 30,8% пациентов имели только внутригрудную лимфаденопатию (стадия I), у 60,1% больных лимфаденопатия сочеталась с изменениями в лёгких (стадия II), изменения в лёгких (диссеминация) без видимой лимфаденопатии встретилась в 8,5% случаев и у одной больной (0,5%) был выраженный фиброз лёгких (стадия IV). Индекс массы тела больных варьировался от 16,6 до  $42,1 \text{ кг/м}^2$  ( $25,4 \pm 0,37 \text{ кг/м}^2$ ).

Параметры спирограммы форсированного выдоха имели большой разброс значений, так ФЖЕЛ варьировала от 23,3% до 139,5% от должных величин, но медиана 97,9%, а среднее арифметическое составляло

96,9 ± 1,3% от должных. Только 18,6% больных имели значения объема менее 80% от должных, и только у 2 пациентов ФЖЕЛ была менее 50%. Другой ключевой показатель в оценке динамики и прогноза для больных внутригрудным саркоидозом DLco (диффузионная способность лёгких) варьировал от 37% до 148% от должных, но медиана также была высока — 96,5%, а среднее было 95,9 ± 1,9%. 19,8% больных имели снижение ниже 80%, и только у 3 больных она была ниже 50% от должных. Насыщение крови кислородом (SaO<sub>2</sub>) ни в одном случае не было менее 90%, составляя в среднем 95,6 ± 0,13%.

Таким образом, вновь выявленные больные саркоидозом в 90,9% имели I-II стадии заболевания, в абсолютном большинстве случаев имели сохранную жизненную ёмкость, диффузионную способность лёгких и насыщение крови кислородом. Это свидетельствует о том, что большинство больных с подтверждённым саркоидозом были сохранены в клиническом отношении и в 80% случаев (согласно международному соглашению по саркоидозу) не требовали активной терапии на момент выявления.

#### 052. БИЦИКЛОЛ В ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА С У «ТРУДНЫХ» ПАЦИЕНТОВ

Вовк Л.М., Сухов Ю.А.

Национальный медицинский университет им. А.А. Богомольца, г. Киев, Украина

Национальная медицинская академия последи-  
пломного образования, г. Киев, Украина

Цель исследования. Исследуемый препарат – оригинальный гепатопротектор Бициклोल, таблетки 25 мг, производства компании «Beijing Union Pharmaceutical Factory», Китай, применялся для лечения хронического вирусного гепатита С (ХВГС) у 20 пациентов.

Материалы и методы исследования. В исследование были включены пациенты с хронической HCV инфекцией (вне зависимости от генотипа) в возрасте 18 - 55 лет следующих категорий: пациенты с компенсированным циррозом печени HCV-этиологии (класс А по Child-Pugh); «нон-респонденты» после полного курса ПВТ; лица с рецидивом после полного курса ПВТ; лица, имеющие противопоказания к проведению ПВТ; пациенты с признаками биохимической активности процесса (активность АлАТ и/или АсАТ выше 2 – 5 уровней высшей границы нормы).

Помимо обязательного обследования у всех пациентов определялись: альфафетопротеин (АФП); иммунограмма: ФНО-α, ИФ-γ, ИЛ-1β, ИЛ-2, ИЛ-4, ИЛ-6, ИЛ-8, ИЛ-10, ЦИК; аутоантитела к тканевым антигенам печени; анти-HCV IgG (сog, NS3, NS4, NS5) количественно; РНК HCV (PRC-RT) количественно; HBsAg, анти-HBc; УЗИ органов брюшной полости в 3D-режиме. Исследование проводилось до начала исследования, через 1, 3 и 7 месяцев от начала лечения, через 6 месяцев по окончании лечения.

Результаты и выводы. В дополнение к выраженному гепатопротекторному, Бициклोल оказывает иммуномодулирующее действие, нормализуя популяционный состав лимфоцитов и увеличивая

степень их активности, снижая уровни аутоантител, АФП; подавляя секрецию ФНО-α и других провоспалительных цитокинов, повышая содержание противовоспалительных цитокинов и эндогенного ИФ-γ в сыворотке крови. На момент окончания лечения Бициклолом нормализация активности АлАТ и АсАТ имела место у 75% пациентов, отрицательная RNA HCV зарегистрирована у 2 пациентов (10%), с сохранением результатов и через 6 месяцев после окончания лечения. Использование Бициклола для лечения «трудных» больных ХВГС позволяет в течение 1-3 месяцев достичь клинико-биохимической ремиссии у 75% пациентов, улучшения биохимических показателей – у 25%, а через 7 месяцев – у 90% и 10%, соответственно. Переносимость Бициклола оценена как хорошая, комплаенс к проводимой терапии высокий, что, в совокупности с доступной ценой препарата, предоставляет возможность широкого использования Бициклола в лечении пациентов с ХВГС, имеющих противопоказания к проведению противовирусной терапии или нон-респондентов.

#### 053. ДИАГНОСТИКА ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОГО РЕФЛЮКСА У ОПЕРИРОВАННЫХ ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

Волерт Т.А.

СПб ГУЗ ДГБ №1, Санкт-Петербург, Россия

Цель исследования. Изучить возможности эзофагогастроскопии в диагностике гастроэзофагеального рефлюкса у детей раннего возраста, оперированных по поводу атрезии пищевода.

Материалы и методы. Нами было обследовано 30 детей с атрезией пищевода получавших лечение в стационаре в период с 2006 по 2009 год. Соотношение девочек и мальчиков – 5:7. Средняя масса тела составила 2098±82,9 грамм. Гестационный возраст к моменту рождения – 34 недели (от 28 до 37 недель). Все новорожденные в этой группе имели один и тот же анатомический вариант атрезии пищевода с дистальным трахео-пищеводным свищем – тип С по классификации Gross. Диастаз между проксимальным и дистальным сегментами составил в среднем 2 см, с диапазоном от 1,5 до 3 см. У 23% детей интраоперационная дистанция между немобилизованными проксимальным и дистальным сегментами пищевода составляла более 20 мм. В этом случае диастаз считается большим. Сочетанные аномалии развития диагностированы у 5 пациентов: VACTER-ассоциация – в 4 случаях, болезнь Дауна – у 1 ребенка.

Результаты и обсуждение. Лечение детей с атрезией пищевода является одной из сложнейших хирургических задач в области хирургии новорожденных. Современные возможности анестезиологии и реанимации позволяют проводить оперативное вмешательство на ранних сроках (впервые сутки после рождения).

В рамках диспансерного наблюдения все дети в возрасте 1 месяца были осмотрены хирургом. Жалобы на периодические срыгивания предъявили 15 (50%) матерей, при этом у 8 детей объем срыгиваний не превышал 5 мл, самочувствие ребенка не страдало. У 3 детей возникали эпизоды поперхивания и кратковременного апноэ во время кормления. Всем

детям была произведена диагностическая фиброзофагоскопия, осмотр зоны анастомоза. У 24 детей (80%) в зоне анастомоза воспалительных явлений выявлено не было. У 2 (6%) детей была выявлена стриктура анастомоза диаметром 0,3-0,5 см, с выраженными признаками воспаления (гиперемия, налеты фибрина), а у 14% детей сужение просвета пищевода от 0,5 до 0,6 см не сопровождалось выраженными воспалительными изменениями.

Повторный осмотр проводился детям в возрасте 3 месяцев. Всем детям проводилась контрольная ФГДС. При осмотре особое внимание уделялось зоне анастомоза и области пищеводно-желудочного перехода. Была выявлена следующая патология: субкомпенсированная стриктура анастомоза у 4 детей, стриктура диаметром менее 0,5 см у 3 детей, воспалительные изменения в зоне анастомоза выявлены у 5 детей. При осмотре зоны кардии недостаточность (зияние) кардии было выявлено у 10 детей, у 5 детей выявлен катаральный рефлюксозофагит.

В возрасте 6 месяцев детям с клиническими проявлениями гастроэзофагеального рефлюкса и пациентам с рецидивирующими стриктурами анастомоза было произведено рентгенологическое исследование с сульфатом бария. Гастроэзофагеальный рефлюкс был выявлен у 10 обследуемых, в том числе у 6 пациентов с значимым диастазом (86%).

У всех детей с рецидивирующим стенозом анастомоза пищевода был диагностирован гастроэзофагеальный рефлюкс. Это наблюдение позволяет говорить о необходимости изучения возможности влияния гастроэзофагеального рефлюкса на формирование рецидивирующей стриктуры анастомоза. Возможный механизм формирования заброса желудочного содержимого в пищевод - смещение вверх гастроэзофагеального перехода, снижение тонуса нижнего пищеводного сфинктера в результате тракции и перерастяжения мышц стенки пищевода.

**Заключение.** Вышеперечисленное подтверждает необходимость диспансерного наблюдения детей с атрезией пищевода. В случаях значимого диастаза (более 2,0 см) и наличии клинических проявлений необходимо обследовать детей в раннем возрасте для исключения гастроэзофагеального рефлюкса.

#### 054. ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА СОСТОЯНИЯ ТОЛСТОЙ КИШКИ У БОЛЬНЫХ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ

Волк С.В., Волк Г.П.  
СГМА, Смоленск, Россия

**Цель исследования.** Оценить состояние толстой кишки у больных язвенной болезнью при эндоскопическом исследовании.

**Материалы и методы.** Нами обследовано 69 пациентов неосложненной язвенной болезнью с желудочной (23 чел.) и луковичной (46 чел.) локализацией язвы в активной фазе заболевания, находившихся на лечении в гастроэнтерологическом отделении Смоленской областной клинической больницы. Контингент обследованных больных язвенной болезнью составили мужчины в возрасте от 18 до 55 лет без сопутствующей патологии. При проведении

фиброскопии оценивались: выраженность гаустр (резко, умеренно, слабо), слизистая оболочка (розовая, бледная, гиперемирована, истончена, отечна), сосудистый рисунок (прослеживается четко, слабо, отсутствует, виден в отдельных участках), складки слизистой (не изменены, утолщены, сглажены). Также отмечалось наличие или отсутствие патологических образований: полипов, дивертикулов, эрозий, язв, геморроя, трещин.

**Результаты и их обсуждение.** При проведении колоноскопии у 6 больных (26,09%) язвенной болезнью, желудка признаков поражения слизистой оболочки толстой кишки не отмечалось. Эндоскопическая оболочка толстой кишки в этой группе больных полностью соответствует классическому описанию нормы: при осмотре выглядит бледной (цвет ее во многом зависит от интенсивности освещения), хорошо прослеживаются мелкие кровеносные сосуды слизистой оболочки и подслизистой основы. Стенки покрыты тонким слоем прозрачной слизи и выглядят блестящим. Эндоскопические признаки поражения слизистой оболочки толстой кишки, такие как, незначительный ее отек, гиперемия, едва различаемый сосудистый рисунок, либо его полное отсутствие, слабо выраженная контактная кровоточивость, были обнаружены у 14 больных язвенной болезнью желудка (60,87%). В этом случае слизистая утрачивает свой влажный блестящий вид, становится матовой и зернистой. Эндоскопическая картина левостороннего поражения слизистой оболочки толстой кишки (преимущественно в области сигмовидной и нисходящей кишок), выявлена у 3 пациентов (13,04%). В общей сложности по результатам эндоскопического исследования толстой кишки у больных язвенной болезнью желудка признаки патологии слизистой оболочки толстой кишки выявлены у 17 больных (73,91%).

Эндоскопически у 14 больных (30,43%) с локализацией язвы в луковице двенадцатиперстной кишки, признаков поражения слизистой оболочки толстой кишки не отмечалось. Признаки распространенной патологии слизистой были обнаружены у 28 больных (60,87%) и проявлялись небольшим ее отеком, имевшей матовый и слегка зернистый вид, ее гиперемией, слабо выраженным либо полным отсутствием сосудистого рисунка и контактной кровоточивостью. Эндоскопическая картина левосторонней патологии слизистой оболочки толстой кишки, при которой вышеописанные изменения слизистой оболочки локализуются преимущественно в области сигмовидной и нисходящей кишок, выявлена у 4 пациентов (8,7%).

**Заключение.** Эндоскопические изменения со стороны слизистой оболочки толстой кишки при язвенной болезни желудка и язвенной болезни двенадцатиперстной кишки имеют аналогичный характер. Эндоскопическими признаками состояния толстой кишки при язвенной болезни является наличие у 71,74% больных признаков распространенного (60,87%) и левостороннего (10,87%) поражения ее слизистой оболочки.

#### 055. ПРОЯВЛЕНИЯ НЕДИФФЕРЕНЦИРОВАННОЙ ДИСПЛАЗИИ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ

**ТКАНИ У ДЕТЕЙ С ХРОНИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ПИЩЕВАРИТЕЛЬНОГО ТРАКТА**

Воротникова Н. А.  
 ГОУ ВПО «Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского», Саратов, Россия

Синдром дисплазии соединительной ткани - нозологически самостоятельный синдром мультифакториального генеза. В последние годы отмечен рост числа врожденных аномалий развития и генетически-детерминированных заболеваний, доказана роль недифференцированной дисплазии соединительной ткани (НДСТ) в развитии диспластических изменений в различных органах и системах. Фенотипически НДСТ проявляется полиорганными нарушениями, к которым относятся гастроэзофагеальный рефлюкс, аномалии желчного пузыря, малые аномалии развития сердца, трахеобронхиальная дискинезия, поликистоз, нефроптоз, мегауретер, аномалии развития половых органов и др.

Цель исследования. выявить признаки неполноценности соединительной ткани у пациентов с хроническими заболеваниями желудочно-кишечного тракта (ЖКТ).

Материалы и методы. На базе детского гастроэнтерологического отделения КБ СГМУ им. С.Р. Миротворцева обследовано 180 детей от 6 до 16 лет с хронической патологией ЖКТ (гастродуодениты); средний возраст - 11,4±1,8. Всем пациентам проведено гастроэнтерологическое обследование в соответствии со стандартами МЗ и социального развития РФ; по показаниям – дополнительные инструментальные методы диагностики: ирригоскопия («Philips Diagnost 56»), рентгенография шейного отдела позвоночника («Philips Medio 50 CP»), доплер-ЭХО-КГ («Sonoline G 40»).

Результаты. В результате эндоскопического обследования органов пищеварения у 87 детей (48,3%) установлена несостоятельность сфинктерного аппарата пищеварительного тракта в виде гастроэзофагеального, дуоденогастрального рефлюксов. Аномалии формы и строения желчного пузыря (перегибы/перетяжки) по данным УЗИ органов брюшной полости диагностированы у каждого второго ребенка. В ходе ирригоскопии у 18 пациентов (10%) верифицирована аномалия развития толстого кишечника (долихосигма, праволжащая долихосигма, долихоколон, мегадолихоколон).

Эхокардиографические признаки дисплазии соединительной ткани сердечно-сосудистой системы (ССС) диагностированы у 169 детей (93,9%) в виде открытого овального окна, пролапса митрального, трикуспидального клапанов (МК, ТК) с минимальной волной регургитации, удлинение створок МК, наличия фальш-хорд (либо диагонально расположенных трабекул) в полости левого желудочка. При этом у каждого ребенка отмечено 2 и более из выше перечисленных признаков дисплазии ССС.

Проведенные наблюдения показали наличие дезорганизации соединительной ткани мочевыделительной системы у 29 больных (16,1%) с хронической гастроэнтерологической патологией: пиелозктазия - у 16 чел., сочетание пиелозктазии и

удвоенной почки – у 3-х детей, удвоение почки – у 2-х чел., избыточная подвижность почки – у 5 детей, поясничная дистопия почки - у 3-х пациентов.

Нами выявлены торакодиафрагмальные признаки НДСТ у пациентов с хронической патологией ЖКТ: сколиоз грудно-поясничного/поясничного отделов позвоночника - у 21 (11,6%) больных, кифосколиозом у 5 (2,7%) детей пубертатного возраста, воронкообразной грудной клеткой у 8 (4,4%) детей младшего школьного возраста. Нестабильность шейного отдела позвоночника, как вариант вертеброгенного синдрома, выявлен у 5 пациентов пубертатного возраста. Синдром патологии стопы, как самый ранний признак проявления несостоятельности соединительнотканых структур, диагностирован у 4 детей (6,6%) младшего школьного возраста, в т.ч. у 1 ребенка с воронкообразной деформацией грудной клетки.

Нарушение эластичности сосудистой стенки в виде рецидивирующих носовых кровотечений установлено у 14 пациентов.

Выводы. 1. Наличие патологических рефлюксов пищеварительного тракта может способствовать развитию и поддержанию хронического воспалительного процесса ЖКТ у каждого второго ребенка.

2. Выявлен комплекс маркеров «слабости» соединительной ткани у детей с хроническими заболеваниями органов пищеварения: пролапс МК и множественные фальш-хорды в полости левого желудочка.

3. Дети с хроническими заболеваниями ЖКТ требуют углубленного обследования костно-суставной, сердечно-сосудистой и мочевыделительной системы для более раннего выявления признаков НДСТ и проведения возможной коррекции её клинических проявлений.

**056. КУПИРОВАНИЕ ПАРОКСИЗМА ТРЕПЕТАНИЯ ПРЕДСЕРДИЙ ПРИ ОСТРОЙ ТРОМБОЭМБОЛИИ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ**

С.З. Габитов, Э.В. Пак.

Кафедра терапии, ГОУ ДПО «КГМА» Росздрава, РКБ № 3 МЗ РТ, г. Казань, Россия

Одним из самых частых осложнений при тромбозе легочной артерии являются нарушения ритма, которые не редко являются причиной утяжеления состояния больного и нередко служат причиной летального исхода. Развитие пароксизма мерцательной аритмии, трепетания предсердий и предсердной тахикардии являются показанием для купирования или нормализации ритма сердца, что позволяет решать вопрос профилактики или борьбы с сердечной недостаточностью, которая часто сопровождается нарушениями ритма.

В литературе представлены различные методы купирования наджелудочковых нарушений ритма, однако практика жизни вносит свои коррективы, которые часто играют решающую роль в спасении жизни пациентов.

Под нашим наблюдением за февраль и март месяцы 2010 года находились двое мужчин, госпитализированных в клинику с тромбоэмболией легочной артерии (ТЭЛА), осложненной трепетанием предсердий с ЧСС 150-140 сокращений в минуту. Нарастание сердечной недостаточности диктовало необходимость коррекции деятельности сердца. В первом случае была

предпринята попытка восстановления ритма внутривенным введением внутривенным введение амиодорона в суммарной дозе 900 мг в сутки, которая увенчалась успешным восстановлением синусового ритма с ЧСС 68 сокращений в минуту. Однако с восстановлением синусового ритма стало прогрессивно снижаться АД, и больной, несмотря на проводимые мероприятия по поддержанию АД, скончался. В другом случае коррекция деятельности сердца проводилась внутривенное введение сердечного гликозида, который привел к постепенному (за трое суток) снижению ЧСС и переводу предсердной тахикардии в мерцательную аритмию с ЧСС 90-80 уд в минуту с улучшением состояния больного и ликвидацией признаков СН.

Вывод. ТЭЛА осложненная пароксизмом наджелудочковой тахикардией представляет состояние, при котором коррекция ритма сердца целесообразно проводить по алгоритму, учитывающему тяжесть легочной гипертензии, успех тромболитической и антикоагулянтной терапии основного заболевания. Срыв ритма сердца может играть роль компенсации кровообращения, сохранения легочного кровотока и быстрое восстановление синусового ритма антиаритмическими препаратами несет угрозу срыва механизма компенсации по причине подавления силы сокращения желудочков и угнетения синусового узла, что свойственно всем антиаритмическим препаратам.

### 057. РОЛЬ АНГЛИЙСКОГО ЯЗЫКА В ОБУЧЕНИИ ОРДИНАТОРОВ

С.З. Габитов

Кафедра терапии, ГОУ ДПО «КГМА» Росздрава, г. Казань

На сегодня трудно представить современного врача без знания английского языка. Весь научный и технический мир связан и с помощью именно этого языка. Доступность интернета позволяет врачу иметь самые последние результаты достижений в различных областях медицины, дает возможность доступа в библиотеки всего мира позволяет обращаться с зарубежными коллегами. Открылись возможности стажировки за рубежом. Все это предполагает владение английским языком.

Процесс обучения ординаторов, согласно утвержденному плану, основан на активном овладении информацией, широко представленной в зарубежной литературе. В стенах Казанской медицинской Академии организована и представлена техническая возможность доступа по сети интернета в систему медлайна. Внедрение современных источников информации в процесс обучения ординаторов и интернов является неоспоримо важнейшим достижением, открывающим широкие возможности повышения уровня обучения и преподавания в кафедрах академии.

Кафедра терапии с 2009 года внедрила в процесс обучения ординаторов семинарские занятия, проводимые с использованием английского языка. Под руководством доцента кафедры, имеющего опыт работы со студентами за рубежом, при непосредственном активном участии заведующего кафедрой проводятся семинары с ординаторами и интернами. Проводимые занятия нацелены не только на углубление знаний и

навыков в медицине, но и также на освоение и углубление профессионального английского языка. Представление больного, проведение дифференциальной диагностики, осмысление результатов лабораторных и инструментальных исследований, а также обсуждение плана лечения проводится непосредственно на английском языке. На занятиях используется мультимедийная установка, позволяющая наглядно демонстрировать представляемые материалы клинического обсуждения. В процесс обучения активно привлечены большинство преподавателей кафедры.

Вывод. Предметное овладение профессиональным английским языком является наиболее эффективным путем освоения и повышения уровня профессионального иностранного языка.

### 058. ВЛИЯНИЕ ГИПОЛИПИДЕМИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ НА СОСТОЯНИЕ ЭКСТРАКРАНИАЛЬНЫХ АРТЕРИЙ У БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА СО СТЕНОКАРДИЕЙ НАПРЯЖЕНИЯ

Гаглоева И.В., Симерзин В.В.

Кафедра факультетской терапии, СамГМУ, г. Самара, Россия

**Актуальность:** Установлено, что комплекс интимомедиа (КИМ) артерий брахиоцефального соединения (БЦС) является не только маркером атеросклеротического поражения артерий и риска сердечно-сосудистых событий, но критерием оценки эффективности лечения.

**Цель работы:** Оценить влияние статинов и эзетимиба на процесс ремоделирования артерий БЦС у больных пожилого возраста, со стенокардией напряжения.

**Материал и методы.** Под наблюдением были 181 больной пожилого возраста со стабильной стенокардией напряжения в возрасте от 60 до 74 лет, мужчин было 173 пациента (95,6%), женщин 8 лиц (4,4%). Все больные с учетом исходных значений ХС ЛНП распределены на три подгруппы. В 1-ю подгруппу включено 57 пациентов с высоким уровнем ХС ЛНП >4,0 ммоль/л. Во 2-ю подгруппу 66 больных - с умеренно повышенными значениями ХС ЛНП 3,0-3,9 ммоль/л. В 3-ю подгруппу 58 лиц с оптимальными значениями ХС ЛНП <3,0 ммоль/л. Пациентам 1-й подгруппы последовательно назначены розувастатин 10 мг/сут и эзетимиб 10 мг/сут, 2-й подгруппы - аторвастатин 20 мг/сут и эзетимиб 10 мг/сут и 3-й подгруппы симвастатин 40 мг/сут. Эффективность лечения оценивалась по динамике клинических данных и результатов триплексного сканирования артерий БЦС: КИМ и степень стеноза общей сонной артерии (ОСА) и внутренней сонной артерии (ВСА).

Результаты исследования показали, что у больных трех подгрупп, несмотря на однонаправленные изменения показателей КИМ выявлена различная качественная динамика морфофункциональных нарушений.

У пациентов 1-й и 2-й подгрупп отмечено статистически достоверное уменьшение КИМ ОСА и ВСА и степени стеноза ОСА и ВСА, что является свидетельством не только стабилизации, но и регресса

атеросклеротического процесса в артериях БЦС. В то же время у пациентов 3-й подгруппы отмечена стабилизация атеросклеротического процесса.

Если уменьшение комплекса интима-медиа и степени стеноза ОСА и ВСА у пациентов 1-й подгруппы на фоне приема розувастатина 10 мг/сут и эзетимиба 10 мг/сут принять за единицу (1,0), то у больных 2-й подгруппы на фоне приема аторвастатина 20 мг/сут и эзетимиба 10 мг/сут он будет равен 0,7, а симвастатина 40 мг/сут - 0,15.

**Выводы.** Таким образом, у больных пожилого возраста, со стабильной стенокардией с оптимальным уровнем ХС ЛНП монотерапия симвастатином вызвала стабилизацию атеросклероза в артериях БЦС. В то же время у пациентов с умеренным и высоким уровнем ХС ЛНП комбинация розувастатина и аторвастатина с эзетимибом способствовала регресс атеросклеротических изменений в артериях БЦС.

### 059. СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ РАЗЛИЧНЫХ МЕТОДОВ ИММУНОКОРРЕКЦИИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ РЕВМАТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА

Газизов Р.М., Богоявленский В.Ф., Цибульский А.П., Садыкова А.К.

Кафедра терапии и семейной медицины, кафедра клинической лабораторной диагностики КГМА, НУЗ Отделенческая клиническая больница на ст. Казань ОАО «РЖД», Казань, Россия

**Актуальность:** Эффективность лекарственных средств (ЛС), обладающих иммунокорректирующим действием, при лечении больных острой ревматической лихорадкой (ОРЛ) и хронической ревматической лихорадкой (ХРБС) отмечается многими исследователями (Караулов А.В., 1999; Измайлов С.Г., Измайлов Г.А. и соавт., 2001; Земсков А.М. и соавт., 2008 и др.). Иммуномодулирующий эффект ксимедона и димефосфона, синтезированных в ИОФХ им. А.Е.Арбузова Казанского НЦ РАН установлен в экспериментальных и клинических исследованиях (Слабов Ю.Д., 1998; Орлов М.Д. и соавт., 2006; Кравченко И.Э. и др., 2008; Златковская М.В. и др., 2009; Кравченко И.Э. и др., 2009 и др.). В последние годы все большее внимание привлекают немедикаментозные методы лечения. При изучении влияния озона на иммунный статус выявлено его иммуномодулирующее действие (Земсков А.М. и соавт., 2002; Шугаев В.Е. и соавт., 2009). Представляет интерес изучение эффективности медикаментозных и немедикаментозных методов иммунореабилитации при ХРБС.

**Цель работы:** Сравнительная оценка эффективности отечественных оригинальных ЛС с иммунокорректирующим действием ксимедона и димефосфона и озонированного физиологического раствора (ОФР) при ХРБС.

**Материалы и методы:** Наблюдалось 290 больных ХРБС в возрасте от 20 до 69 лет, из них женщин - 223, мужчин - 67. У всех больных диагностированы различные пороки сердца. ХСН I стадии была у 132 больных, ХСН IIа стадии - у 93, ХСН IIб стадии - у 39. Больные были подразделены на четыре группы: 59 больных I группы получали в течение трех недель

традиционную терапию (ТТ); 94 больных II группы на фоне ТТ получали ксимедон в таблетках по 0,5 г 3 раза в день внутрь ежедневно в течение трех недель; 92 больных III группы на фоне ТТ получали димефосфон в течение 21 дня внутрь по 10-15 мл 15% раствора 3 раза в день; 45 больным IV группы на фоне ТТ ежедневно (10 инфузий) внутривенно капельно вводился озонированный физиологический раствор (концентрация озона в растворе - 0,5 мг/л).

Для оценки эффективности лечения ежедневно контролировалось самочувствие и объективное состояние больных, еженедельно проводились клинический и биохимический анализ крови, ЭКГ, Эхо-КГ. Дополнительно к рутинному обследованию еженедельно в динамике определялись количество CD3+-Т-лимфоцитов, их субпопуляций CD4+- и CD8+-Т-лимфоцитов и их соотношение методом непрямого иммунофлюоресцентного анализа с использованием моноклональных антител; функциональная активность лимфоцитов в тесте РБТЛ на ФГА и в тесте КонА индуцированной супрессии; бактерицидная и цитотоксическая активность нейтрофилов в НСТ-тесте (Park В.Н., 1971) в модификации Виксмана М.Е. и Маянского А.Н. (1979); уровень сывороточных иммуноглобулинов А, М, G ( Mancini G. a. oth., 1964).

**Результаты:** Комплексное лечение больных ХРБС с включением ксимедона, димефосфона и ОФР оказывало положительное влияние на течение ХРБС, что выражалось в более раннем проявлении положительной динамики у большего числа больных, чем при ТТ; приводила к более ранней, чем при ТТ нормализации показателей клинического и биохимического анализа крови.

Комплексная терапия больных ХРБС с включением ксимедона и димефосфона в отличие от ТТ увеличивала сниженное количество CD3+-Т-лимфоцитов и их субпопуляций CD4+- и CD8+-Т-лимфоцитов и восстанавливала до нормальных величин супрессорную активность лимфоцитов; стимулировала функциональную активность лимфоцитов в РБТЛ с ФГА, приводила к быстрой нормализации показателей бактерицидной и цитотоксической активности в НСТ-тесте и уровней сывороточных иммуноглобулинов.

Исследование влияния ОФР на показатели иммунной системы у больных ХРБС не выявило значительной иммуностимулирующей активности. Содержание CD3+- и CD4+-Т- лимфоцитов несколько увеличилось у больных IV группы и превосходило показатели I группы; однако, уровня доноров эти показатели не достигли. Существенно не менялось количество CD8+-Т-лимфоцитов и соотношение CD4+/CD8+. Изучение функциональной активности Т-лимфоцитов в тесте РБТЛ с ФГА и функциональной активности супрессорных клеток в тесте КонА индуцированной супрессии при лечении ОФР не обнаружило достоверной динамики индекса стимуляции. При изучении бактерицидной и цитотоксической активности нейтрофилов в НСТ-тесте у больных ХРБС на фоне комплексной терапии с применением ОФР по сравнению с больными, получавшими ТТ, наблюдалась достоверная положительная динамика индуцированного НСТ-теста и коэффициента функциональной активности нейтрофилов. Исследование влияния ОФР на

динамику сывороточных иммуноглобулинов выявило медленное снижение уровней IgA и IgM при отсутствии динамики уровня IgG; к концу лечения различие между больными, получавшими ОФР и ТТ, стало недостоверным.

**Выводы:** В комплексном лечении больных ХРБС рекомендуется применять методы иммунореабилитации, в том числе отечественные оригинальные лекарственные препараты ксимедон и димефосфон. Озонированные растворы кристаллоидов, обладающие менее выраженным по сравнению с ЛС иммуномодулирующим действием, могут применяться в дополнение к иммуномодуляторам.

#### 060. ПРОБЛЕМЫ ПОДГОТОВКИ ВРАЧЕЙ ОБЩЕЙ ПРАКТИКИ В ПЕРИОД РЕФОРМИРОВАНИЯ ПЕРВИЧНОГО ЗВЕНА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И ПУТИ ИХ РЕШЕНИЯ

Газизов Р.М., Климова Н.А., Ацель Е.А., Богоявленский В.Ф., Бейлина Н.И., Волчкова Н.С., Мингалеев А.А., Сайфутдинова Т.В., Субханкулова С.Ф.

Кафедра терапии и семейной медицины КГМА, Казань, Россия

Реальные шаги по созданию службы общеврачебной практики в Республике Татарстан были начаты после выхода Постановления Кабинета Министров Республики Татарстан от 20.01.2003 г. «О Республиканской целевой программе «Общеврачебная (семейная) практика». К моменту выхода Постановления Кабинета Министров РТ на стационарных циклах профессиональной переподготовки по общеврачебной практике на кафедре терапии и семейной медицины КГМА с 2001 года было подготовлено всего 65 врачей. В связи с необходимостью подготовки большого числа врачей в течение короткого времени было принято решение обучение врачей общей практики в период реализации Республиканской целевой программы проводить преимущественно на *выездных циклах* на базе медицинских учреждений, трансформированных в центры общеврачебной практики. К началу реализации Республиканской целевой программы «Общеврачебная (семейная) практика» опыта проведения *выездных* циклов профессиональной переподготовки «Общая врачебная практика» не было.

Целью работы является разработка и внедрение программы профессиональной переподготовки (ПП) врачей общей практики на *выездных* циклах на базе медицинских учреждений, трансформированных в центры общеврачебной практики.

В соответствии с Государственным стандартом сотрудниками кафедры терапии и семейной медицины были разработана программа выездного цикла ПП объемом 504 часа, которой предусматривалось обучение участковых врачей-терапевтов, имеющих базовое образование по терапии и прошедших циклы общего усовершенствования по терапии за последние пять лет. В 2006 году в соответствии с требованиями Аккредитационно-лицензионной медицинской комиссии РТ сотрудниками кафедры терапии и семейной медицины разработана программа ПП на *выездных* циклах по общей врачебной практике продолжительностью 864 часа (6 мес).

В подготовке врачей общей практики принимают участие сотрудники 17 кафедр академии (терапии и семейной медицины, общей и эндоскопической хирургии, акушерства и гинекологии № 1, педиатрии, инфекционных болезней, фтизиатрии и пульмонологии, неврологии и вертебронеурологии, эндокринологии, аллергологии и иммунологии, психиатрии, наркологии и психотерапии, дерматовенерологии, офтальмологии, онкологии и хирургии, терапевтической и детской стоматологии, ортодонтии; оториноларингологии, общественного здоровья, экономики и управления здравоохранением), в том числе 17 докторов медицинских наук, профессоров и 25 кандидатов медицинских наук, доцентов.

Обучение проводится в соответствии с Государственным стандартом специальности. Весь учебный материал циклов ПП по общеврачебной практике разделен на два блока. *Первый блок* – внутренние болезни – преподается сотрудниками кафедры терапии и семейной медицины. *Второй блок* – смежные дисциплины – преподается сотрудниками профильных кафедр академии. В связи с тем, что основной состав обучающихся на циклах ПП по общеврачебной практике представлен участковыми врачами-терапевтами, большое внимание на практических занятиях уделяется освоению практических навыков диагностики и лечения больных с заболеваниями нетерапевтического профиля (оториноларингология, офтальмология, хирургия, неврология и др.), выполнению манипуляций в объеме первой врачебной помощи. В период проведения выездных циклов врачи проходят обязательную стажировку на рабочих местах в соответствующих кабинетах поликлиник. После окончания выездного цикла ежегодно для врачей общей практики проводятся выездные 1-2 дневные семинары по актуальным проблемам общеврачебной практики.

Наиболее важными и трудными вопросами были выработка единой стратегии преподавания на всех кафедрах. В результате 10-летней совместной работы сформировался коллектив высокопрофессиональных преподавателей новой дисциплины «общая врачебная практика».

На кафедрах, участвующих в подготовке врачей общей практики, большое внимание уделяется подготовке учебно-методической литературы. Большим достижением совместной работы коллективов кафедр, участвующих в подготовке врачей общей практики, является издание руководства «Неотложная помощь в практике семейного врача» (1-е издание – 2004; 2-е издание – 2008) и учебного пособия «Неотложные состояния в общеврачебной практике». Часть I (2008), Часть II (2009), 12 учебно-методических пособий.

С 2006 года значительный объем подготовки врачей общей практики проводится на выездных циклах в рамках Национального приоритетного проекта «Здоровье». С 2001 года на кафедре терапии и семейной медицины КГМА прошли обучение 1492 врача общей практики. В результате внедрения разработанной сотрудниками кафедры терапии и семейной медицины программы подготовки врачей общей практики на *выездных* циклах на базе центров общеврачебной практики и в г. Саранске (Республика Мордовия)

подготовлено 1228 врачей, из них 585 на циклах ПП. В рамках Национального приоритетного проекта «Здоровье» в 2006-2009 гг. подготовлено 809 врачей общей практики (из них 506 на выездных 6-месячных циклах ПП).

Таким образом, одним из путей решения проблемы массовой подготовки врачей общей практики в период реформирования амбулаторно-поликлинической помощи является проведение выездных циклов профессиональной переподготовки. Благодаря внедрению выездной формы обучения удалось значительно ускорить подготовку кадров врачей общей практики в Республике Татарстан.

### 061. НАРУШЕНИЯ ВЕГЕТАТИВНОЙ РЕГУЛЯЦИИ СЕРДЕЧНОГО РИТМА У БОЛЬНЫХ ПСОРИАТИЧЕСКИМ АРТРИТОМ: ВЗАИМОСВЯЗЬ С СИСТЕМНЫМ ВОСПАЛЕНИЕМ И ТРАДИЦИОННЫМИ ФАКТОРАМИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОГО РИСКА

Гайдукова И.З.<sup>1</sup>, Ребров А.П.<sup>2</sup>

ГУЗ «Саратовская областная клиническая больница с ПЦ»<sup>1</sup>

ГОУ ВПО «Саратовский ГМУ им. В. И. Разумовского Росздрава», г. Саратов<sup>2</sup>

**Актуальность.** Повышенная кардиоваскулярная заболеваемость и летальность среди больных псориазическим артритом (ПсА) по сравнению с общей популяцией может быть обусловлена как влиянием системного воспаления на раннее развитие атеросклеротического процесса, так и «накоплением» классических факторов сердечно-сосудистого риска. Известно, что хронический воспалительный процесс влияет на автономную регуляцию деятельности сердца, снижая вариабельность сердечного ритма (ВСР). Изменение вариабельности сердечного ритма расценивается как независимый фактор, влияющий на неблагоприятный прогноз сердечно – сосудистых заболеваний.

**Цель** - выявить нарушения вегетативной регуляции сердечной деятельности у больных ПсА и возможную взаимосвязь с активностью системного воспаления и традиционными факторами сердечно-сосудистого риска.

**Материалы и методы.** Обследованы 32 больных ПсА без кардиоваскулярной патологии (средний возраст 44,6 ± 11,6 года (M±SD), 52,3% обследованных составляли мужчины, средняя длительность заболевания - 10,3 ± 10,2 лет. Группу контроля составили 25 здоровых добровольца (средний возраст 40,3 ± 11,8 лет, мужчины составляли 49,1% обследованных). Анализировали временные и спектральные области ВСР. Активность ПсА определяли с помощью индекса DAS, модифицированного для ПсА, определения СОЭ, в/ч С-реактивного белка (в/ч СРБ), фибриногена. Учитывали факторы кардиоваскулярного риска: общий холестерин (ОХ), липопротеиды высокой и низкой плотности (ЛПВП и ЛПНП), триглицериды (ТГ) сыворотки крови, артериальную гипертензию, индекс массы тела, семейный анамнез сердечно - сосудистых заболеваний. Критериями исключения из исследования являлось наличие артериальной гипертензии 3 стадии, сопутствующих заболеваний в стадии обострения,

хронической почечной недостаточности 2-3 степени, печеночной недостаточности, сахарного диабета, инфаркта миокарда, инфаркта мозга в анамнезе. Статистическую обработку полученных данных проводили с использованием программ «Microsoft Excel», а также ППП «Statistica 6.0» (StatSoft Inc., США). Для описания нормального распределения количественных признаков использовали среднее значение признака и среднее квадратичное отклонение (M±SD); для описания распределения признаков, отличающегося от нормального распределения, указывались медиана, верхний и нижний квартили Me [Q<sub>25</sub>;Q<sub>75</sub>]. Для сравнения двух групп с нормальным распределением количественного признака определяли t-критерий Стьюдента, при отклонении распределения от нормального использовали метод Мана-Уитни. Корреляцию двух нормально распределенных количественных признаков изучали с помощью метода Пирсона (z Пирсона), при отклонении распределения от нормального, а также при анализе ассоциации качественных признаков использовали метод Спирмена (r Спирмена).

**Результаты.** Выявлено уменьшение всех показателей ВСР у больных ПсА в сравнении с показателями ВСР у лиц контроля: AMo 30,72±13,65 и 24,34±9,25, IN 76,82 [23,08; 96,81] и 30,46 [20,82;60,61], NN50 9,00[4;61] и 47,00[12;98], pNn50 2 [1;18] и 13 [3;28], TP 1292[688;1648] и 2014 [1222; 2560], HF 179 [70;461] и 422 [230;689], LF 392 [215;558] и 545 [201;1065], VLF 621,62±74,61 и 940±895,08, LF/HF 2,794±2,179 и 1,62±1,03, p< 0,01. При анализе взаимосвязи показателей ВСР с показателями активности ПсА выявлена значимая обратная взаимосвязь между AMo и СОЭ, СРБ, фибриногеном (r =-0,38; r =-0,21; r=-0,35; p<0,01, соответственно), а также между SDNN с СОЭ и СРБ (z =-0,25; z =-0,36; p<0,01), CV - с СОЭ, СРБ и фибриногеном (z =-0,32; z=-0,41; z=-0,3; p <0,001, соответственно). Имеется выраженная взаимосвязь между изменениями во временной области анализа ВСР и наличием энтезита: SDNN (r=+0,57, p<0,001), Cv (r=+0,46, p<0,001), RMSDNN (r= +0,59, p<0,005), NN50 (r=+0,36, p< 0,01), pNN50 (r=+0,39, p<0,05). Установлено наличие достоверной обратной взаимосвязи между классическими факторами сердечно-сосудистого риска (дислипидемией, возрастом, курением) - r<-0,25 (p<0,001) для каждого из факторов.

**Выводы.** У больных ПсА имеется нарушение вегетативной регуляции сердечной деятельности в виде снижения показателей ВСР и активации симпатической ее составляющей. Выявленные изменения связаны с традиционными факторами сердечно-сосудистого риска и активностью системного воспаления.

### 062. АТЕРОСКЛЕРОЗ СОННЫХ АРТЕРИЙ И ЕГО ВЗАИМОСВЯЗЬ С КЛАССИЧЕСКИМИ ФАКТОРАМИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОГО РИСКА И АКТИВНОСТЬЮ СИСТЕМНОГО ВОСПАЛЕНИЯ У БОЛЬНЫХ ПСОРИАТИЧЕСКИМ АРТРИТОМ

Гайдукова И.З.<sup>1</sup>, Ребров А.П.<sup>2</sup>

ГУЗ «Саратовская областная клиническая больница с ПЦ»<sup>1</sup>, г. Саратов

ГОУ ВПО «Саратовский ГМУ им. В. И. Разумовского Росздрава»<sup>2</sup>, г. Саратов

**Актуальность.** Псориатический артрит (ПсА) - хроническое прогрессирующее системное заболевание, ассоциированное с псориазом, при котором патологический процесс локализуется преимущественно в тканях опорно-двигательного аппарата и приводит к развитию эрозивного артрита, множественных энтезитов и спондилоартрита. Смертность больных ПсА превышает средний популяционный уровень на 59% у женщин и на 65% у мужчин, причем основной причиной смерти у данных больных являются сердечно-сосудистые катастрофы. Увеличение сердечно-сосудистой заболеваемости и летальности у данной категории больных можно объяснить как «накоплением» классических факторов сердечно-сосудистого риска, так и влиянием персистирующего системного воспаления на развитие атеросклеротического процесса.

**Цель** - выявить субклинически протекающий атеросклеротический процесс у больных псориатическим артритом (ПсА) и его взаимосвязь с классическими факторами сердечно-сосудистого риска и активностью системного воспаления.

**Материалы и методы.** Обследовано 40 больных ПсА без сердечно-сосудистой патологии, средний возраст  $44,1 \pm 11,2$  года ( $M \pm SD$ ); средняя длительность заболевания - 13,0 лет [7,0; 31,0] Me [Q25; Q75] и 22 здоровых добровольца (средний возраст  $41,4 \pm 11,2$  год, мужчины составляли 49,1% обследованных). Определяли толщину интимы медиа (ТИМ) сонных артерий в трех точках. Активность ПсА определяли с помощью индекса DAS, СОЭ, С-реактивного белка, фибриногена. Учитывали факторы сердечно-сосудистого риска: артериальную гипертензию, индекс массы тела, семейный анамнез сердечно - сосудистых заболеваний, липидный спектр крови.

**Результаты.** У 32,1% больных ПсА выявили наличие атеросклеротических бляшек, выступающих в просвет сосуда, в то время как среди здоровых лиц атеросклеротические бляшки выявлены не были. Кроме того, имело место увеличение ТИМ больных ПсА в сравнении с ТИМ здоровых лиц. Средняя величина ТИМ у больных ПсА составила  $0,73 \pm 0,11$  мм, у здоровых -  $0,63 \pm 0,12$  мм ( $p < 0,05$ ).

При анализе взаимосвязей между ТИМ и классическими факторами риска развития атеросклероза, маркерами системного воспаления выявлены взаимосвязи между ТИМ и весом ( $r=0,44$ ;  $p=0,49$ ), СОЭ ( $r=0,79$ ;  $p=0,06$ ), фибриногеном ( $r=0,66$ ;  $p=0,37$ ), наличием системных проявлений ( $z=0,87$ ;  $p < 0,0001$ ), наличием увеита ( $z=0,88$ ;  $p < 0,0001$ ), возрастом начала заболевания ( $z=-0,61$ ;  $p=0,02$ ).

**Выводы.** У больных ПсА имеет место раннее и более выраженное развитие атеросклероза в сравнении со здоровыми лицами, что выражается в увеличении ТИМ и формировании атеросклеротических бляшек. Развитие атеросклероза у больных ПсА связано с активностью системного воспаления (СОЭ, фибриногеном), длительностью заболевания. Увеличение ТИМ может быть проявлением вовлечения сосудов в системный воспалительный процесс при ПсА, что подтверждается наличием сильной взаимосвязи между

системными проявлениями ПсА, связанными с повреждением сердечно-сосудистой системы, и ТИМ.

### 063. ВЗАИМОСВЯЗЬ ДИСЛИПИДЕМИИ У БОЛЬНЫХ ПСОРИАТИЧЕСКИМ АРТРИТОМ С АКТИВНОСТЬЮ СИСТЕМНОГО ВОСПАЛЕНИЯ И КЛАССИЧЕСКИМИ ФАКТОРАМИ КАРДИОВАСКУЛЯРНОГО РИСКА

Гайдукова И.З.<sup>1</sup>, Ребров А.П.<sup>2</sup>

ГУЗ «Саратовская областная клиническая больница с ПЦ», г. Саратов<sup>1</sup>

ГОУ ВПО «Саратовский ГМУ им. В. И. Разумовского Росздрава», г. Саратов<sup>2</sup>

**Актуальность.** Несмотря на успехи, достигнутые за последние годы в лечении артритов, смертность больных с заболеваниями костно-мышечной системы по-прежнему остается высокой. Так, смертность больных псориатическим артритом (ПсА) превышает средний популяционный уровень на 59% у женщин и на 65% у мужчин, причем, основной причиной смерти у данных больных являются сердечно-сосудистые катастрофы. Увеличение сердечно-сосудистой заболеваемости и летальности у больных ПсА можно объяснить как «накоплением» классических факторов сердечно-сосудистого риска, так и влиянием персистирующего системного воспаления на развитие атеросклеротического процесса. В связи с вышеизложенным, представляется актуальным изучение дислипидемии как важнейшего фактора сердечно-сосудистого риска у больных ПсА, а также взаимосвязи ее с другими традиционными факторами сердечно - сосудистого риска и активностью системного воспаления.

**Цель** – выявить наличие дислипидемии у больных ПсА и оценить ее взаимосвязь с классическими факторами сердечно-сосудистого риска и активностью системного воспаления.

**Материалы и методы.** В исследование включено 40 пациентов с установленным диагнозом ПсА (критерии CASPAR, 2006) и 22 практически здоровых человека (группа контроля).

Критериями включения в исследование был возраст от 18 до 60 лет, информированное согласие пациента. Критериями исключения являлось наличие артериальной гипертензии 3 стадии, сопутствующих заболеваний в стадии обострения, хронической почечной недостаточности 2-3 степени, печеночной недостаточности, сахарного диабета, инфаркта миокарда, инфаркта мозга в анамнезе.

Лица мужского пола в группе больных ПсА составляли 52,3%, группе контроля - 49,1%. Средний возраст больных составил  $44,1 \pm 11,4$  года ( $M \pm SD$ ), в группе контроля -  $41,3 \pm 13,8$  год. Средняя длительность заболевания составляла 13,0 лет [7,0;31,0] (Me[Q25;Q75]).

Для выявления манифестного атеросклеротического процесса проводилось дуплексное исследование сонных артерий с определением толщины интимы-медиа (ТИМ) в трех точках (в области бифуркации общей сонной артерии и в наиболее удаленных от бифуркации точках общей и внутренней сонных артерий), ACUSON128XP/100.

У всех больных определяли общий холестерин (ОХ, ммоль/л), холестерин липопротеидов высокой плотности (ЛПВП, ммоль/л), холестерин липопротеидов низкой плотности (ЛПНП, ммоль/л), холестерин липопротеинов очень низкой плотности (ЛПОНП, ммоль/л), а также уровень триглицеридов крови (ТГ, ммоль/л). По формуле Климова А.Н. рассчитывали индекс атерогенности (ИА): (ОХ-ЛПВП)/ЛПВП. Для определения активности ПсА использовался индекс активности DAS, модифицированный для ПсА, оценивалось число болезненных суставов (ЧБС) из 76 (индекс Ричи), число припухших суставов (ЧПС) из 74 (индекс Ричи), активность заболевания оценивалась пациентом и врачом по 100 мм визуальной аналоговой шкале (ВАШ), а также по шкале LKERT (0-4 балла). Исследовали уровни С-реактивного белка (С-РБ), общий анализ крови (ОАК), ХШа-зависимый фибринолиз. Группы сопоставимы по возрасту, полу, ИМТ, уровню АД.

**Результаты.** Выявлено повышение уровня ОХ у больных ПсА (ОХ=5,63 ± 1,27 ммоль/л) по сравнению с ОХ здоровых лиц (ОХ=5,28±0,57ммоль/л), p=0,05. У больных ПсА в 11,6% случаев имело место выраженное повышение уровня ОХ, в 16,3%-умеренное, в 39,5% - повышение ОХ легкой степени. У здоровых лиц в 50% случаев имело место легкое повышение уровня ОХ, в 50% - нормальные показатели ОХ. Среди больных ПсА снижения уровня ЛПВП не выявлено, повышение ЛПНП (более 3,5 ммоль/л) выявлено в 32,5%, ЛПОНП – в 41,5%. У здоровых же лиц снижение ЛПВП выявлено в 50% случаев, повышение ЛПНП - в 64,3% случаев. При проведении корреляционного анализа выявлены взаимосвязи между ОХ и ВАШ (r=0,35; p=0,03), ОХ и ЧПС (r=0,33; p=0,04), ОХ и артериальной гипертензией (r=0,5; p=0,001), ОХ и фибриногеном (r=0,37; p=0,03), ХШа-зависимым фибринолизом (r=-0,37; p=0,03), ОХ и ТИМ (r=0,51; p=0,02). ЛПНП были связаны с СОЭ (r=0,3; p=0,04), ХШа-зависимым фибринолизом (r=-0,44; p=0,01), артериальной гипертензией (r=0,47; p=0,002), ТИМ (r=0,46; p=0,04). Уровень ЛПОНП был взаимосвязан с возрастом начала заболевания (r=-0,36; p=0,02), наличием артериальной гипертензии (r=0,34; p=0,01), а также ТИМ (r=0,63; p=0,01). Уровень ТГ взаимосвязан с наличием артериальной гипертензии (r=0,49; p=0,001), энтезитом (r=0,37; p=0,02) и дактилитом (r=0,56; p<0,001).

Повышение ИА выявлено у лиц контроля в 20% случаев, а у больных ПсА только в 2,5% случаев.

**Выводы.** У больных ПсА изменение липидного спектра крови проявляется повышением ОХ, ЛПНП, ЛПОНП и ТГ и в меньшей степени - снижением ЛПВП. Дислипидемия у больных ПсА взаимосвязана с активностью системного воспаления и наличием артериальной гипертензии.

#### 064. СРАВНИТЕЛЬНАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ГИПОТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ ЭСКОРДИ КОРОМ И ДИОВАНОМ У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ В СОЧЕТАНИИ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ

Гайфуллина Р.Ф., Ким З.Ф., Зарипова З.А., Исламова А.Р.

ГОУ ВПО «Казанский государственный медицинский университет», Казань, Россия

**Цель работы:** изучить гипотензивную эффективность S-амлодипинов в сравнении с антагонистом рецепторов ангиотензина II.

**Материал и методы.** Обследовано 2 группы больных гипертонической болезнью (ГБ), госпитализированных в кардиологическое отделение БСМП-1 с острым коронарным синдромом (ОКС). Первую группу составили 24 человека 41-82 лет (средний возраст 69,15±3,01 лет): 10 мужчин и 14 женщин. В их числе 12 чел с острым инфарктом миокарда (ОИМ), 14 чел – со стенокардией напряжения (СН) III-IV ФК, 1 чел – с фибрилляцией предсердий (ФП). Вторую группу -16 чел 52-79 лет, (средний возраст 64,37±3,25 года) составили 6 мужчин и 10 женщин: ОИМ диагностирован у 8 пациентов, СН III-IV ФК – у 7, ФП – у 1 больного. 1-я группа пациентов получала Эскорди Кор в дозе от 2,5 мг до 5 (10) мг/сут, 2-я – диован 160 мг/сут. Статистическая обработка проводилась с использованием стандартного пакета программ STATISTICA.

**Результаты.** При поступлении в стационар умеренная артериальная гипертензия (АГ) была выявлена у 9 пациентов (37,5%) первой группы и 11 пациентов (68,75%) второй, тяжелая артериальная гипертензия соответственно у 15 (62,5%) и 5 (31,25%) пациентов. Показатели АД в первой группе в среднем составили систолическое (САД) 170,78±5,17 и диастолическое (ДАД) 95,38±2,64, а во второй группе 150,78±4,28 и 90,62±4,65 соответственно. Через 7 дней в группе эсмордикора все пациенты (100%) достигли целевых цифр АД (<140/90 мм рт.ст.) САД 131,17±1,98 и ДАД 79,30±1,17. В этой группе пациентов побочных эффектов не наблюдалось. В группе применения диована в максимальных терапевтических дозировках целевые цифры АД (<140/90 мм рт.ст.) были достигнуты у 14 человек (87,5%) САД 129,37±2,92 и ДАД 81,25±2,26. **Вывод.** Таким образом, у больных ГБ со 2-3 степенями АГ монотерапия эсмордикором в дозе 2,5-10 мг/сут приводит к наиболее эффективному снижению АД в отсутствии побочных эффектов.

#### 065. ТОКСИЧЕСКИЙ ГЕПАТИТ, ИНДУЦИРОВАННЫЙ ПРИЕМОМ ЧИСТОТЕЛА. ОПИСАНИЕ КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ.

Галеева З.М., Гилязова А.Р., Исхакова Д.Г.

Кафедра терапии ГОУ ДПО Казанская государственная медицинская академия.

Пациентка Семенова И.И., 83-х лет, поступила в гастроэнтерологическое отделение с жалобами на выраженную общую слабость, плохой аппетит, тяжесть в правом подреберье, тошноту, пожелтение кожных покровов, склер, зуд кожи, потемнение мочи, посветление кала. Больной себя считает около двух недель, когда стала нарастать слабость, начали желтеть кожные покровы. Консультирована хирургом, инфекционистом (данных за вирусный гепатит и механическую желтуху не выявлено).

Из анамнеза стало известно, что пациентка принимала настой чистотела: добавляла по 1 ч.л. заваренной травы чистотела на 1 чашку чая ежедневно в течение двух месяцев как средство от аллергии. О пользе чистотела впервые услышала в передаче «Малахов +», а также

прочитала в газете. Через 1,5 месяца начала замечать появление симптомов. Перенесенные заболевания: ИБС (ПИКС 1994, 2006), сахарный диабет 2 типа, гипертоническая болезнь (около 8 лет). Аллергологический анамнез: сезонный аллергический ринит, конъюнктивит, крапивница, пылевая аллергия.

При физикальном обследовании: общее состояние относительно удовлетворительное. Кожные покровы и видимые слизистые с выраженной иктеричностью, со следами от расчесов. Язык чистый, влажный. Живот правильной формы, мягкий, умеренно болезненный в правом подреберье при пальпации. Печень не увеличена. Данные лабораторных исследований: в общем анализе крови СОЭ 25 мм/ч, все остальные показатели в пределах нормы. Общий анализ мочи: при поступлении – темно-коричневого цвета, белок – 0,09, к моменту выписки – анализ нормализовался.

При проведении биохимического анализа крови отмечалось превышение верхней границы нормы общего билирубина в 16 раз (В<sub>и</sub> общ. - 327 мкмоль/л) за счет и прямой (ДВ<sub>и</sub> - 225 мкмоль/л), и не прямой (ТВ<sub>и</sub> - 102 мкмоль/л) его фракций; увеличение АЛТ в 3,7 раза (148 у.е.), АСТ в 2 раза (89 у.е.), ГГТП в 6 раз (301 у.е.), уровня щелочной фосфатазы до 541 у.е., холестерина до 6,6 ммоль/л. Также был повышен уровень глюкозы крови- гликемический профиль: 5,3-6,4-5,8-9,9 ммоль/л. Методом иммуноферментного анализа Hbs-АГ, анти-ВГС отрицательные.

УЗИ ГБЗ: печень с четкими, ровными контурами, правая доля – 113 мм, левая – 50 мм, паренхима с явлениями диффузного стеатоза, изоэхогенная, v.portae – 10мм, ВПП не расширены. Желчный пузырь: 58 – 18 мм, стенки гиперэхогенные, слоистые, утолщены до 4 мм, содержимое гомогенное, конкрементов нет, Холедох – 5 мм. Поджелудочная железа: контуры ровные, границы четкие, структура неоднородная, умеренно гиперэхогенная, головка – 19 мм, тело – 8 мм. Селезенка: 81-36 мм, контуры ровные, границы четкие, структура однородная, паренхима не изменена, v.lienalis – 5 мм.

Выставлен диагноз: Острый токсический гепатит (на фоне приема чистотела) с синдромами цитоллиза, мезенхимального воспаления, холестаза. Хронический некалькулезный холецистит, в стадии ремиссии. ИБС: СН ФК II, ПИКС (ОИМ 1994, 2006г). Гипертоническая болезнь III стадии риск 4 с поражением сердца (ИБС, ПИКС, ГЛЖ). Сахарный диабет 2 типа, легкой степени, в стадии субкомпенсации.

Было назначено: диета, исключение токсических веществ; дезинтоксикационная терапия, аскорбиновая кислота, урсосан по 250 мг 2 раза в сутки, гептрал по 400 мг внутривенно струйно.

После проведенного лечения исчезла выраженная иктеричность, заметно улучшились показатели биохимического анализа: В<sub>и</sub> общий – 87 мкмоль/л, В<sub>и</sub> прямой – 27 мкмоль/л, В<sub>и</sub> не прямой – 60 мкмоль/л, АЛТ – 115 у.е., щелочная фосфатаза – 323 у.е., холестерин -5,7 ммоль/л.

Выводы: таким образом, данный клинический случай доказывает, что чистотел большой оказывает токсическое действие. Известно, что в больших концентрациях, при приеме внутрь, растение ядовито. Чистотел содержит алкалоиды: гомохелидонин, хелеритрин, сангвинарин, протопин и другие (свыше 20

алкалоидов), а также органические кислоты, смолистые вещества, горечи, сапонины, аскорбиновую кислоту. Гомохелидонин является судорожным ядом, сильным местным анестетиком; хелеритрин обладает местнораздражающим действием; сангвинарин оказывает кратковременное наркотическое действие с последующим развитием стрихниноподобных судорог, возбуждает перистальтику, протопин же уменьшает реактивность вегетативной нервной системы.

#### 066. ЛЕКАРСТВЕННЫЙ ГЕПАТИТ, ИНДУЦИРОВАННЫЙ ПРИЕМОМ ПАРАЦЕТАМОЛА. ОПИСАНИЕ КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ

Галева З.М., Майорова Е.М., Ерепова Е.Е., Макарова К.С.

Кафедра терапии Казанская государственная медицинская академия

Пациентка М., 59 лет, поступила 13.01.10 с жалобами на резкую слабость, чувство нехватки воздуха, подъем температуры тела до 39,7С, озноб, непродуктивный кашель, боли в грудной клетке, ощущение жжения за грудиной.

История настоящего заболевания: Заболела остро, когда резко повысилась температура тела до 37,5С, появилась выраженная слабость, потливость, озноб. В течении 7 дней неоднократно принимала жаропонижающие препараты (Терафлю, панадол, эффералган), суммарно около 35 таблеток. Отмечала кратковременный эффект в виде снижения температуры тела до 37,1С. На фоне сохранения фебрильной температуры больная отметила появление сухого кашля и боли в грудной клетке при дыхании и покашливании. Несмотря на прием вышеописанных препаратов температура сохранялась и достигла максимума 40,0С к 9му дню болезни.

История развития заболевания: Свое состояние пациентка связывает с употреблением в бане холодной воды, а также введением вакцины «Гриппол».

Перенесенные заболевания: аппендэктомия, удаление яичника, пневмонии последняя в 1999г., холецистэктомия.

При осмотре состояние средней степени тяжести, Кожные покровы бледные, влажные, высыпаний нет. Лимфатические узлы не увеличены. Зев умеренно гиперемирован. Дыхание через нос свободное. Частота дыхательных движений 22 в мин. В легких дыхание жесткое, справа выслушиваются влажные мелкопузырчатые хрипы, перкуторно звук легочной. Тоны сердца ритмичные, приглушены. Шумов нет. Границы сердца в пределах нормы. АД 100/70 мм рт.ст. на обеих руках. ЧСС 88 уд в мин, Ps 88 в мин, удовлетворительного наполнения, напряжения. Язык влажный, обложен белым налетом. Живот мягкий, безболезненный. Печень не увеличена. Селезенка не увеличена. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Отеков нет. Стул и диурез без особенностей.

В общем анализе крови обращало на себя внимание нарастание СОЭ от 45мм/час (8-9 день болезни), с максимумом на 10-12 день болезни (52 мм/час), лейкоцитоз

Общий анализ мочи (14.01.10): цвет соломенно-желтая, прозрачная, относительная плотность - 1014, реакция кислая, следы белка, сахар - отрицательно, лейкоциты 0-1-1 в п/зр, эритроциты един., слизь ++.

В биохимическом анализе отмечалось повышение АЛТ (от 157 до 287 U/l), АСТ (от 165 до 265 U/l), ЩФ (от 335 до 462 U/l), ГГТ (от 259 до 377 U/l).

Протеинограмма (10 день болезни): Alb = 52,9 % (56 - 66%),  $\alpha_{1,2}$  = 11,9 % (10,4 - 17%),  $\beta$  = 12,0 % (7,3 - 12,5%),  $\gamma$  = 23,2 % (12,8 - 19%), СРБ (колич) = 50 мг/л (N до 10 мг/л).

LE клетки не обнаружены (от 14/01), АСЛО <200 нг/л (N = 50 - 250 нг/л), РФ отрицательный, посев на ВК отрицательный, антитела на HBsAg отриц, анти-ВГС отриц.

Антядерные АТ скрининг- АТ не обн.; 0.3 ; Антинейтрофильные цитоплазматические АТ- АТ не обн.; 0.; результат иммуноферментного анализа на наличие АТ в сыворотке крови к ДНК нативной 31.7 МЕМл ( норма до 25.0) ; Ig A 1.0 мгмл, IgM 1.12 мгмл, IgG 11.0 мгмл ; ЦИК 0.025 Е.О.П. уровень комплемента 55.5 ЕД СН.

Рентгенограмма ОГК (10 день болезни) Отмечалась инфильтрация легочной ткани в передне- и заднебазальных отделах правого легкого с реакцией прилегающей плевры в переднем ребернодиафрагмальном синусе справа – правосторонняя нижнедолевая пневмония. Легочный рисунок усилен средним и нижним легочным полям. Корни легких несколько расширены, структурны. Сердечно-сосудистая тень расширена. Расширение, краевой кальциноз дуги аорты. Заключение: правосторонняя нижнедолевая пневмония.

Больной также проводилась компьютерная томография (КТ) органов грудной клетки и брюшной полости (12 день болезни)). На КТ ОГК очаговых, инфильтративных и полостных изменений в легких не выявлено. Уплотнение сосудистого рисунка в прикорневых отделах с обеих сторон. В правой плевральной полости отмечено небольшое количество жидкости с реакцией по междолевым бороздам. Трахея и главные бронхи прослеживаются до сегментарного уровня, проходимы. Визуализируется увеличенный до 1,25 см бифуркационный лимфоузел. Заключение: данных за опухоль легкого не выявлено.

На КТ ОБП печень расположена обычно. Размеры печени: левая доля – 6,56×12,48 см, правая – 12,17×17,54 см. Очаговых изменений не выявлено, средняя плотность снижена до 33,4 ед.Н. Желчный пузырь удален. Поджелудочная железа расположена обычно, размеры: хвост – 1,37 см, тело – 1,48 см, головка – 2,69 см. Очаговых изменений не выявлено, парапанкреатическая клетчатка дифференцируется на всем протяжении. Холедох на уровне головки 0,91 см. Почки обычной формы и положения, в паренхиме с/3 левой почки по наружному контуру кистозное образование диаметром 0,69 см. Функция почек не нарушена, выявлены множественные прелоханочные кисты в обеих почках диаметром до 1,63 см. Рентгенконтрастных конкрементов по ходу мочевыводящих путей не выявлено. Надпочечники без изменений. Данных за увеличение забрюшинных лимфоузлов не выявлено.

Заключение: Данных за С-г органов брюшной полости и забрюшинного пространства не выявлено.

Электрокардиографическое исследование (ЭКГ): Ритм синусовый с ЧСС = 85 в мин. Горизонтальное положение ЭОС. Нарушение внутрисердечной проводимости. Нарушение внутрижелудочковой проводимости в системе правой ножки пучка Гиса.

Эхокардиографическое исследование (ЭхоКГ) Заключение: Дилатация полости ЛП. Диастолическая дисфункция миокарда ЛЖ. Митральная и трикуспидальная регургитация 1-2 ст. Уплотнение стенок аорты, створок аортального клапана.

Чреспищеводное эхокардиографическое исследование. Заключение: На момент осмотра наложений на створках аортального, митрального и трикуспидального клапанов не выявляется. Аортальный клапан трехстворчатый, все створки уплотнены.

Таким образом, учитывая анамнез пациентки, данные лабораторных и инструментальных методов исследования выставлен диагноз: Внебольничная правосторонняя нижнедолевая пневмония. ДН I. Токсический (лекарственный) гепатит на фоне приема парацетамола.

### 067. ПАТОЛОГИЯ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА У ПАЦИЕНТОВ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

Галимова Е.С., Нуртдинова Г.М. Кучер О.И., Бойкова И.С.

Кафедра пропедевтики внутренних болезней с курсом физиотерапии Башгосмедуниверситета, г.Уфа

Целью исследования явилось изучение распространенности патологии желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) среди больных бронхиальной астмой (БА).

Материал и методы исследования. Нами обследованы 90 больных БА в стадии обострения. Возраст пациентов составил от 15 до 60 лет, в среднем 48±3,5 года. Преобладали женщины -56(62,2%), мужчин было 34(37,8%). При диагностике бронхиальной астмы мы пользовались международной классификацией GINA 2006 года. Диагностированы следующие формы БА: аллергическая – 20 больных (22,2 %), неаллергическая - 33 (36,7 %), смешанная – 37 (41,1%). Диагностика БА осуществлялась на основании стандартных критериев. Для оценки состояния слизистой оболочки ЖКТ проводилась рентгеноскопия, эндоскопия аппаратом фирмы «Olympus»(Gif-q30), УЗИ органов брюшной полости, биохимическое исследование крови, исследование кала на дисбиоз.

Результаты и их обсуждение. Анамнестически, указания на перенесенные ранее или имеющиеся хронический гастрит, дуоденит, язвенную болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, хронический холецистит и панкреатит отметили 55 пациентов БА(61,1%). При рентгенэндоскопическом обследовании больных БА: поверхностный гастрит, гастродуоденит выявлен у 19 человек (21,1%), эрозии двенадцатиперстной кишки – у 4 (4,5%), дуодено - гастральный рефлюкс – у 20(22,2%), атрофический гастрит – у 8(8,9%), и дискинезия желчевыводящих путей у 10 (11,1%) пациентов с БА. По данным УЗИ органов брюшной полости 68 (75.6%) пациентов БА

имели патологию желудочно-кишечного тракта в виде диффузных изменений в печени - 42 (61,8%) и в поджелудочной железе - 32(47%) пациентов соответственно. Желчнокаменная болезнь диагностирована у 3 больных БА(4,4%). Нами проведено сравнительное исследование некоторых иммунологических показателей у пациентов с сочетанием БА и патологии ЖКТ и 25 больных у которых БА протекала без признаков поражения ЖКТ. Анализ клеточного звена иммунной системы выявил снижение содержания Т-лимфоцитов (CD3) в основной группе на 15,0 % ( $p < 0,01$ ) по сравнению с показателями в контрольной группе, Т-хелперов (CD4) - на 27,5% ( $p < 0,001$ ), цитотоксических Т-клеток (CD8) - на 20,5 % ( $p < 0,05$ ), В-лимфоцитов (CD22) - на 51,0 % ( $p < 0,01$ ). Состояние гуморального иммунитета у больных БА ,сочетанной с поражением ЖКТ характеризуется снижением содержания IgG - на 17,5 % по сравнению с показателями контрольной группы ( $p < 0,05$ ), IgA - на 26 % ( $p < 0,01$ ), тенденцией к уменьшению содержания IgM и увеличению уровня ЦИК ( $p > 0,05$ ). За счет низкого содержания IgG и IgM уменьшаются антитоксическое, опсонизирующее действие антител и эффективность фагоцитоза.

Обследование на дисбиоз проводилось перед выпиской из стационара, т.е. в начале периода ремиссии. У большинства пациентов БА, имеющих сочетанное поражение органов ЖКТ - 52 (57,8%) обнаружены дисбиотические сдвиги различной выраженности: дисбиоз I-II степени - у 36 (69,2%), дисбиоз III степени - у 16 больных (30,8%). При этом клинические проявления дисбиоза обнаружены у 26 больных. Следует отметить, что большинство больных БА до обследования не обращало внимания на состояние функции кишечника. Однако, при проведении целенаправленного опроса выявлены характерные клинические проявления: метеоризм, дискомфорт или незначительные боли в животе, умеренные нарушения стула, преимущественно - с послаблением. Угнетение роста факультативных анаэробов наблюдалось у всех больных с выявленным дисбиозом (52): бифидобактерии обнаруживались в 6-7 разведениях (т.е. в количестве  $10^6$ - $10^7$  КОЕ/г), а лактобактерии - в 6 разведении ( $10^6$ КОЕ/г). У некоторых пациентов количественные нарушения отмечены лишь в одном из названных звеньев. Общее количество кишечной палочки соответствовало норме у 15 больных, было умеренно повышенным (до  $6,2 \cdot 10^8$  КОЕ/г) у 12, сниженным - у остальных больных (25). Снижение уровня нормальной кишечной палочки, как правило, было умеренным - до  $1,3 - 2,8 \cdot 10^8$  КОЕ/г, в отдельных случаях - до  $10^7$  КОЕ/г (6 больных). При дисбиозе III степени наряду с количественными и качественными изменениями нормофлоры отмечался чрезмерный рост условно-патогенных микроорганизмов: чаще - гемолитических кишечных палочек (у 11 пациентов), реже - грибов кандиды, энтеробактера, клебсиел, золотистых стафилококков.

**Выводы.** У обследованных нами больных с БА в 67,8 % случаев диагностирована патология верхних отделов пищеварительного тракта. У больных БА сочетанной с патологией ЖКТ, имеет место снижение функции Т- и В-звеньев иммунитета (уменьшение числа CD3+, CD4+, CD8+, CD22+, функциональной активности

Т-лимфоцитов, концентрации сывороточных иммуноглобулинов А, G и M), что свидетельствует о нарушении индуктивной и эффекторной фаз иммунного ответа. В 57, 8 % наблюдений у больных БА, имеющих сочетанное поражение органов ЖКТ обнаружены дисбиотические сдвиги различной степени выраженности, при этом дисбиоз I-II степени наблюдался - у 69,2%, дисбиоз III степени - у 30,8% пациентов.

#### 068. СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ДАННЫХ ХРОМОСКОПИИ ЖЕЛУДКА С КОНГО КРАСНЫМ И ФРАКЦИОННОГО ЖЕЛУДОЧНОГО ЗОНДИРОВАНИЯ У ДЕТЕЙ

Гильманов Альберт Альфредович.

1-ая детская больница, г.Казань, Россия

**Цель исследования.** Сравнение данных фракционного желудочного зондирования и хромоскопии слизистой желудка (во время проведения фиброгастроскопии) с применением красителя конго красного.

**Материалы и методы.** Хромоскопия желудка, проводимая во время гастроскопии, основана на свойстве индикатора конго красного изменять цвет от красного до темно-синего в зависимости от pH среды (pH до 3,6 - красный, pH ниже 3,6 - темно-синий цвет ). Участки слизистой оболочки, продуцирующие соляную кислоту, окрашиваются в темно-синий цвет (условно-положительная реакция на конго красный). Там, где секреция соляной кислоты отсутствовала, цвет индикатора остается красным (отрицательная реакция на конго красный) (Долецкий С.Я., Климанская Е.В., 1984).

Было обследовано всего 230 детей. В первую группу вошло 100 детей имеющих жалобы на боли в животе на голодный желудок, во вторую группу - 100 пациентов с болями в животе независимо от приема пищи и 30 условно-здоровых детей составили третью контрольную группу.

**Результаты и их обсуждение.** Анализ результатов фракционного желудочного зондирования показал, что кислотообразующая функция в фазу базальной и стимулированной секреции была:

- повышенной в первой группе у 54 (54%) обследуемых, во второй - 43(43%), в третьей у 6 (20%) детей;
- не страдала в первой группе у 46 (46%), во второй - у 52 (52%), в третьей у 24 (80%) детей;
- была пониженной только во второй группе у 5 (5%) пациентов.

Данные хромоскопии желудка распределились следующим образом:

- нарушение кислотонейтрализующей функции антрального отдела желудка (гиперацидное состояние) отмечалось в первой группе у 88 (88%) пациентов, во второй - у 16 (16%) и в третьей группе у 2 (6,7%) детей;
- нормальное распределение кислотпродуцирующей и кислотонейтрализующей зон слизистой желудка отмечалось в первой группе у 12 (12%) больных, во второй группе у 75 (75%), в третьей группе у 28 (93,3%);
- гипоацидное состояние желудка отмечалось только во второй группе у 9 (9%) обследуемых детей.

**Выводы:**

1. Показатели фракционного желудочного зондирования значимо коррелируют с данными хромоскопии желудка, причем более высокая степень достоверности отмечается в группе здоровых детей и при гипоацидном состоянии желудка.
2. Данные хромоскопии желудка более точно дают представление для дифференцированного применения антацидных и антисекреторных препаратов, так как идет оценка не только кислотопродуцирующих, но и кислотонейтрализующих зон слизистой оболочки желудка.

Во время проведение эндоскопии целесообразно проводить хромоскопию желудка с конго красным, для выбора тактики лечения заболеваний пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки у детей.

### 069. ВЛИЯНИЕ ЭКСПРЕССИИ ЦИКЛООКСИГЕНАЗЫ-2 (ЦОГ-2) НА ВЫРАЖЕННОСТЬ ВОСПАЛЕНИЯ В СТЕНКЕ ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ КАЛЬКУЛЕЗНЫМ ХОЛЕЦИСТИТОМ

Голубев С.С., Козлова Н.М., Тюрюмин Я.Л., Раевская Л.Ю.

Областной диагностический центр, Институт хирургии НЦ РВХ СО РАМН, Кафедра факультетской терапии, ИГМУ, г. Иркутск

Актуальность. Асептическое воспаление в стенке желчного пузыря сопровождается повышением уровня экспрессии ЦОГ-2 и продукции простагландинов (Longo W.E. et al., 1999).

Цель работы: изучить уровень экспрессии активности ЦОГ-2 в зависимости от степени выраженности воспаления в стенке желчного пузыря (ЖП) у больных хроническим калькулезным холециститом (ХКХ).

Материалы и методы. Желчные пузыри (n=21) были получены после холецистэктомии (ХЭ). Степень выраженности воспаления определяли при гистологическом исследовании стенки желчного пузыря. Экспрессию ЦОГ-2 в стенке желчного пузыря определяли с использованием иммуноферментного анализа и оценивали полуколичественно. Значимость различий определяли по критерию Манна-Уитни.

Результаты. Повышенная экспрессия ЦОГ-2 в стенке ЖП, полученных после ХЭ от больных ХКХ (n=21), была определена в гладкомышечных клетках – 86%, в эпителиальных клетках – 81%, в стенках сосудов – 71%, в стромальных клетках – 57%, в синусах Рокитанского-Ашоффа – 37%. При выраженности интенсивности воспаления в стенке ЖП слабой степени (n=12) повышенная экспрессия ЦОГ-2 обнаружена в эпителиальных клетках – 83%, в стенке сосудов – 78%, в гладкомышечных клетках – 75%, в стромальных клетках – 33%, в синусах Рокитанского-Ашоффа – 17%. В группе, включающей более выраженную степень воспаления (умеренную и резкую, n=9), повышенная экспрессия ЦОГ-2 была определена в гладкомышечных клетках – 100%, в стенках сосудов – 89%, в эпителиальных клетках – 78%, в стромальных клетках –

78%, в синусах Рокитанского-Ашоффа – 67%. Выявлена положительная корреляция между выраженностью воспаления в стенке ЖП и выраженностью экспрессии ЦОГ-2 в гладкомышечных клетках ( $r = +0.71, p < 0.001$ ) и стенках сосудов ( $r = +0.51, p < 0.05$ ). В группе желчных пузырей, имеющих желудочную метаплазию слизистой оболочки (n=8), повышенная экспрессия ЦОГ-2 была определена: в эпителиальных клетках – 100%, в гладкомышечных клетках – 87%, в стенках сосудов – 75%, в стромальных клетках – 63%, в синусах Рокитанского-Ашоффа – 37%. Обнаружена положительная корреляция между интенсивностью воспаления и выраженностью экспрессии ЦОГ-2 в стромальных клетках ( $r = +0.72, p < 0.05$ ). При исследовании желчных пузырей без метаплазии (n=13) повышенная экспрессия ЦОГ-2 обнаружена в гладкомышечных клетках – 85%, в эпителиальных клетках – 69%, в стенках сосудов – 69%, в стромальных клетках – 54%, в синусах Рокитанского-Ашоффа – 38%. Интенсивность воспаления в стенке ЖП зависела от экспрессии ЦОГ-2 в гладкомышечных клетках ( $r = +0.82, p < 0.001$ ).

Выводы. 1. Повышенная экспрессия ЦОГ-2 в гладкомышечных клетках, стромальных клетках, стенках сосудов и эпителиальных клетках желчного пузыря может быть причиной хронического асептического воспаления и хронического «мягкого» внутрипузырного холестаза. 2. Избыточная экспрессия ЦОГ-2 в гладкомышечных клетках может быть причиной гипомоторной дисфункции желчного пузыря и болевого синдрома. 3. Избыточная экспрессия ЦОГ-2 в стромальных клетках и стенках сосудов желчного пузыря может быть причиной увеличения толщины стенки желчного пузыря. 4. Избыточная экспрессия ЦОГ-2 в эпителиальных клетках желчного пузыря может быть причиной гиперсекреции гликопротеинового муцина в просвет желчного пузыря и повышения концентрации гликопротеинового муцина в пузырной желчи. «только тезис»

### 070. КЛИНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПРИМЕНЕНИЯ НАДРОПАРИНА КАЛЬЦИЯ В ТЕРАПИИ ХРОНИЧЕСКОГО ПИЕЛОНЕФРИТА

Грачева И.Л., Казакова И.А.

ГОУ ВПО «Ижевская государственная медицинская академия», г.Ижевск

Актуальность проблемы: хронический пиелонефрит (ХП) занимает ведущую роль в структуре почечных заболеваний. Большая длительность течения, значительная потеря трудоспособности и возможный исход в хроническую почечную недостаточность определяют необходимость влияния на факторы прогрессирования ХП. В механизмах прогрессирующего склерозирования почек играют роль не только воспалительные, но и гемодинамические, гиперфильтрационные факторы. В связи с этим при лечении ХП наряду с поиском инфекта и борьбой с ним, необходима коррекция артериальной гипертензии, гемодинамических нарушений.

Цель работы: изучение клинической эффективности низкомолекулярного гепарина надропарина кальция в комплексной терапии ХП.

Материалы и методы исследования: обследовано и пролечено 64 больных ХП. Среди обследованных было 42 (65,6%) женщины и 22 (34,4%) мужчин. Средний возраст составил  $42,8 \pm 5,7$  лет. Вторичным пиелонефритом страдали 33 (51,6%) человека, первичным 31 (48,4%) человек. У 34 человек наблюдалась артериальная гипертензия (АГ). Средняя длительность заболевания ХП  $7,2 \pm 4,6$  лет, АГ –  $5,2 \pm 2,6$ . Комплексная терапия включала традиционную антимикробную, гипотензивную терапию и 10-ти дневный курс низкомолекулярным гепарином надропаринином кальция в дозе 2850 антиХа МЕ (0,3 мл) в сутки. Сравнение результатов исследования проводили с контрольной группой, сопоставимой по возрасту и половому составу без применения в лечении надропарина кальция. С помощью стандартных унифицируемых методик определяли общеклинические, биохимические показатели и параметры коагуляционного гемостаза (креатинин, мочевины, протромбиновый индекс, активированное частичное тромбиновое время, фибриноген, электролитный спектр крови). Функциональное состояние почек оценивали по уровню суточной протеинурии, скорости клубочковой фильтрации (СКФ), рассчитанной по формуле Кокрофта-Голта. Реносцинтиграфию проводили с использованием радиофарм препарата Петатекс-99м-Тс на гамма камере МВ 9100. Суточное мониторирование артериального давления в динамике проводили с помощью аппарата «Мн СДП-2» (Россия, г. Н. Новгород).

Результаты: включение в комплексную терапию больных с обострением ХП надропарина кальция оказало отчетливый положительный терапевтический эффект. Полной клинико-лабораторной ремиссии удалось достичь в 92,1% в группе наблюдения, показатель в группе сравнения 85,7%. Достижение клинико-лабораторной ремиссии в группе сравнения достигалось быстрее в среднем на 2,3 дня. При исследовании уровня суточной протеинурии было установлено, что через 10 дней применения надропарина кальция этот показатель достоверно снижался с  $273,4 \pm 36,2$  до  $57,8 \pm 23,5$  мг/л ( $p < 0,05$ ), что составило  $79,9 \pm 6,2\%$ , в группе сравнения соответственно  $272,5 \pm 47,4$ ,  $85,3 \pm 22,5$  мг/л ( $p < 0,05$ ), уровень снижения составил  $68,7 \pm 2,4\%$ . В группе наблюдения уровень эндогенного креатинина снизился с  $104,6 \pm 8,19$  до  $88,6 \pm 3,2$  мкмоль/л ( $p < 0,05$ ), увеличилась СКФ с  $72,3 \pm 4,8$  до  $84,7 \pm 4,8$  мл/мин ( $p < 0,05$ ). У больных контрольной группы изменения уровня эндогенного креатинина и СКФ были не достоверными. После курса лечения надропаринином кальция достоверных изменений показателей коагуляционного гемостаза выявлено не было. Препарат не оказывал отрицательного влияния на электролитный спектр крови. При качественном анализе реносцинтиграмм в исследуемой группе период полувыведения радиофарм препарата после лечения сократился с  $15,6 \pm 1,2$  до  $11,8 \pm 0,7$  минут ( $p < 0,05$ ), сглаживалась разница между показателями правой и левой почки, уменьшился коэффициент асимметрии с  $20,8 \pm 1,2$  до  $18,7 \pm 0,6\%$  ( $p < 0,05$ ). У пациентов группы сравнения достоверных изменений не наблюдалось. В ходе лечения надропаринином кальция у пациентов с АГ

достигнуто снижение и стабилизация уровней систолического и диастолического артериального давления ( $p < 0,05$ ). По данным СМАД произошло снижение среднесуточного артериального давления, достоверно более выраженное в группе наблюдения ( $-11,3\%$ ,  $p < 0,05$ ). У пациентов этой группы на фоне проводимой терапии были уменьшены дозы гипотензивных препаратов у 19 человек (55,9%), в целом на 20,5%. В группе сравнения у больных с АГ достоверных изменений суточных доз гипотензивных препаратов не произошло, снижение уровня среднесуточного артериального давления составило 6,4% ( $p > 0,05$ ). При динамическом наблюдении через 1 месяц состояние 10 пациентов потребовало возвращение к первоначальным дозам гипотензивной терапии, 9 пациентов продолжали принимать уменьшенные дозы гипотензивных средств.

Выводы. Применение низкомолекулярного гепарина – надропарина кальция в комплексной терапии ХП оказывает благоприятное влияние на клинику заболевания, потенцирует антипротеинурический, гипотензивный эффект, улучшает внутривисцеральную гемодинамику, особенно у пациентов с артериальной гипертензией. Результаты проведенных исследований позволяют рекомендовать к использованию надропарин кальция в комплексной терапии хронического пиелонефрита.

## 071. ГЭРБ И ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ СТРУКТУРА ЛИЧНОСТИ

Гришечкина Ирина Александровна

Омская медицинская государственная академия, город Омск, Россия

Цель исследования. Выявить комплекс психологических черт личности оказывающих влияние на течение гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (ГЭРБ) и уровень качества жизни пациентов.

Материалы и методы. Проведено одномоментное, открытое (эпидемиологическое) исследование в специализированном гастроэнтерологическом стационаре ГУЗОО ОКБ города Омска. Был обследован 71 больной с эрозивной и неэрозивной ГЭРБ в возрасте от 17 до 62 лет (из них 38 мужчин и 33 женщины, 45,8% и 52,4 % соответственно). Диагноз был установлен в соответствии со стандартами медицинской помощи больным гастроэзофагеальным рефлюксом на основании общего клинического исследования, фиброгастро-дуоденоскопии (фибродуоденоскоп Olympus, Япония), поэтажной экспозиционной рН-метрии пищевода и желудка (ацидогастрометр ЭВ-74, Россия).

Психологическое исследование личности проводилось с помощью интервьюирования и тестирования. При тестировании были использованы шкала ситуативной и личностной тревожности Ч.Д. Спилберга в модификации Ю.Л. Ханина (1980 г.), методика диагностики показателей и форм агрессии А. Басса и А. Дарки в адаптации А.К. Осницкого, торонтская алекситимическая шкала, предложенная G.Taylor (1985 г.) и адаптированная в психоневрологическом институте им. В.М. Бехтерева (1994 г.), метод исследования уровня субъективного контроля (УСК), созданный на основе шкалы J.B. Rotter

(1999 г.), клинический опросник для выявления и оценки невротических состояний (К.К. Яхин, Д.М. Менделевич) и личностный опросник бехтеревского института (ЛОБИ). Нами было также исследован уровень качества жизни пациентов с ГЭРБ с помощью методики «SF-36 V2».

Статистическая обработка полученных данных проводилась с использованием программы «Statistica 6.0 for Windows» и программы «Biostatistica» на персональном компьютере, реализованных с помощью метода многомерного корреляционного анализа с варимаксимальным вращением.

Результаты и их обсуждение. На первом этапе исследования были выявлены показатели алекситимии, интернальности в различных сферах деятельности (локус-контроль личности), различные проявления агрессии, тревожности, невротические черты и типы поведения в условиях болезни. Затем вся совокупность признаков, а также 12 показателей уровня качества жизни и продолжительность кислого рефлюкса в пищеводе (косвенно отражающая состояние нижнего пищеводного сфинктера) были проанализированы с помощью многомерного корреляционного анализа с варимаксимальным вращением.

В результате исследования были выявлены 2 фактора. Они охватили 37,57% обследуемых пациентов (1/3 часть). Внутри этих факторов были отмечены корреляции между показателями уровня качества жизни больных и психическими факторами, но не было отмечено связи с продолжительностью кислого рефлюкса.

Так первый фактор (25,85% общности) включал в себя коррелирующие между собой с прямой связью: тревожный (0,673), обсессивно-фобический (0,614) и эйфорический (0,611) тип поведения личности в ситуации болезни, общий показатель невротического реагирования (0,844), шкалы астении (0,682), невротической депрессии (0,666), истерического (0,709) и обсессивно-фобического (0,646) типа реагирования, ситуативную (0,687) и личностную тревожность (0,694) и показатель психической оценки здоровья пациентом (0,717), характеризующий настроение. Этот фактор характеризовал комплекс черт характера ведущих к повышенной чувствительности пациентов к воздействию стресса

Второй фактор (11,73% общности) включал в себя: общий показатель интернального уровня субъективного контроля (0,709), интернальный уровень субъективного контроля в сфере достижений (0,649) и индекс агрессивности (0,716) также имеющие прямую корреляционную связь. Этот фактор содержит по нашим предположениям комплекс черт характера, способствующий устойчивости пациентов в условиях стресса.

Выводы. У 1/3 пациентов с ГЭРБ имеются два четко очерченных типа личности, имеющие прямую корреляционную связь с уровнем качества жизни, но не связанных с продолжительностью рН<4 в пищеводе.

## 072. ПРЕИМУЩЕСТВА ИСПОЛЬЗОВАНИЯ НОВОЙ МЕТОДИКИ ЧРЕСКОЖНОЙ СФИНКТЕРОТОМИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКИХ АНАЛЬНЫХ ТРЕЩИН

Грошили В.С.  
Ростовский государственный медицинский университет, г.Ростов-на-Дону, Россия.

Цель исследования. Предупреждение рецидива анальных трещин и инконтиненции после хирургического лечения трещин заднего прохода посредством разработки и внедрения оригинальной модифицированной техники дозированной сфинктеротомии.

Материалы и методы. Разработана новая техника дозированной сфинктеротомии, включающая частичную денервацию сфинктера с учетом индивидуальных анатомических параметров (федеральный патент России №2293529). Разработанный способ применен при хирургическом лечении 40 больных с хроническими анальными трещинами при наличии стойкого сфинктероспазма. Критериями, подтверждающими наличие гипертонуса, были повышение базального давления в анальном канале на уровне внутреннего сфинктера, увеличение среднего давления в анальном канале в покое и при волевом сокращении, снижение амплитуды и длительности ректоанального ингибиторного рефлекса. Вывод о спазме сфинктера делали лишь при выявлении трех и более из перечисленных признаков. Послеоперационная экспертиза проводилась через 3,6 и 12 месяцев и включала осмотр, аноскопию, комплексную аноректальную манометрию, электромиографию, эндоректальную ультрасонографию.

Результаты и обсуждение. Проявлений послеоперационной анальной инконтиненции отмечено не было. Сроки заживления и эпителизации послеоперационных ран анального канала соответствовали таковым при традиционном варианте латеральной «закрытой» сфинктеротомии. Среднее давление в анальном канале в покое у 33-х оперированных больных соответствовало возрастной физиологической норме, а у 7-и пациентов превышало норму менее, чем на 12%, составляя от 90,7 до 100,8 мм вод.ст. Гипотонуса сфинктера не отмечалось. Давление в анальном канале при волевом сокращении составляло 94,8-138,7 см вод. ст. В 5-и наблюдениях имело место относительное снижение величины давления на уровне внутреннего сфинктера, но не более, чем на 8% (минимальное значение – 61 см вод.ст.). Клинических проявлений недержания у этих больных не было, причем, при контрольном обследовании спустя 6 месяцев манометрические значения пришли в соответствие нормам. Рецидивов заболевания не отмечено.

Выводы. В условиях дозированного рассечения и селективной денервации внутреннего сфинктера прямой кишки создаются условия для скорейшего заживления операционных ран, уменьшения интенсивности болей и ранней реабилитации. Выполнение разработанного способа учитывает конституциональные особенности строения запирающего аппарата прямой кишки, при этом, снижается вероятность повреждения ветвей геморроидальных артерий и исключается инфицирование ран сфинктера из просвета кишки.

## 073. КОМПЛЕКСНЫЙ ПОДХОД В КОРРЕКЦИИ ТРОФОЛОГИЧЕСКОГО СТАТУСА У

## БОЛЬНЫХ С ОГРАНИЧЕННЫМ ДВИГАТЕЛЬНЫМ РЕЖИМОМ ПРИ ТРАВМАТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СПИННОГО МОЗГА

Гумарова Л.Ш., Бодрова Р.А.

Кафедра реабилитологии и спортивной медицины КГМА, г. Казань

Ежегодно в России становятся инвалидами более 8 000 больных с последствиями спинальной травмы, причём в основном лица молодого трудоспособного возраста [Кочетков А.В., 2008г].

Принимая во внимание наибольшее количество осложнений в виде нарушения деятельности внутренних органов, пролежней, белкового истощения организма, остеопороза, вторичной инфекции различной локализации, связанных с длительной иммобилизацией больных, наиболее актуальным является изучение методов коррекции имеющихся нарушений и способов из профилактики.

Учитывая патофизиологические нарушения у больных с ограниченным двигательным режимом, целесообразным представляется комплексный подход в коррекции трофологического статуса у данной группы больных, включающий обеспечение адекватного количества питательных веществ, применение индивидуальных физических методов воздействия, обладающих трофостимулирующим действием.

Цель исследования – изучить влияние нарушений трофологического статуса и способы их коррекции у больных с ограниченным двигательным режимом с травмой спинного мозга.

Под наблюдением находилось 19 больных с травматической болезнью спинного мозга (ТБСМ) с ограничением двигательной активности (20,1±2,7 баллов по шкале Бартела) в возрасте от 18 до 55 лет без сопутствующей соматической патологии. При исследовании трофологического статуса по клинико-лабораторным критериям, калиперметрическим способом Durmin-Womersley у 92% больных имелась различная степень недостаточности питания.

Всем больным на фоне стандартной терапии проводилась комплексная коррекция трофологического статуса, воздействие активной лечебной гимнастики, применение нейроэлектростимуляции. После проведенного лечения у больных отмечалась тенденция к повышению массы тела на 17%, причем, за счёт мышечного компонента; увеличению абсолютного числа лимфоцитов в крови на 21%, альбуминов – на 23%.

Учитывая, что у пациентов с травмой спинного мозга недостаточность питания способствует развитию инфекционных осложнений, образованию пролежней, снижению процессов репарации, регенерации и является значительным фактором в развитии приобретённого иммунодефицита, сердечной и дыхательной недостаточности, предложенный комплексный подход в коррекции трофологических нарушений у данной категории больных позволит снизить летальность, уменьшить количество осложнений, улучшить эффективность восстановительного лечения больных, повысить качество жизни.

## 074. НАРУШЕНИЕ УЛЬТРАСТРУКТУРЫ ГЕПАТОЦИТОВ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ

## ГЕПАТИТЕ, ФОРМИРУЮЩЕМСЯ ПОД ВОЗДЕЙСТВИЕМ МЕТАЛЛОПОЛЮТАНТОВ

Гутникова А.Р., Байбеков И.М., Саидханов Б.А., Ашурова Д.Д., Махмудов К.О.

РСЦХ им. Акад. В.Вахидова, Ташкент, Узбекистан

Цель исследования: изучить изменение ультраструктуры гепатоцитов при токсическом гепатите, развивающемся при хроническом воздействии металлополлютантов.

Методы. Исследования выполнены на 70 белых крысах массой 150-180г. Интоксикацию моделировали внутрибрюшинным введением композиционной смеси из солей меди, марганца, молибдена и хрома, типичных для Ташкентской области, взятых в соотношении Cu:Mn:Mo:Cr=100: 19: 16: 2, что соответствует соотношению их содержания в почве в зоне АГМК. Смесь вводили через день в течение 4 недель. Максимальное содержание каждого из металлов в смеси не превышает DL<sub>10</sub>. Ультратонкие срезы ткани печени, полученные на ультратоме «Ultracut», контрастировали в аппарате «Ultrastainer» и просматривали в электронном микроскопе Hitachi H-600.

Результаты. Установлено, что при поступлении металлополлютантов формируются выраженные изменения ультраструктуры гепатоцитов и синусоидов. Эти изменения характеризуются мозаичностью. В некоторых гепатоцитах отмечается расширение профилей ЗЭС, снижение содержания гликогена, уменьшение просветов пространств Диссе. Расширение профилей ЗЭС сопровождается умеренным расширением перинуклеарных пространств, уменьшением числа ядерных пор в ядерной оболочке.

Наиболее типичным ультраструктурным проявлением изменений гепатоцитов является резкое набухание митохондрий с выраженным просветлением их матрикса и редукцией крист. Это сопровождается появлением митохондрий причудливой формы. Часто встречаются подковообразные митохондрии.

В части митохондрий выявляются миелиноподобные тельца. Это указывает на биодegradацию этих органелл. Отмечается расширение жёлчных канальцев. У полюсов гепатоцитов вблизи канальцев часто встречаются электронноплотные тельца, типа лизосом. Отмечено увеличение содержания лизосом в цитоплазме гепатоцитов. Это нередко сопровождается гипертрофией комплекса Гольджи гладкой эндоплазматической сети (ГЭС). Розетки гликогена при этом становятся меньше, и часто встречаются единичные гранулы этих включений. Наряду с возрастанием числа профилей ГЭС в цитоплазме клеток появляются крупные вакуоли с хлопьевидным содержимым низкой электронной плотности или же гомогенные электроннопрозрачные. По размерам они сопоставимы с размерами ядер. Это нередко сопровождается переполнением синусоидов гомогенным содержимым, скоплением эритроцитов и других клеток крови. Некоторые гепатоциты содержат липидные гранулы, которые по размерам меньше, описанных выше образований с гомогенным или хлопьевидным содержимым. Нередко в гепатоцитах выявляются большие поля практически лишённых органелл за исключением мелких митохондрий. Эти поля образованы

гомогенным электронносветлым веществом и, видимо, представляют собой проявления гидропической дистрофии с переходом в баллонную дистрофию.

**Вывод.** При токсическом гепатите, развивающемся под влиянием металлополлютантов, характерных для зоны воздействия АГМК- основного металлургического комплекса в Ташкентской области, формируются полиморфные мозаичные изменения гепатоцитов, проявляющиеся в гипертрофии ЗЭС, комплекса Гольджи, увеличении содержания лизосом, гидропической дистрофии, расширении жёлчных канальцев, просветов синусоидов, набухания и деградации митохондрий.

#### 075. КАЧЕСТВО ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ПАНКРЕАТИТЕ

Гутнова С.К.

ГОУ ВПО Северо-Осетинская государственная медицинская академия Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию, г. Владикавказ, Россия.

Кафедра терапии с общей врачебной практикой (семейной медициной) ФПДО

Одним из инструментов, с помощью которого можно осуществлять контроль за эффективностью лечения являются опросники качества жизни (КЖ).

**Цель исследования** – изучить влияние низкоинтенсивной лазерной терапии на качество жизни больных хроническим панкреатитом (ХП).

**Материалы и методы.** Всего обследовано 185 больных хроническим панкреатитом. В основной группе (138 больных – 74,6%), наряду с традиционной комплексной медикаментозной терапией проводилась низкоинтенсивная лазерная терапия различными методами (накожный, внутривенное лазерное облучение крови, комбинированный). В контрольную группу вошли 47 больных (25,4%), которые получали только медикаментозную терапию.

Оценка качества жизни проводилась с помощью международного опросника SF-36 и специализированного опросника тяжести гастроэнтерологических симптомов GSRS (Gastrointestinal Symptom Rating Scale) в трех точках наблюдения – при поступлении, через 2 недели и через 3 месяца.

**Результаты и их обсуждение.** В опроснике SF-36 большее значение в шкале соответствует лучшему показателю КЖ. Анализ анкет пациентов показал исходное снижение качества жизни больных ХП по сравнению с группой здоровых и в основной и в контрольной группах по всем 8 шкалам опросника – физическое функционирование (PF), ролевое функционирование (RF), шкале боли (BP), общее здоровье (GH), жизнеспособности (VT), социальное функционирование (SF), эмоциональное функционирование (RE) и психологическое здоровье (MH)

Результаты анализа выявили достоверное улучшение по всем показателям КЖ у больных ХП в основной группе после проведенной терапии, за исключением показателя общее здоровье (GH), достоверное изменение которого произошло через три месяца. Так, в основной группе после лечения отмечалось приращение показателя КЖ по шкале

физического функционирования до  $53,9 \pm 5,2$  баллов ( $p < 0,05$ ), ролевого функционирования до  $55,7 \pm 1,8$  баллов ( $p < 0,001$ ), шкале боли до  $57,2 \pm 5,9$  баллов ( $p < 0,01$ ), жизнеспособности до  $61,7 \pm 8,9$  баллов ( $p < 0,01$ ), социального функционирования до  $53,2 \pm 4,7$  баллов ( $p < 0,01$ ), эмоционального функционирования до  $54,6 \pm 2,7$  баллов ( $p < 0,001$ ) и психологического функционирования до  $52,4 \pm 8,4$  баллов ( $p < 0,01$ ). Указанные результаты свидетельствуют о повышении физической активности, расширении повседневной деятельности пациентов, повышении оценки состояния здоровья и жизненной активности, улучшении эмоционального состояния и устранении депрессивных, тревожных переживаний после проведенной терапии.

В контрольной группе после проведенной терапии существенная динамика была отмечена по шкале социального функционирования (SF) – показатель повысился до  $33,9 \pm 8,02$  баллов ( $p < 0,01$ ) и через три месяца по шкале боли (BP) – показатель повысился до  $42,9 \pm 5,6$  баллов ( $p < 0,05$ ).

В опроснике GSRS меньшее значение в шкале соответствует лучшему показателю КЖ. При анализе анкет пациентов установлено снижение качества жизни по всем 5 шкалам опросника – абдоминальному болевому синдрому, рефлюкс синдрому, диарейному синдрому, диспепсическому синдрому, синдрому запоров.

По всем пяти шкалам получены статистически значимые свидетельства лучшего качества жизни после проведенной терапии у больных ХП в основной группе – по шкале абдоминального болевого синдрома показатель понизился с  $12,4 \pm 2,3$  до  $2,9 \pm 1,6$  баллов ( $p < 0,01$ ), по шкале рефлюкс-синдрома с  $13,9 \pm 1,4$  до  $3,9 \pm 1,4$  баллов ( $p < 0,001$ ), по шкале диарейного синдрома с  $10,7 \pm 2,5$  до  $3,2 \pm 1,3$  баллов ( $p < 0,01$ ) и по шкале синдрома запоров через три месяца с  $10,1 \pm 2,2$  до  $4,1 \pm 2,1$  баллов ( $p < 0,05$ ). Суммарный индекс КЖ при этом достоверно снизился после лечения с  $62,1 \pm 5,6$  до  $21,3 \pm 6,1$  ( $p < 0,001$ ).

В контрольной группе достоверное понижение показателя и улучшение качества жизни произошло только по двум шкалам – рефлюкс синдрома с  $12,6 \pm 2,2$  до  $6,9 \pm 1,9$  ( $p < 0,05$ ) и через три месяца по шкале диспепсического синдрома с  $20,1 \pm 2,2$  до  $12,3 \pm 2,6$  баллов ( $p < 0,05$ ). Суммарный индекс КЖ при этом достоверно снизился через три месяца наблюдения с  $59,8 \pm 5,4$  до  $41,3 \pm 5,7$  баллов ( $p < 0,05$ ).

**Заключение.** Таким образом, по результатам общего опросника SF-36 и специализированного гастроэнтерологического опросника включение низкоинтенсивной лазерной терапии в комплексную терапию больных хроническим панкреатитом в фазе обострения способствует достоверному и более быстрому улучшению качества жизни.

#### 076. ПРОДУКЦИЯ ОКСИДА АЗОТА ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ПАНКРЕАТИТЕ.

Гутнова С.К.

ГОУ ВПО Северо-Осетинская государственная медицинская академия Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию, г. Владикавказ, Россия.

Кафедра терапии с общей врачебной практикой (семейной медициной) ФПДО

Оксид азота (NO) играет важную роль, как в физиологических, так и в патологических процессах в желудочно-кишечном тракте (ЖКТ). Источником оксида азота в ЖКТ служат эпителий, сосудистый эндотелий, гладкие мышцы, тучные клетки, резистентные и инфильтративные лейкоциты, нейтрофилы и макрофаги, энтеральные нейроны.

Цель исследования – изучить продукцию оксида азота у больных хроническим панкреатитом (ХП) в фазе обострения.

Материалы и методы. Всего обследовано 47 больных хроническим панкреатитом в фазе обострения (средний возраст составил 54,3±4,2 лет) продолжительностью заболевания от 1 года до 28 лет. Дополнительно обследовано 30 человек, которые составили группу здоровых.

Диагноз устанавливался на основании комплекса клинических, лабораторных и инструментальных методов исследования. Определение концентрации нитратов в сыворотке крови проводили электрохимическим методом.

Результаты и их обсуждение. Исследование содержания метаболитов оксида азота (нитратов) в сыворотке крови больных ХП в фазе обострения выявило существенное отклонение данного показателя по сравнению с группой здоровых как в сторону повышения уровня NO, так и в сторону снижения.

Преобладающим в исследуемой группе больных было повышение метаболитов оксида азота, которое выявлено у 68,1% больных, при этом уровень метаболитов оксида азота был достоверно выше, чем в группе здоровых (21,3±3,1 мкмоль/л) и составил 71,5±10,6 мкмоль/л (p<0,001).

Существуют данные, что при синтезе NO в условиях воспаления данное соединение индуцирует вазодилатацию, локальное поражение паренхимы, подверженного воспалению, а затем и его ишемии.

Достоверное снижение продукции NO отмечено у 19,1% больных, уровень нитратов у этих пациентов составил по сравнению с нормой 9,7±2,9 мкмоль/л (p<0,01).

Снижение продукции NO способствует вазоконстрикции, агрегации тромбоцитов, адгезии лейкоцитов и тромбоцитов к сосудистой стенке.

Нормальный уровень нитратов был выявлен лишь у 12,8% больных, содержание NO при этом было в пределах нормальных значений – 22,4±2,9 мкмоль/л (p>0,05).

Заключение. Таким образом, выявленные изменения продукции оксида азота у больных хроническим панкреатитом в фазе обострения выражались в дефиците NO, избытке образования оксида азота и отсутствии изменений продукции оксида азота. При этом у обследованных нами пациентов преобладал избыточный синтез оксида азота.

#### 077. ГИСТОЛОГИЧЕСКИЕ И КЛЕТОЧНО-МОЛЕКУЛЯРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ФОРМИРОВАНИЯ ВНЕКЛЕТОЧНОГО СОЕДИНИТЕЛЬНОТКАННОГО МАТРИКСА (ВСМ) ПРИ РАКЕ ЖЕЛУДКА

Данилова И.А.

Государственная медицинская академия им. И.И. Мечникова, г. Санкт-Петербург, Россия

Рак желудка (РЖ) – одна из самых распространенных опухолей человека. Типичны: поздняя первичная диагностика на стадии опухолевой прогрессии (до 80%), спорный послеоперационный прогноз, высокая смертность. Стандарты ВОЗ определяют клинико-морфологическую и прогностическую оценку РЖ критериями p-TNM и гистологической классификации (ГК). При этом разнонаправленность принципов построения ГК снижает ее практическую и прогностическую значимость. В то же время ГК ВОЗ – Р. Lauren (2000) выделяет две *основные гистологические формы* (ГФ) РЖ: *кишечную* (КРЖ) и *диффузную* (ДРЖ). По собственным рекомендациям (2005), документированным межгрупповыми морфологическими различиями опухолевой паренхимы, дополнительно выделена *смешанная* ГФ РЖ (СРЖ). С учетом постоянства паренхиматозно-стромальных взаимоотношений как важнейшего биологического качества РЖ представлялось важным изучение тканевых (топографических, качественно-количественных) и молекулярных особенностей формирования ВСМ в пределах выделенных ГФ РЖ.

Цель исследования: гисто-, иммуногистохимическое изучение органоспецифических особенностей ВСМ при КРЖ, ДРЖ, СРЖ на разных этапах опухолевой прогрессии.

Материалы и методы: ретроспективный/текущий клинико-морфологический анализ 137 операционных наблюдений РЖ (архив прозектуры клиники П. Великого; 1995-2004 г.г.) с широкой вырезкой (центральные/латеральные отделы; зоны прогрессии опухоли; фон; края резекции; лимфатические узлы); гистологическим, гистохимическим изучением парафиновых срезов (окраска гематоксилином и эозином, пикрофуксином по методам Ван Гизона, Гордона-Свита, Herovici-Cook); иммуногистохимическим исследованием экспрессии матриксных металлопротеиназ (ММП)-2,9, контролирующих метаболизм белков ВСМ (Novostain universal detection kit с моноклональными антителами, Novocastra, Англия, разведение 1:50), определением суммы оптической плотности (от 0.60 до 33.0) и доли положительно окрашенных клеток с распределением на группы с низкой (до 10), умеренной (10-20), высокой (свыше 20) экспрессией («Видеотест», версия 5.0); статобработкой (Statgraphics Centurion XV).

Результаты и обсуждение. Независимо от ГФ, морфогенез ВСМ характеризовался закономерной стадийностью, сопровождающей опухолевый рост на этапах внутри- и внеорганной (регионарные лимфоузлы) прогрессии, с формированием ретикулинового каркаса и последующей коллагенизацией. При этом каждая ГФ отличалась индивидуальным типом новообразованного ВСМ: *перигландулярным* (КРЖ); *перипеллюлярным* (ДРЖ); *сочетанным*, «*мозаичного*» типа, с качественно-количественными и топографическими различиями паренхиматозного и стромального компонентов (СРЖ). Тканевые межгрупповые особенности морфогенеза ВСМ подтверждались на молекулярном уровне. При КРЖ преобладало активное разрушение новообразованного

коллагена, инициированного усиленной выработкой ММР-2 и ММР-9 (умеренная и высокая степени экспрессии в 19-73,8% и 12-54,55% наблюдений соответственно). Групповой закономерностью ДРЖ было преобладание синтеза ВСМ над процессами деградации коллагена, что отражали низкие уровни экспрессии обоих маркеров (соответственно 17-65,38% и 22-95,65%). При этом сборная группа СРЖ проявляла: высокие и наивысшие показатели экспрессии ММР-2 и ММР-9 - соответственно 60 (61%) и 70 (72%) случаев. Подобная протеолитическая направленность белковосинтетического потенциала паренхимы СРЖ, возможно, объяснялась морфофункциональной активностью ее кишечного компонента.

**Выводы.** Полученные данные свидетельствуют о четких межгрупповых тканевых и клеточно-молекулярных различиях и направленной индукции формирования ВСМ в зависимости от гистологических особенностей паренхиматозного компонента РЖ. Устойчивое внутригрупповое постоянство паренхиматозно-стромальных отношений на разных этапах опухолевой прогрессии подтверждает рациональность выделения основных и дополнительной гистологической формы РЖ: кишечной, диффузной, смешанной.

#### 078. КАЧЕСТВЕННО-КОЛИЧЕСТВЕННАЯ И ТОПОГРАФИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ЛИМФОГЕННЫХ МЕТАСТАЗОВ ПРИ ОСНОВНЫХ ГИСТОЛОГИЧЕСКИХ ФОРМАХ РАКА ЖЕЛУДКА

Данилова И.А.

Государственная медицинская академия им. И.И. Мечникова, г. Санкт-Петербург, Россия

Рак желудка (РЖ) отличает предельная гистологическая вариабельность опухолевого роста, что обуславливает целесообразность выделения основных форм (ГК ВОЗ-Р. Laugen, 2000): *диффузной* (ДРЖ) и *кишечной* (КРЖ). С учетом преимущественной при раке любой анатомической локализации лимфогенной внутрисосудистой прогрессии представлялась важной ее оценка при основных гистологических формах РЖ.

**Цель исследования:** комплексное изучение качественно-количественных и топографических особенностей лимфогенных метастазов при ДРЖ и КРЖ.

**Материалы и методы:** 655 наблюдений РЖ, из них 272 (41,53%) ДРЖ, 383 (58,47%) КРЖ (архив прозекуры клиник больницы П. Великого; 1998-2006 г.г.) с морфологическим исследованием резецированного желудка и лимфатических узлов; гистологическим изучением парафиновых срезов (окраска гематоксилином и эозином, альциановым синим).

Результаты и обсуждение. ДРЖ несколько чаще поражал мужчин (144/52,94%) в сравнении с числом женщин – 128 (47,06%) в возрасте - 21-83 года (средний – 57,32); лиц моложе 50 лет – 58 (21,32%) с незначительным превышением числа женщин (32/11,76%). Преобладало: поражение средней (87/31,99%) и нижней (70/25,74%), реже – верхней (50/18,38%) трети желудка и субтотального/тотального (49/18,01%); крайне редко – рецидивное (в культе) – 14 (5,15%) и многофокусное (5/1,84%).

Чаще встречались: крупные (более 5 см) опухолевые узлы (170/62,5%) с глубоко инвазивным (220/80,88%) эндофитным (208/76,47%) ростом. Рост в краях резекции, внутриорганный (лимфогенная эмболия) и внеорганный (лимфогенные метастазы) имелся соответственно: в 80 (29,41%), 24 (8,82%), 103 (37,86%) наблюдениях, в 93 (90,29%) из них – на стадии глубокой (интрамуральной, субсерозной и экстраорганный) прогрессии.

Операционный материал включал 861 лимфоузел (197/72,42% случаев): в проекции малой/большой кривизны - 497 (57,72%), из них с метастазами 218 (43,86%), в т.ч. 150 (30,18%) - уровня N1, 68 (13,68%) – N2; большого сальника - 184 (21,37%), из них с метастазами 80 (43,48%), в т.ч. 65 (35,33%) - N1, 15 (8,15%) - N2; малого сальника - 64 (7,43%), из них с метастазами 13 (20,31%) - N1; отдаленных (перипанкреатических, пара-аортальных, ворот селезенки и печени) - 116 (13,47%), из них с метастазами 31 (26,72%) - N1.

КРЖ несколько преобладал у мужчин (210/54,83%) в сравнении с числом женщин - 173 (45,17%) в возрасте 28 - 92 года (средний – 63,98); лиц моложе 50 лет – 58 (15,14%). Чаще характеризовался: поражением тела (130/33,93%), реже – верхней (106/27,68%) и нижней (100/26,11%) трети желудка, значительно реже - субтотальным (33/8,62%), многофокусным (9/2,35%) и рецидивным (5/1,31%) ростом.

Часто наблюдались: крупные (более 5 см) опухолевые узлы (206/59,19%) с глубоко инвазивным (302/78,85%) эндофитным (253/66,06%) прорастанием стенки желудка. Латеральный опухолевый рост, внутриорганный эмболия, лимфогенные метастазы составили соответственно: 60 (15,67%); 45 (11,75%); 170 (44,39%) наблюдений, из них в 12 (3,85%) – при поражении слизистого и подслизистого (T1) отделов стенки, в том числе уровня N2.

В 312 (81,46%) операционных наблюдениях содержалось 1465 лимфатических узлов: в проекции малой (большой) кривизны - 536 (36,59%), из них с метастазами 210 (39,18%), в т.ч. 120 (22,39%) - N1, 90 (16,79%) - N2; отдаленных - 453 (30,92%), из них с метастазами 262 (57,83%), в т.ч. 96 (21,19%) - уровня N1, 133 (36,64%) - N2, 33 (7,28%) - N3; большого сальника - 324 (22,12%), из них с метастазами 115 (35,5%), в т.ч. 77 (23,77%) - N1, 38 (11,73%) - N2; малого сальника - 152 (10,37%), из них с метастазами 38 (25,0%) - N1.

**Выводы.** Полученные данные свидетельствуют о высокой корреляции кишечной формы РЖ с более частым выявлением и ранним внутриорганным (эмболическим) и внеорганным метастатическим, в том числе обширным (уровня N2 – N3) вовлечением не только близлежащих, но и отдаленных лимфатических узлов. Такие результаты не исключают разных способов прогрессии при основных (кишечной, диффузной) гистологических формах РЖ, инициируют углубленное клеточно-молекулярное исследование и требуют дифференцированного, в том числе комбинированного лечебного подхода и индивидуальной предсказательной оценки.

#### 079. ИЗУЧЕНИЕ СИНДРОМА ИЗБЫТОЧНОГО БАКТЕРИАЛЬНОГО РОСТА ПРИ ОБОСТРЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА

Т. Л. Денисенко, К. М. Перфилова, Е. И. Ефимова, А. А. Бокарев, И.В.Шутова, Н.В.Неумоина, Г.С.Рыжова, М.В.Неумоина, Т.А.Трошина, Т.В.Ларионова

ФГУН ННИИЭМ имени академика И.Н.Блохиной Роспотребнадзора, Нижний Новгород, Россия

Цель работы: исследование микрофлоры дистальных отделов 12-перстной кишки путем бактериологического посева аспиратов, полученных в процессе эзофагогастродуоденоскопии у больных с хроническим панкреатитом.

Материалы и методы. Обследованы пациенты, госпитализированные с обострением билиарно-зависимого хронического панкреатита в возрасте от 18 до 71 года (36,2% мужчин и 63,8% женщин). Диагноз установлен на основании клинического и лабораторно-инструментального обследования в соответствии со Стандартами диагностики и лечения больных с заболеваниями органов пищеварения (Приказ МЗ РФ от 17.04.98г. №125). Всем пациентам в первые дни пребывания в стационаре проведен забор аспирата из дистальных отделов 12-перстной кишки для бактериологического исследования. Аспират забирали в стерильные одноразовые «ловушки» с помощью отсоса. У ряда больных проведен забор материала из носа и ротоглотки для количественного исследования микрофлоры. Материал засеивали в тот же день количественным методом на плотные питательные среды – Эндо, Сабуро, 5% кровяной агар, энтерококкагар, бифидумсреда, МРС-2.

Результаты и обсуждение. Из аспиратов выявлен довольно широкий спектр микроорганизмов в количествах от  $10^1$  до  $10^6$  КОЕ/мл. В большинстве случаев (93,6%) у пациентов высевались различные микробные ассоциации, в единичных случаях (6,4%) рост микроорганизмов не был обнаружен ни на какой из использованных сред.

Наиболее часто выявлялись бифидобактерии (68,8%) и лактобактерии (43,7%), несколько реже – микроорганизмы рода *Enterococcus* (36,2%), грибы рода *Candida* (29,8%), *S.aureus* (27,7%) и коагулазоотрицательные стафилококки (23,1%). Представители семейства энтеробактерий (*E.coli*, *Enterobacter* spp., *K.pneumoniae*, *P.mirabilis*) были выявлены в 17,0% случаев. В этиологически значимой концентрации ( $10^5$  КОЕ/мл и выше) микроорганизмы были выявлены у 44,7% пациентов. Чаще всего обнаружены бифидобактерии (28,1%), лактобациллы (12,5%), грамотрицательные неферментирующие бактерии (8,5%). Другие микроорганизмы выявлялись значительно реже (*S.aureus* – 4,3%, коагулазоотрицательные стафилококки – 2,1%, *Enterococcus* spp. – 2,1%). Таким образом, синдром избыточного бактериального роста в проксимальных отделах тонкой кишки был обусловлен преимущественно транслокацией нормофлоры толстой кишки. Различий в частоте и спектре микрофлоры 12-перстной кишки в зависимости от возраста не обнаружено. Несомненно дополнительные исследования на анаэробные микроорганизмы (бактероиды, клостридии и др.), что планируется в перспективе, увеличат частоту выявления избыточного роста.

Учитывая, что источником условно-патогенных микроорганизмов в тонкой кишке может служить флора носа и ротоглотки, у 25 пациентов исследовано не только микрофлора 12-перстной кишки, но и микробный пейзаж верхних отделов респираторного тракта. Наряду с представителями индигенной микрофлоры носа и ротоглотки у 13 больных выявлен *S.aureus*, у 19 – коагулазоотрицательные стафилококки. Из аспирата 12-перстной кишки в количестве  $10^5$  КОЕ/мл выявлен *S.aureus* у 2 человек, коагулазоотрицательные стафилококки – у 1 пациента.

Выводы:

1. У больных с обострением хронического билиарнозависимого панкреатита бактериологическим методом исследования аспирата 12-перстной кишки синдром избыточного бактериального роста выявлен в 44,7% случаев.
2. Чаще синдром избыточного бактериального роста обусловлен высоким содержанием представителей нормальной микрофлоры толстого кишечника – бифидобактериями (28,1%) и лактобактериями (12,5%).
3. Метод бактериологического исследования аспирата 12-перстной кишки является важным диагностическим инструментом верификации синдрома избыточного бактериального роста и дальнейшего изучения клинико-лабораторных корреляций.

**080. БИЦИКЛОЛ В ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКИХ ГЕПАТИТОВ В И С У ДЕТЕЙ**

Денисова М.Ф., Музыка Н.Н.

Государственное учреждение Институт педиатрии, акушерства и гинекологии АМН Украины, г. Киев, Украина

Цель исследования. В 80-х годах прошлого столетия Институтом Материя Медика Академии Медицинских Наук Китая был разработан новый оригинальный препарат для лечения гепатитов – Бициклом. Клинические испытания, проводившиеся с 1996 по 2001 гг. продемонстрировали наличие у Бициклола таких клинических эффектов, как гепатопротекторный, антиапоптотический, противофибротический, иммуномодулирующий, умеренный противовирусный. Включение Бициклола в схему лечения хронических вирусных гепатитов В и С способствует нормализации активности трансаминаз, снижению вирусной нагрузки, уменьшению интенсивности воспалительного процесса в печени. В отделении болезней печени и органов пищеварения ГУ «ИПАГ АМНУ» было проведено клиническое исследование, целью которого явилось изучение эффективности и безопасности лечения хронических вирусных гепатитов В и С у детей гепатопротектором Бициклом таблетки 25 мг производства компании Beijing Union Pharmaceutical Factory, Китай, и обоснование возможности рекомендации его в качестве альтернативной терапии данной патологии.

Материалы и методы исследования. В исследовании приняли участие 25 пациентов с ХВГ В и С в возрасте 12-17 лет. Бициклом назначали при ХВГ В по 25 мг (1 табл.) три раза в сутки, при ХВГ С – по 50 мг (2 табл.) три раза в сутки. Курс лечения составлял 24 недели (6 месяцев). У всех больных до начала лечения оценивался

общеклинический статус, показатели общего анализа крови, ряд биохимических показателей, уровень вирусной нагрузки.

**Результаты.** Оценка эффективности лечения Бицикломом проводилась через 3 месяца (первичный ответ), через 6 месяцев, а также через 3 месяца после окончания лечения (долгосрочная эффективность). Клиническое исследование показало, что применение Бициклола в качестве альтернативной этиопатогенетической терапии хронических вирусных гепатитов у детей характеризуется достаточно высокой эффективностью и безопасностью, о чем свидетельствует достижение полной первичной ремиссии у 30% больных и биохимической ремиссии у 53% больных. Катамнестические данные свидетельствуют об отсутствии рецидивов заболевания у 45% больных на протяжении трех месяцев после отмены препарата.

**Выводы.** Исследование продемонстрировало, что Бициклом обладает высокой терапевтической эффективностью и безопасностью, и может использоваться в качестве альтернативной терапии у детей с хроническими вирусными гепатитами В и С, имеющих противопоказания к проведению стандартной противовирусной терапии.

#### 081. ВЛИЯНИЕ НЕКОТОРЫХ ФАКТОРОВ НА ПОЯВЛЕНИЕ ИЗЖОГИ ЧЕРЕЗ 1,5 ГОДА ПОСЛЕ ЛЕЧЕНИЯ ГЭРБ

Джахая Н.Л., Сторонова О.А., Трухманов А.С., Ивашкин В.Т.

Московская медицинская академия им. И.М. Сеченова, Москва, Россия

Изжога, в большинстве случаев, является главной причиной обращения за медицинской помощью у больных с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью. Среди обследованных нами пациентов 45 (75%) испытывали изжогу до лечения. Среди них 30 имели повышенный ИМТ (>25). Выявлена средняя степень корреляции между ИМТ и степенью изжоги до лечения ( $p=0,01$ ). Через 1,5 года после лечения изжога возобновилась у 10 пациентов, однако статистически достоверной корреляции не выявлено. «Отношение шансов» появления изжоги у пациентов с повышенным ИМТ равно 1,66. Из обследованных 45 пациентов ГПОД был 21 пациента; без ГПОД было 24 пациента. Через 1,5 года после лечения изжога рецидивировала у 8 пациентов с ГПОД и у 5 пациентов без ГПОД. Выявлена прямая корреляционная связь между наличием ГПОД и возникновением изжоги через 1,5 года после лечения ( $p=0,05$ ). «Отношение шансов» появления изжоги у пациентов с ГПОД равно 0,375. Из 45 пациентов с изжогой в возрасте более 50 лет было 29 пациентов. Через 1,5 года после лечения, изжога возникла у 8 пациентов. Выявлена прямая корреляционная связь между возрастом и возникновением изжоги через 1,5 года после лечения ( $p=0,05$ ). «Отношение шансов» появления изжоги у пациентов в возрасте более 50 лет равно 0,86. При проведении анализа не выявлено статистически достоверной корреляции между возникновением изжоги через 1,5 года после лечения у пациентов в возрасте до 30 лет, и от 30 до 50 лет. Возраст, в котором впервые появилась изжога, у мужчин

и женщин отличался. У мужчин изжога возникала достоверно в более раннем возрасте (в среднем в 44,9 лет $\pm$ 17,3), чем у женщин (в среднем в 56,4 $\pm$  13,0 лет); выявлена прямая корреляционная связь ( $p=0,01$ ). Из 45 пациентов с изжогой диету соблюдали 20 (44,4%) и не соблюдали 25 (55,6%). При проведении анализа была выявлена средняя степень корреляции между соблюдением диеты и степенью изжоги до лечения ( $p=0,01$ ). «Отношение шансов» появления изжоги у пациентов которые не соблюдали диету равно 1,8. Через 1,5 года после лечения, в группе пациентов соблюдавших диету, изжога возобновилась у 4 (20%) пациентов и у 9 (16%) которые не соблюдали диету. Однако при проведении анализа не выявлено статистически достоверной связи между соблюдением диеты и изжогой через 1,5 года после лечения. Так же не выявлено статистически достоверной корреляции между курением, приемом алкоголя и полом и рецидивом изжоги через 1,5 года после лечения.

#### 082. ИНАППАРАНТНЫЙ ТОКСОПЛАЗМОЗ И БЕРЕМЕННОСТЬ

Дзущева Ф.К., Борисенко Ю.В., Иванова Л.П., Зембатова С.Х.,

Городской Центр по токсоплазмозу, г.Москва, Россия; Российская медицинская академия последиplomного образования, кафедра инфекционных болезней, г. Москва, Россия;

Одной из форм токсоплазменной инфекции является инаппарантный токсоплазмоз, который опасен только во время первой беременности, т.к. может приводить к органному поражению плода или к невынашиваемости беременности (аборт). Эти осложнения можно избежать при своевременном диагностировании токсоплазмоза.

Токсоплазма проникает через плацентарный барьер в том случае, если женщина заражается после наступления беременности. При последующих беременностях трансплацентарной передачи инфекции не наблюдается.

В Московском Городском Центре по токсоплазмозу было обследовано 2216 беременных, обратившихся в 2009 году в возрасте от 20 до 32 лет (средний возраст составлял 25  $\pm$  2,3). 22 беременным женщинам был выставлен диагноз инаппарантный токсоплазмоз. Срок беременности от 16 до 20 недель (18  $\pm$ 1,5)-устанавливался клинически и по данным УЗИ плода. К моменту изначального обращения все беременные имели положительные антитела класса IgM, IgG к токсоплазме, а также высокий титр антител в РНИФ (>1:1280).

У беременных женщин дважды бралась венозная кровь с трехнедельным интервалом. Эти серологические тесты позволяли подтвердить или опровергнуть изменения уровня антител между первым и вторым исследованиями. У всех пациенток отмечался рост титров антител IgM>3,5 и IgG>200,0 МЕ\мл (N-40,0 МЕ\мл).

На 21-22 неделях беременности проводились специальные методы обследования состояния плода, плаценты, а также пренатальная диагностика амниотической жидкости с целью верификации заболевания и определения степени активности процесса (кордоцентез, амниоцентез).

Пациентки, у которых после лечения сохранялся высокий уровень IgM к токсоплазме и были выявлены показатели внутриутробного инфицирования плаценты (кальцинаты, утолщение плаценты и т.д.), направлялись в инфекционный роддом с рекомендациями исследовать кровь матери и ребенка в Центре токсоплазмоза. Беременные, у которых антитела IgM к токсоплазме не обнаруживались, направлялись в роддом общего профиля с теми же рекомендациями. У всех беременных, которые получали этиотропную противотоксоплазмозную терапию, родились дети с показателями по шкале Апгар не ниже 8 баллов. У детей обнаруживались только материнские IgG антитела к токсоплазме, антитела IgM-отсутствовали.

### 083. КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫЕ МАРКЕРЫ СКРЫТОЙ ФАЗЫ ГЕПАТОРЕНАЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ПЕРИОДА.

Дибиров М.Д., Костюченко М.В.  
ГОУ ВПО МГМСУ, Москва, Россия.

Гепаторенальные осложнения в неотложной хирургии органов брюшной полости остаются актуальной проблемой до настоящего времени, так как их встречаемость, как и смертность после них, достаточно высока. Лечение их затратно и достаточно сложно. В связи с этим важна своевременная профилактика гепаторенальных осложнений, основанная на выявлении ранней (скрытой) фазы их развития, так как это позволяет определить заранее тактику ведения пациентов с высоким риском возникновения этого вида осложнений и провести предупреждающие мероприятия.

Цель: определить наиболее характерные ранние показатели гепаторенальных нарушений у больных, экстренно оперированных на органах брюшной полости.

Материал и методы. Проведен анализ клинических и лабораторных параметров у 230 пациентов с развившимся в послеоперационном периоде гепаторенальным синдромом. Алгоритм обследования был направлен на изучение динамики клинической картины и лабораторных показателей, отражающих следующие группы синдромов: синдром эндогенной интоксикации (вещества средней молекулярной массы, билирубин, ЛИИ, индекс сдвига нейтрофилов, уровень мочевины, амилазы крови, индексы интоксикации), коагулопатию (протромбин, фибриноген, РФМК, ВК, ВСК, МНО, протромбиновое и тромбиновое время), печеночный компонент (печеночно-клеточную недостаточность и синдром холестаза) по степени гипербилирубинемии, активности АЛТ, АСТ, ЩФ, фермент-холемическому и холелипидемическому коэффициентам, ультразвуковым и доплерографическим параметрам, почечный компонент (определение клубочковой фильтрации, объема мочеотделения, креатинина, ультразвуковых и доплерографических параметров), синдром кишечной недостаточности (оценка моторно-эвакуаторной и всасывательной функции), синдром белково-энергетической недостаточности (общий белок и фракции, коэффициенты-характеристики диспротеинемии, синдром гиперкатаболизма, фибриноген),

иммунопатию (иммуноглобулины IgG, IgM, фагоцитоз). Тяжесть состояния определяли по шкале APACHE II, тяжесть органной недостаточности - по шкалам SOFA и MODS. Статистическая обработка проводилась с помощью программ MS Excel, BioStat 2008.

Результаты и их обсуждение. Все показатели определялись в динамике, что позволило охарактеризовать их изменения до клинических проявлений гепаторенального синдрома (т.е. в скрытую фазу) и при его развившихся клинических симптомах. Выявлено, что наиболее значимыми клинико-лабораторными критериями скрытой фазы гепаторенального синдрома оказались: ЛИИ (лейкоцитарный индекс интоксикации,  $\geq 3$ ), нейтрофильный индекс  $< 1$ , молекулы средней массы (МСМ  $\geq 0,400$ ), креатинин  $\geq 120$ , мочевины  $> 8,0$ , рост ферментов цитолиза, коагулопатия, появление тромбоцитопении, синдром кишечной недостаточности 1-2 стадии, снижение минутного объема мочи. Отмечено, что при наличии одновременно более шести маркеров из этой группы клинически выраженный гепаторенальный синдром у больных развивался в течение последующих 2-3 суток.

Выводы. Определение клинико-лабораторных маркеров скрытой фазы гепаторенального синдрома позволяет прогнозировать течение послеоперационного периода. Это обеспечивает своевременное выполнение профилактических и лечебных мероприятий в более ранние сроки.

### 084. СТРУКТУРА ПАТОЛОГИИ ГЕПАТОБИЛИАРНОЙ СИСТЕМЫ У РАБОТАЮЩИХ В УСЛОВИЯХ ВОЗДЕЙСТВИЯ ВРЕДНЫХ ПРОИЗВОДСТВЕННЫХ ФАКТОРОВ

Динер В.Э., Устинова О.Ю., Возгомент О.В., Аминова А.И.

Федеральное государственное учреждение науки «Федеральный научный центр медико-профилактических технологий управления рисками здоровью населения» Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека. г. Пермь Россия

Цель исследования - изучить характер гепатобилиарных нарушений у работающих в условиях воздействия вредных производственных факторов.

Материалы и методы. В исследование включено 78 работников промышленного предприятия, производящего оборудование для нефтедобычи. В зависимости от степени влияния вредных производственных факторов все обследованные были подразделены на две группы. В основную группу (37 человек) включены работающие в условиях воздействия аэрозолей металлов и ароматических углеводородов (спекальщики, обмотчики элементов электрических машин, прессовщики, слесари механосборочных работ, шлифовщики, токари, вулканизаторщики, штамповщики, паяльщики и т. п.), у которых содержание свинца в крови превышало референтный уровень в 1,7-4,5 раза. У испытуемых контрольной группы (41 человек) концентрация свинца в крови не выходила за референтный предел. Средний стаж работы на предприятии в основной группе составил 3 года 6 месяцев, в группе контроля 2 года 9 месяцев.

Всем рабочим было проведено углубленное клиничко-лабораторное обследование по стандартным общепринятым методикам. Сонографическое исследование осуществлялось на ультразвуковой системе Toshiba Aplio XG модель SSA-790A конвексными датчиками 3,5-5 мГц по стандартной методике. Оценивались параметры: переднее-задний размер левой доли, косовертикальный размер правой доли, контуры и структура печени, длина и ширина желчного пузыря, содержимое желчного пузыря, толщина, внутренний контур и структура его стенки. Статистическая обработка полученных данных проводилась с помощью пакета программ (Statistica 6,0).

Результаты исследования. Выявлены статистически значимые различия в структуре гепатобилиарной патологии у работающих в зависимости от уровня контаминации крови свинцом. Так в основной группе обследованных по сравнению с группой контроля признаки поражения желчевыводящей системы определялись в 1,5 раза чаще (82,9% и 67,6%,  $p < 0,05$ ). В структуре выявленной патологии у всех испытуемых преобладали хронический холецистит и гепатомегалия. У пациентов с контаминацией крови свинцом функциональные нарушения желчного пузыря и реактивные изменения печени встречались в 1,5-2 раза реже, чем в группе контроля (19,5% и 29,5%,  $p < 0,05$ ; 9,8% и 19,8%,  $p < 0,01$ , соответственно), а органическая патология желчного пузыря и печени значительно чаще. В основной группе по данным ультразвукового исследования выявлены фиксированный перегиб желчного пузыря (14,6%), хронический бескаменный холецистит (46,3%), полипы желчного пузыря (17,1%), в то время как в группе сравнения аналогичные показатели составили – 5,4%, 29,7% и 8,1%. Межгрупповые различия были статистически достоверны ( $p = 0,05-0,001$ ). При высоком содержании в крови свинца почти у каждого второго работающего регистрировалось увеличение размеров печени (46,3%), у каждого третьего – диффузные изменения ее паренхимы (36,6%). Аналогичные изменения в группе сравнения отмечались в меньшем проценте случаев (37,8% и 18,9%, соответственно).

Заключение. Таким образом, воздействие неблагоприятных производственных факторов на предприятиях, производящих оборудование для нефтедобычи, сопровождается накоплением в организме работающих химических веществ промышленного происхождения, в том числе свинца. Кумуляция данного тяжелого металла способствует формированию органической патологии гепатобилиарной системы (гепатомегалия, диффузные изменения паренхимы печени, хронический бескаменный холецистит, полипоз и фиксированный перегиб желчного пузыря), что необходимо учитывать при проведении диспансерных и профилактических мероприятий среди работающих в условиях воздействия вредных производственных факторов.

## 085. ПЕРСПЕКТИВЫ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ЛИЗОЦИМА В ОНКОЛОГИИ

Дорофейчук В.Г., Шер С.А.

ФГУ «Нижегородский научно-исследовательский институт детской гастроэнтерологии Росмедтехнологий», г. Нижний Новгород, Россия

Цель исследования. Обосновать значимость дефицита эндогенного лизоцима в формировании онкопроцесса и целесообразность назначения экзогенного лизоцима в терапии злокачественных новообразований.

Материалы и методы. Систематизация литературных и собственных исследований, в том числе экспериментальных, с использованием гистологических, гистохимических и биохимических методик *in vitro* (перевиваемая культура ткани Нер-2, Hela и фибробласты нормальной эмбриональной ткани), *in vivo* (экспериментальные крысы с привитой саркомой S-45).

Результаты и их обсуждение. Существуют различные теории и гипотезы возникновения рака, из которых ни одна не может считаться общепринятой. По данным ВОЗ, 80% раковых заболеваний возникает в результате воздействия на человека различных химических соединений, лекарственных ксенобиотиков, повышенного радиоактивного фона, стрессовых ситуаций и других факторов, способных вызывать мутации. Результатом чрезмерных антигенных перегрузок является «полом» естественной защиты организма, истощение регулирующих гомеостаз систем, нарушения ферментных систем, что отражается на балансе универсального энзима лизоцима (мурамидазы). При этом рост онкозаболеваний и снижение эндогенного лизоцима происходит под влиянием одних и тех же факторов.

Кроме антимикробных свойств лизоцима, известно его участие в иммунных и метаболических процессах, в контроле и регуляции дифференцировки тканей, в инициации синтеза лимфокинов, тоже регулирующих рост и дифференцировку клеток.

Установлена важнейшая функция лизоцима – инактивация изоантигенов, имеющих в своём составе мукополисахариды. В естественных условиях все виды опухолей являются изоантигенами. Опухолевые клетки покрыты неантигенным слоем. В основе инактивации изоантигенов лежит способность лизоцима расщеплять полисахаридную цепь мурамина клеточных мембра, включая цитолемму.

При дефиците лизоцима любая антигенная нагрузка сопровождается нарушением регуляции и контроля дифференцировки клеток, накоплением изоантигенов, которые в сочетании с генетически детерминированной или приобретенной несостоятельностью органа или системы обуславливают локализацию онкологического процесса.

Таким образом, несмотря на многофакторность развития онкологического процесса, дефицит эндогенного лизоцима является одним из условий, способствующих возникновению и прогрессированию болезни. Об этом свидетельствует резкое снижение лизоцима у больных раком гортани, лёгких, желудка, толстой кишки, а также использование экзогенного лизоцима в качестве противовоспалительного, обезболивающего средства в комплексной терапии онкологических больных. Влияние экзогенного лизоцима на опухолевую ткань нами исследовано в эксперименте.

В опытах *in vitro* установлено, что введение экзогенного лизоцима в перевиваемую культуру ткани Нер-2 и Hela сопровождалось дегенеративными изменениями опухолевых клеток. Рост и размножение фибробластов нормальной эмбриональной культуры ткани оставались без изменений. Интратуморальное введение лизоцима экспериментальным крысам сопровождалось лизисом мукополисахаридных оболочек (тени клеток), высвобождением плазмы (отек ткани), появлением некроза и паранекроза клеток опухоли, фокусов ядерного детрита и лизиса экстрацеллюлярного матрикса. При интенсивном встраивании лизоцима в липидный бислой в нём зарождаются дефекты, приводящие к разрушению мембран. Деструкция опухоли может сопровождаться усилением перекисного окисления. Введение даже малых доз лизоцима в опухоль повышает максимальную интенсивность хемилуминисцентного свечения в плазме крови животных. Правомерно предположить, что введение больших доз лизоцима может сопровождаться обширной деструкцией опухоли и тяжёлой перекисидацией липидов. При этом «мощная свободно-радикальная атака» превышает физиологические антиоксидантные возможности организма, оказывая повреждающее действие на значительном расстоянии от места образования первичных радикалов. Введение лизоцима в опухоль в дозе 50 мг сопровождалось её деструкцией, связанной с мембранотропным эффектом лизоцима и гибелью животных. Контрольные животные без опухоли после внутрибрюшинного введения лизоцима в таких же дозах, как в опыте, оставались здоровыми.

Заключение. Для эффективного использования экзогенного лизоцима, который избирательно освобождает организм от раковой опухоли, необходимо превентивное назначение антиоксидантных средств.

#### **086. РЕЗУЛЬТАТИВНОСТЬ ИССЛЕДОВАНИЯ ВНУТРИПЕЧЁНОЧНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ У БОЛЬНЫХ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ**

Дробот Е.В., Горбань В.В.

Кубанский государственный медицинский университет, Краснодар

В настоящее время в силу высокой информативности, малого времени проведения исследования и безопасности для пациента интегральная, или тетраполярная реография, является популярным методом выявления патологий различных органов и систем человеческого организма.

Цель настоящего исследования: изучить характер внутрипечёночного кровотока (Q) у больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки (ЯБДК) в базальном и постпрандиальном периодах и оценить диагностическую ценность исследования Q у больных ЯБДК.

Материалы и методы. Обследовано 40 практически здоровых людей в возрасте от 18 до 45 лет (средний возраст  $26,1 \pm 1,4$  года), составивших контрольную группу (КГ) и 195 больных ЯБДК в возрасте от 18 до 58 лет (средний возраст  $34,2 \pm 1,5$  лет). Исследование Q проводили утром натощак, а также через 15, 60, 120

минут после смешанной пищевой нагрузки, общей калорийностью 590,1 ккал.

Результаты и их обсуждение. Установлено, что в КГ объёмная скорость Q варьирует в достаточно широком диапазоне - от 21,8 до 97,7 мл/мин.100 см<sup>3</sup> и в среднем составила  $60,9 \pm 2,7$  мл/мин.100 см<sup>3</sup>. Для определения норматива величины Q использовали двухсигмальную зону колебаний. С учётом округления он составил 26-96 мл/мин. 100 см<sup>3</sup>. В ходе дальнейшего изучения регионарного кровотока установлено, что диапазон колебаний индивидуальных значений Q у больных ЯБДК значительно шире, чем в КГ и составляет 16,7 - 297 мл/мин.100см<sup>3</sup>. Сопоставление коэффициентов вариации наглядно демонстрирует эти различия: в КГ он составил 28,7% против 55% соответственно, у больных ЯБДК.

Выявлено, что у больных ЯБДК величина Q в базальном периоде в среднем на 95,1% выше, чем в КГ (здесь и далее приводятся только статистически значимые отличия,  $p < 0,05$ ). При этом у 62% пациентов показатель Q превышает верхнюю границу нормы, а у 38% - находится в пределах нормальных колебаний.

Далее изучено влияние смешанной пищи на Q в КГ и у больных ЯБДК. В результате исследования установлено, что прием смешанной пищи сопровождается усилением регионарного кровотока – постпрандиальная гиперемия. Так, через час после приема смешанной пищи Q увеличивается в КГ в среднем на 45,3%. Далее, используя двухсигмальную зону колебаний гемодинамического показателя установлен норматив роста Q в постпрандиальном периоде, который составил 18-73%. На основании полученных данных определён критерий адекватного постпрандиального гемодинамического ответа (АПГО): увеличение Q в пределах установленных нормативов. Соответственно патологическим постпрандиальным гемодинамический ответ (ППГО) считается в случае снижения величин Q после пищевого воздействия или увеличения его, но ниже установленного норматива. У больных ЯБДК через час после смешанной пищи Q увеличивается в среднем только на 17% и ППГО выявлен в 51% случаев.

Для решения вопроса о том, несет ли оценка гемодинамических параметров дополнительную дифференциально-диагностическую информацию, мы проанализировали результаты исследований, проведенных у 150 больных: 85 лиц с активной дуоденальной язвой, 20 - с хроническим Нр ассоциированным гастритом антрального отдела желудка, 20 - с активной язвой тела желудка и 25 - с хроническим панкреатитом.

Так, повышение базального Q у больных ЯБДК обладает высокой специфичностью по отношению ко всем сравниваемым группам больных (70-97,5%). Чувствительность теста составляет 87%, его эффективность варьирует от 78,5 до 92,2%, предсказуемая ценность положительного результата от 74,3 до 97,2%, причем особенно высока она по отношению к КГ и больным хроническим панкреатитом. При оценке динамики Q в постпрандиальном периоде установлено, что чувствительность теста ППГО равна 65%, его эффективность по отношению к лицам КГ, больным хроническим гастритом, язвенной болезнью

желудка варьирует от 80% до 82,5%. Предсказуемая ценность положительного результата - от 92,8% до 100%. Что же касается информативности упомянутого теста по отношению к больным хроническим панкреатитом, то она достаточно низка; специфичность - 44%, эффективность - 54,5%, а предсказуемая ценность положительного результата - 53,7%.

**Вывод.** Из представленных данных следует, что для больных ЯБДК характерно повышенное кровенаполнение печени и нарушение динамика внутрипечёночного кровотока в постпрандиальном периоде. Выявленные гемодинамические особенности достаточно специфичны для язвенной болезни двенадцатиперстной кишки и, следовательно, могут рассматриваться в качестве дополнительного метода диагностики язвенной болезни.

### 087. РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ОСТЕОПОРОЗА И ОСТЕОПЕНИИ У БОЛЬНЫХ ЖКБ И ПЕРЕНЕСШИХ ХОЛЕЦИСТОЭКТОМИЮ

Дроздов В.Н. Центральный научно-исследовательский институт гастроэнтерологии, г. Москва

По данным наших исследований дефицит минеральной плотности костной ткани (МПКТ) у больных с ЖКБ и перенесших холецистэктомию выявляется в 57,4%, в том числе остеопороз в 12% случаев.

**Цель исследования:** оценить эффективность различных форм бифосфонатов при лечении остеопении и остеопороза у больных с ЖКБ и ПХЭС.

**Материалы и методы исследования.** В обследование было включено 15 женщин, из них 5 (33,3%) с ЖКБ и 10 (66,7%) с ПХЭС.

Средний возраст составил  $64 \pm 9,3$ . Менопауза отмечена у всех обследованных. Всем больным проводилась двуэнергетическая рентгеновская денситометрия на аппарате LunaG до лечения и через 6 месяцев после назначения терапии. Больные были разделены на 3 группы. Первой группе назначался фосафанс (алендронат+колекальциферол) 70 мг 1 раз в неделю, второй группе бонвива (ибандронат) 150 мг 1 раз в месяц, третьей группе назначалась акласта (золендронат) 100 мл внутривенно однократно.

**Результаты исследований.** В первой группе средний возраст женщин составил  $64,5 \pm 6,7$  лет, длительность менопаузы  $16,8 \pm 2,4$  лет, средний Т- критерий позвоночника до лечения  $-2,6 \pm 0,8$ , бедра  $-1,6 \pm 0,7$ . Во второй группе женщины были моложе, средний возраст  $61,4 \pm 11,1$  лет и продолжительность менопаузы у них была короче в среднем -  $12,6 \pm 7,6$  лет. Нарушение МПКТ было менее выражено, средний Т критерий позвоночника  $-1,7 \pm 0,7$ , средний Т критерий бедра  $-1,6 \pm 0,7$ . В третьей группе женщины были старше, средний возраст  $66 \pm 10,3$  лет, с более длительной менопаузой  $18,7 \pm 5,7$ . Изменения МПКТ были более выраженные- средний Т критерий позвоночника  $-3,2 \pm 1,7$ , Т бедра  $-1,9$ .

После 6 месяцев лечения у больных первой группы, принимавших фосаванс, отмечается повышение среднего Т- критерия позвоночника  $-2,5 \pm 0,6$  и Т бедра  $-1,3 \pm 0,8$ . При лечении второй группы препаратом бонвива Т- критерий позвоночника  $-1,7 \pm 0,7$ , Т бедра  $-1,6 \pm 0,7$ . У

больных, которым вводили акласту средние показатели Т позвоночника составили  $-2,9 \pm 1,7$ , Т бедра  $-1,8 \pm 1,0$ .

Таким образом прирост МПКТ составил: в первой группе по Т- критерию позвоночника 3,75%, по Т -бедра 23,7%. Во второй группе по Т- позвоночника 7,28%, по Т бедра 96,7%. В третьей группе Т позвоночника 11,5%, Т бедра 60,3%.

**Вывод.** Наилучшие результаты при лечении остеопении и остеопороза смешанного генеза были выявлены при назначении золендроната и ибандроната. При лечении данными препаратами прирост МПКТ отмечался в большем проценте случаев. Наиболее медленный прирост МПКТ был отмечен при лечении алендронатом, что обуславливает его меньшую эффективность.

### 088. ПРИМЕНЕНИЯ ЭССЕНЦИАЛЬНЫХ ФОСФОЛИПИДОВ В ТЕРАПИИ НЕАЛКОГОЛЬНОГО СТЕАТОГЕПАТИТА У БОЛЬНЫХ МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

Дударева Л.А., Ткачев А.В., Вовк В.О.

ГОУ ВПО «Ростовский государственный медицинский университет Росздрава», Ростов –на –Дону, Россия

**Цель исследования.** Оценить гепатопротекторную эффективность применения эссенциальных фосфолипидов в терапии неалкогольного стеатогепатита у больных метаболическим синдромом.

**Материалы и методы.** Обследовано 30 пациентов (14 – мужчин, 16 – женщин) с неалкогольным стеатогепатитом в возрасте  $49,67 \pm 12,21$  лет. Срок наблюдения 12 недель. В ходе исследования оценивали клиническую симптоматику (тяжесть и боли в правом подреберье, диспептический и астенический синдромы). Выполняли УЗИ печени в динамике, оценивали изменение показателей АЛТ, АСТ, билирубина, щелочной фосфатазы, ГГТП. Все пациенты получали по 2 капсулы Фосфоглива 3 раза в день за 30 минут до еды на протяжении 84 дней. Для анализа использовали программу Statistica 6.0.

Результаты и их обсуждение: Достоверно выявлено уменьшение болевой симптоматики (75% – до начала лечения, 5% – после лечения), снижение выраженности пальпаторной болезненности (75% – до начала лечения, 5% – в конце лечения), проявлений астенического синдрома с 85% до начала лечения, до 40% после терапии. Отмечалось достоверное ( $p < 0,01$ ) снижение уровня трансаминаз в сравнении с исходным (АСТ  $1,90 \pm 0,6$  – до лечения и  $0,73 \pm 0,27$  – после лечения; АЛТ  $1,97 \pm 0,87$  – до лечения и  $0,71 \pm 0,25$  – после лечения); размеры печени по данным УЗИ составили для правой доли печени  $168,67 \pm 12,75$  мм – до лечения,  $167,71 \pm 11,86$  мм – после лечения, для левой доли печени до лечения  $68,63 \pm 12,65$  мм и  $67,63 \pm 12,84$  мм – после лечения. Достоверных изменений в ту или иную сторону со стороны липидного профиля, показателей гликемии получено не было. Побочных эффектов у обследованной группы не наблюдалось.

**Выводы.** Применение эссенциальных фосфолипидов при неалкогольном стеатогепатите значительно уменьшает проявления астенического и болевого синдромов у подавляющего числа пациентов с

метаболическим синдромом; сопровождается достоверным снижением выраженности цитолитического синдрома, терапия хорошо переносится пациентами. Отсутствует неблагоприятное влияние на липидный и углеводный обмен.

### 089. К ВОПРОСУ О ПОНЯТИИ «ОПТИМАЛЬНОГО» ЗНАЧЕНИЯ ИНТЕРВАЛА QTc У МУЖЧИН

Дульский В.А., Мозерова Е.М.  
Иркутский государственный медицинский университет, МУЗ Городская поликлиника №6 г. Иркутска, Россия

Цель исследования – определить «оптимальное» значение скорректированного интервала Q-T (IQ-Tc) у мужчин.

Материалом работы послужили 5209 ЭКГ зарегистрированных в 12-ти отделениях на аппарате «Spectrum ECG Systems» (USA) в городской поликлинике среди мужчин 15 лет и старше. Часть обследуемых выполнили ЭКГ более одного раза, но в анализ включали только одну ЭКГ. ПИQ-Тс рассчитывали по формуле  $Q-Tc = Q-T_{изм}/\sqrt{R-R}$ . Измерение IQ-T производили от самой ранней точки комплекса QRS до максимально поздней точки зубца T в месте его перехода в изоэлектрическую линию во II стандартном отведении «ручным» способом. Измерения интервала Q-T не проводили во всех исключаящих случаях. Дальнейшему анализу подверглись 2456 ЭКГ среди которых мы исключили ЭКГ-патологию по Миннесотскому коду. После чего сформировали группу «ЭКГ-здоровых» мужчин (n=679). Среди них через 10 лет наблюдения умерло 192 человека, 107 выбыло из исследования и выжило 380 человек. В группе выживших в дальнейший анализ не включали лиц моложе 20 лет и старше 60 лет (n=313). В последующем, среди выживших генератором случайных чисел выбрали одинаковое количество лиц в разных возрастных группах и с разной ПИQ-Тс (n=90). Статистическая обработка проведена с использованием STATISTICA (StatSoft, USA) с оценкой нормальности распределения показателей, методов описательной статистики. Средние значения представлены с их стандартными отклонениями.

Полученные результаты. В группе 313 человек медиана возраста составила 42 года (интерквартильный размах от 32 до 50 лет). Средняя ПИQ-Тс - 392,69±22,2 мс, ±95% интервал для средней – 390,22 мс и 395,16. После стандартизации по возрасту и ПИQ-Тс (n=90) медиана возраста составила 48,5 лет (интерквартильный размах от 40 до 56 лет). Средняя ПИQ-Тс составила 396,65±21,87 мс, ±95% доверительный интервал для средней – 392,07 мс и 401,23 мс. Анализ частот ПИQ-Тс выявляет, что ПИQ-Тс 430 мс и выше наблюдается у 13 из 313 мужчин; от 420 мс до 430 мс – у 16 человек из 313; от 410 мс до 420 мс – у 40 человек (12,8%); от 400 до 410 мс – 13,7%; от 390 до 400 – 20,4%; от 380 мс до 390 мс – 16,3%; от 370 мс до 380 мс – 13,4%.

Выводы: Значения интервала Q-Tc от 390 мс до 400 мс могут рассматриваться в качестве оптимальных значений. Более точные данные могут быть получены в

группе здоровых мужчин выживших через 10 лет наблюдения.

### 090. РИСК ФАТАЛЬНОГО ИСХОДА СРЕДИ МУЖЧИН ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ЗНАЧЕНИЯХ ИНТЕРВАЛА QTc ПО ЭКГ

Дульский В.А., Мозерова Е.М.  
Иркутский государственный медицинский университет, МУЗ Городская поликлиника №6 г. Иркутска, Россия

Цель исследования – выявить продолжительность скорректированного интервала QT (ПИQ-Тс) с наименьшим относительным риском фатальных событий.

Материалом работы - ЭКГ исследования на аппарате «Spectrum ECG Systems» (USA) в городской поликлинике среди мужчин ≥15 лет. Выполнено 5209 ЭКГ, из них 64 – признаны бракованными. В анализ включали только одну ЭКГ. ПИQ-Тс рассчитывали по формуле  $Q-Tc = Q-T_{изм}/\sqrt{R-R}$ . Измерение ПИQ-Т производили от самой ранней точки комплекса QRS до максимально поздней точки зубца T в месте его перехода в изоэлектрическую линию во II стандартном отведении «ручным» способом. Измерения интервала Q-T не проводили во всех исключаящих случаях. После чего анализу подверглись 2456 ЭКГ, среди которых была исключена ЭКГ-патология (как по Миннесотскому коду, так и по дополнительным признакам). В последующем провели стандартизацию по возрасту среди мужчин от 20 до 70 лет и по ПИQ-Тс. Были сформированы две группы по ПИQ-Тс: 380-400 мс (n=173) и 400-420 мс (n=157). Групп с ПИQ-Тс менее 380 мс и более 420 мс, стандартизированных по возрасту, сформировать не удалось в связи с малым количеством здоровых мужчин, имеющих такую продолжительность Q-Tc.

Мониторинг фатальных событий осуществляли на протяжении 10 лет. Статистический анализ данных проводился с помощью системы статистического анализа и извлечения информации STATISTICA (StatSoft, USA). Использовались стандартные методы описательной статистики (оценка нормальности распределения Shapiro-Wilk, квартилей и ранговых статистик и т.д.), таблицы частот. Сравнение частот бинарного признака проводили по критериям  $\chi^2$ , Yates corrected  $\chi^2$ , V-square, одно- и двусторонний Fisher exact p.

Полученные результаты. Медиана возраста мужчин с ПИQ-Тс 380-400 мс составила 49,0 лет (интерквартильный размах 37,0-59,0); 400-420 мс – 49,0 лет (41,0-60,0). Относительный риск смерти от всех причин для мужчин (в сравнении с группой мужчин ПИQ-Тс от 380 до 400 мс) составил 1,51 (±95% ДИ 1,07-2,12),  $\chi^2=0,017$ ; V-square=0,017; Yates corrected  $\chi^2=0,024$ ; one-tailed Fisher exact p=0,012; two-tailed Fisher exact p=0,021.

Выводы. 1. Относительный риск фатального исхода от всех причин в 1,5 раза выше в группе мужчин с ПИQ-Тс от 400 мс до 420 мс по отношению к группе с ПИQ-Тс от 380 мс до 400 мс (p<0,024). 2. ПИQ-Тс от 380 мс до 400 мс может рассматриваться в качестве оптимальных значений для мужчин.

**091. ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ИНТЕРВАЛА Qтс СРЕДИ МУЖЧИН В РАЗНЫХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУППАХ**

Дульский В.А., Мозерова Е.М.  
Иркутский государственный медицинский университет, МУЗ Городская поликлиника №6 г. Иркутска, Россия

Цель исследования – изучить продолжительность скорректированного интервала Q-T (ПИQ-Тс) среди мужчин в разных возрастных группах.

Материалом работы послужили 5209 ЭКГ зарегистрированных в 12-ти отделениях на аппарате «Spectrum ECG Systems» (USA) в городской поликлинике среди мужчин 15 лет и старше. Часть обследуемых выполнили ЭКГ более одного раза, но в анализ включали только одну ЭКГ. ПИQ-Тс рассчитывали по формуле  $Q-Tc = Q-T_{изм}/\sqrt{R-R}$ . Измерение IQ-T производили от самой ранней точки комплекса QRS до максимально поздней точки зубца T в месте его перехода в изоэлектрическую линию во II стандартном отведении «ручным» способом. Измерения интервала Q-T не проводили во всех исключаящих случаях. Дальнейшему анализу подверглись 2456 ЭКГ среди которых мы исключили ЭКГ-патологию по Миннесотскому коду. После чего сформировали группу «ЭКГ-здоровых» мужчин (n=679). Среди них, с помощью генератора случайных чисел, мы выбрали одинаковое количество лиц разных возрастных групп и дальнейшему анализу подверглись 519 ЭКГ. Статистическую обработку провели с использованием STATISTICA (StatSoft, USA) с оценкой нормальности распределения, методов описательной статистики, пара- и непараметрический дисперсионный анализ, сопоставление 2-х групп с помощью Mann-Whitney U-test, Wald-Wolfowitz runs test, Kolmogorov-Smirnov two-sample test с поправкой Бонферрони. Средние значения представлены с их стандартными отклонениями.

Полученные результаты. Медиана возраста мужчин (n=519) - 48 лет (интерквартильный размах от 35 до 63 лет). Средняя ПИQ-Тс - 395,52±22,08 мс. В 1 группе (20-40 лет, n=174) средняя ПИQ-Тс - 387,22±22,64 мс; во 2 группе (40-60 лет, n=172) – 396,64±21,26 мс; в 3 группе (60 лет и старше, n=172) - 402,77±19,47 мс. Непараметрический дисперсионный анализ (Kruskal-Wallis ANOVA) для 3-х групп выявил различия ПИQ-Тс в группах (p<0,0001). Сравнительный анализ ПИQ-Тс в 1 и 2 групп не выявил различий по Wald-Wolfowitz runs test (p>0,14), но различия обнаружались по Mann-Whitney U-test (p<0,0001) и Kolmogorov-Smirnov two-sample test (p<0,001). Сравнительный анализ ПИQ-Тс 2 и 3 групп не выявил различий Wald-Wolfowitz runs test и Kolmogorov-Smirnov two-sample test (p>0,1), однако по Mann-Whitney U-test различия подтверждены (p<0,01).

Выводы. Имеется связь между ПИQ-Тс и возрастом по Mann-Whitney U-test и нет такой связи по Wald-Wolfowitz runs test. Однозначный ответ на этот вопрос может быть получен при более жёсткой верификации «ЭКГ-здоровых» мужчин, например по 10-летней выживаемости.

**092. ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ВИРУСНОГО**

**ГЕПАТИТА «В» В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ЕГО ГЕНОТИПОВ**

Дустов А.  
Институт гастроэнтерологии, г. Душанбе,  
Министерства Здравоохранения Республики  
Таджикистан

Цель - изучение клинические особенности хронического вирусного гепатита В (ХГВ) в зависимости от его генотипов.

Материалы и методы. Обследовано 39 с ХГВ. Вирусные антигены HBsAg, HBeAg и антитела к вирусу гепатита В AbHBsAg, AbHBe, AbHBcorIgM, AbHBcorIgG исследовали методом гемагглютинации (Institute of Immunology Co., Ltd, Tokyo, Japan). Выявление ДНК проводили методом ПЦР и для генотипирования HBV использовался метод, основанный на полиморфизме длин фрагментов рестрикции амплифицированных участков генома HBV (PCR-RFLP).

Результаты. У 19 (63%) больного диагностирован А-генотип HBV, у 8 (26%) - D-генотип и у 3 (10%) генотип оставался не уточненным из за низкой вирусной нагрузки. Длительность заболевания при А-генотипе равнялась 4,0±2,2 годам, а при генотипе В-11,3±7 лет. У больных с А-генотипом чаще выявлялся ХАГ высокой активности- в 45% случаев и ЦП - в 18%, а при В-генотипе высокая активность ХГ диагностирована лишь у 3 больных (37%, P <0,005), а у больных ЦП- у 1 больного (P<0,001). У 19 больных ХВГ при анализе мутации в рсcore/core области генома ВГВ выявлены мутации двух типов: -A1762G и G1764A в промоторе гене core, приводящие к уменьшению или прекращению репликации вирусного генома и мутации G1894 в рсcore-области, которая приводит к синтезу короткого пептида из 28 аминокислот рсcore/core- белка предшественника и прекращению синтеза HBeAg.

Заключение. В Таджикистане вирус гепатита «В» имеет 3-генотипа, среди которых частота генотипа А составляет 27,8%, С – 9,2% и D – 62,8%, нередко (5,2%) имеет место одновременное обнаружения двух генотипов А и D и А и С. Клиническая картина ХГ во многом определялась генотипом HBV. При этом выявлено, что у больных ХГ инфицированных генотипом D и С заболевание имеет более мягкое течение. У этих больных отмечалось более редкое и на более поздних сроках формирования цирроза печени. В то же время у больных, инфицированных А-генотипом, наблюдалось более агрессивное течение ХГ с более ранними сроками формирования ЦП. Среди больных ХГ преобладают пациенты с мутантным вариантом ВГВ - инфекции, вызываемой мутациями в рсcore/core области вируса гепатита и характеризующей прогрессирующим течением с частым формированием цирроза печени. Следовательно, полученные данные, свидетельствующие о влиянии генотипов HBV на естественное течение заболевания позволяют определить объем и тактику лечебных мероприятий, оптимизировать воздействия, направленные общую политику профилактики и способствуют повышению качества специализированной помощи больным ХГВ.

**093. ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОГО ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА (НСV) У НАРКОМАНОВ И С ВИЧ ИНФЕКЦИЕЙ**

Дустов А., Рамазанова З., Абдуллоева З.М., Азимова С.М., Мирзоев А., Умаров С.У., Курбанов Б.А.

Институт гастроэнтерологии Республики Таджикистан Республиканский Центр борьбе со СПИД г. Душанбе

Цель: изучить клинико - иммунологические особенности проявлений у больных хроническим гепатитом С, включая влияние сопутствующих ВИЧ инфекции, наркозависимости, генотипа, серологические маркеры НСV-инфекции.

Материал и Методы. Нами было проведено динамическое наблюдение 753 больных хроническим гепатитом С (ХГС), 165 мужчин и 76 женщин в возрасте от 24 до 43 лет (в среднем  $32 \pm 2,6$  года), с преобладанием молодого и среднего возраста (89,63%), находившихся на лечении и диспансерном наблюдении Институте гастроэнтерологии, Центре по профилактике и борьбе со СПИД г. Душанбе, Республиканском Наркологическом Центре Министерства Здравоохранения Республики Таджикистан в период 2008-2009 гг.

Результаты и обсуждение. Установлено, что в клинической картине у больных ХГС, коинфицированных ВИЧ, по отношению к группе пациентов с ненаркотическим путем заражения гепатитом С достоверно чаще диагностировали астенизацию, субфебрилитет, увеличение селезенки и лимфатических узлов. Результаты вирусологических исследований показал, что во всей группе наблюдения превалировал первый генотип вируса гепатита С -  $59,34 \pm 3,2\%$ ; у пациентов, инфицированных не первым генотипом НСV, в убывающем порядке встречались 3а ( $32,78 \pm 3,0\%$ ) и 2b ( $7,88 \pm 1,7\%$ ) субтипы. Вместе с тем, у больных ХГС, коинфицированных ВИЧ и наркозависимых, значимо чаще, чем у пациентов группы сравнения, встречался не первый генотип НСV. Уровень вирусной нагрузки РНК НСV в среднем составлял 5472200 коп/мл. В  $58,09 \pm 3,2\%$  случаев вирусемия превышала показатель 1 млн. коп/мл, что соответствует критериям высокой вирусной нагрузки. У больных ХГС, коинфицированных ВИЧ, высокая вирусная нагрузка НСV регистрировалась достоверно чаще, нежели у пациентов группы сравнения. Необходимо отметить, что наличие антител класса IgG к вирусу гепатита С и позитивный результат тестирования на РНК НСV в динамике было условием включения пациентов в исследование. Несмотря на то, что у всех пациентов репликативная активность вируса гепатита С была подтверждена детекцией генетического материала НСV-инфекции методом качественной и количественной ПЦР, антитела класса IgM определялись только в  $34,0 \pm 3,1\%$  случаев. Напротив, во всех выделенных группах наряду со специфическими иммуноглобулинами класса IgG наиболее часто обнаруживались антитела к NS3 и NS5 белкам вируса гепатита С. При этом зарегистрирована достоверная разница частоты выявления anti-NS5 в группе ВИЧ - позитивных и ВИЧ - негативных пациентов. На основании данных, можно сделать вывод о высокой чувствительности (95%) и предсказательной

ценности при хронической НСV-инфекции сочетанного обнаружения anti-НСVcoг IgG и anti-NS5НСV. Вместе с тем, необходимо отметить, что чувствительность данного лабораторного теста снижается у ВИЧ - позитивных пациентов (89,65%) и лиц, потребляющих наркотики (93,37%). Напротив, тест на антитела класса IgM к вирусу гепатита С показал крайне низкую чувствительность (34,0%), в связи с чем не целесообразно ориентироваться на него как на надежный лабораторный признак репликации вируса.

Ведущими биохимическими нарушениями у пациентов с хроническим гепатитом С были проявления цитолиза и холестаза. Высокий (более 45 МЕ/мл) уровень АЛТ в 2,5 раза чаще регистрировался у пациентов с 3а генотипом вируса, напротив, значения АЛТ до 22 МЕ/мл в 2,2 раза чаще наблюдались при 1b генотипе НСV. По значениям активности АЛТ и АСТ подгруппа наркозависимых больных ХГС достоверно превышала аналогичные показатели группы сравнения. Напротив, у пациентов, коинфицированных ВИЧ, значения трансаминаз были значимо ниже, чем в группе сравнения. У больных ХГС по отношению к группе контроля был достоверно снижен уровень CD4+ клеток; повышалось абсолютное и относительное содержание CD19+ и CD8+ лимфоцитов, экспрессия активационных маркеров, в том числе CD25, а также иммуноглобулинов класса А и G.

Выводы. 1. Коинфекция ВИЧ и наркозависимость существенно влияли на клиническую картину хронической НСV-инфекции. У больных ХГС, коинфицированных ВИЧ, достоверно чаще диагностировали субфебрилитет, увеличение селезенки и лимфатических узлов. 2. Иммунные нарушения при хроническом НСV-гепатите связаны не столько с количественной недостаточностью, сколько с качественной дисфункцией иммунокомпетентных клеток и гуморальных факторов иммунитета. Рассмотренные кофакторы - потребление наркотиков, микстинфицирование ВИЧ усугубляли иммунный дисбаланс.

**094. КЛИНИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ОПРЕДЕЛЕНИЯ УРОВНЯ АНТИТЕЛ К MYCOPLASMA PNEUMONIAE ПРИ ОСТРОМ КОРОНАРНОМ СИНДРОМЕ**

Емельянова А.Л., Балабанова Е.Н., Абрисимова Е.В., Бабаева А.Р.

Кафедра факультетской терапии, Волгоградского государственного медицинского университета, г.Волгоград, РФ

Актуальность проблемы, ее социальная и медицинская значимость определяется значительной распространенностью ИБС среди населения разных стран, ростом числа больных с этой патологией в последние годы. Обязательным условием развития атеросклероза является нарушение целостности сосудистого эндотелия. Одной из наиболее вероятных причин повреждения эндотелиальных клеток является воздействие внутриклеточных патогенов. Обнаружена ассоциация коронарного атеросклероза с хламидийной, микоплазменной, хеликобактерной, вирусной инфекцией. Остается открытым вопрос о связи острого коронарного синдрома с воспалительным процессом

микоплазменной этиологии, вызывающим развитие нестабильности атеросклеротической бляшки.

Целью настоящей работы было оценить диагностическую значимость количественного определения уровня антител к *M.pneumoniae* при остром коронарном синдроме.

Материалы и методы исследования. В исследование было включено 108 пациентов с диагнозом острого коронарного синдрома (ОКС), 36 пациентов с хронической ИБС (ХИБС) и 48 человек без клинических признаков ИБС. Всем обследуемым проводилось стандартное клиническое, лабораторное, включая определение маркеров повреждения миокарда, и инструментальное обследование (ЭКГ в динамике, суточное мониторирование ЭКГ, эхокардиография) для верификации либо исключения ОКС, а также уточнения его варианта. Наряду с этим проводили количественное определение уровня антител к *M.pneumoniae* иммуноферментным методом с использованием коммерческих тест-систем. Результаты определения уровня антител анализировали с помощью методов вариационной статистики.

Результаты. На основании проведенного стандартного обследования в группе ОКС у 48 пациентов был верифицирован диагноз нестабильной стенокардии (НС), у 40 пациентов инфаркт миокарда с зубцом Q (Q-ИМ), у 20 пациентов – инфаркт миокарда без зубца Q (non-Q-ИМ). В группе больных ХИБС преобладали пациенты с диагнозом стабильной стенокардии напряжения II-III функционального класса (ФК) и хронической сердечной недостаточностью II-III ФК. Группа контрольных лиц без ИБС была представлена пациентами с артериальной гипертонией 1-2 степени. По данным иммуноферментного анализа антитела к *M.pneumoniae* были обнаружены в крови у 76 пациентов с ОКС (70,3%) против 12 пациентов (33,3%) в группе ХИБС и 11 (22,9%) человек в контрольной группе. Средние значения оптической плотности при определении антител к *M.pneumoniae* составили: в группе ОКС  $0,160 \pm 0,014$ , в группе ХИБС –  $0,092 \pm 0,031$ , в группе лиц без ИБС –  $0,088 \pm 0,008$ . Разница оказалась достоверной между группами ОКС и ХИБС, а также между ОКС и контрольной группой. При анализе полученных данных в зависимости от клинической формы ОКС оказалось, что при различных вариантах ОКС антитела обнаруживались существенно чаще, чем при ХИБС и в группе контроля. Самым высоким уровень антител оказался при Q-ИМ, несколько ниже – при non-Q-ИМ и НС, однако достоверной разницы между этими показателями выявлено не было.

Выводы. Таким образом, в крови больных с различными клиническими вариантами ОКС обнаружено повышенное содержание антител к *M.pneumoniae*, превышающее уровень этих антител у больных ХИБС и без ИБС. Частота обнаружения антител к *M.pneumoniae* в группе ОКС оказалась примерно 2 раза выше, чем у больных ХИБС и без ИБС. Полученные результаты свидетельствуют о роли микоплазменной инфекции в возникновении обострений ИБС, а также говорят о значимости метода определения антител к *M.pneumoniae* в объективизации диагностики ОКС и его отдельных форм.

#### 095. ЛИМФОЦИТАРНО-ТРОМБОЦИТАРНАЯ АДГЕЗИЯ И ИНТЕРЛЕЙКИНОВЫЙ ПРОФИЛЬ ПРИ КОКЛЮШЕ У ДЕТЕЙ ЗАБАЙКАЛЬЯ

Елифанцева Н.В., Витковский Ю.А.

ГОУ ВПО Читинская государственная медицинская академия, г. Чита, Россия.

Лимфоцитарно-тромбоцитарная (ЛТА) адгезия представляет собой феномен, осуществляемый Т-лимфоцитами, НК-киллерами и кровяными пластинками и тесно связана с системой иммунитета, а именно продукцией провоспалительных и противовоспалительных цитокинов.

Цель исследования: изучить изменения показателей лимфоцитарно-тромбоцитарной адгезии, провоспалительных и противовоспалительных интерлейкинов у детей с коклюшной инфекцией.

Материалы и методы исследования. Под наблюдением находилось 62 ребёнка в возрасте от 1 мес. до 16 лет с коклюшной инфекцией. Все дети были разделены на две группы: дети до года ( $n=44$ ), из которых не осложнённое течение заболевания у 24, осложнённое пневмонией у 20 больных и дети в возрасте от 2 до 6 лет ( $n=18$ ) с неосложнённым течением. Контрольную группу 20 человек составили условно здоровые дети: 10 – до года и 10 – от 2 до 6 лет. Исследование ЛТА проводили по методу, предложенному Ю.А. Витковским и соавт. (1999). Определение концентрации цитокинов и иммуноглобулинов (Ig) проводили методом ИФА с использованием реактивов ООО «Вектор-Бест» (г. Новосибирск).

Результаты. Нами установлено, что у детей с коклюшной инфекцией уровень лимфоцитарно-тромбоцитарной адгезии повышался по сравнению с контрольной группой, при этом в группе больных в возрасте до года с осложнённым течением данный показатель повышался значительно. Во всех группах повышался уровень ИЛ-8, ИЛ-10, ИЛ-1 $\beta$ , ИЛ-1RA и ФНО- $\alpha$ . Показатели ИЛ-4 не превышали уровня здоровых детей.

Выводы. При коклюше во всех группах наблюдалось значительное повышение концентрации провоспалительных интерлейкинов. Показатель же ЛТА наиболее значительно увеличивался при осложнённом течении заболевания.

#### 096. МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ ПЕЧЕНИ У БОЛЬНЫХ КАЛЬКУЛЕЗНЫМ ХОЛЕЦИСТИТОМ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СОЧЕТАННОЙ ПАТОЛОГИИ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ И ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Ершова А.И., Фрейнд Г.Г., Попов А.В., Ранкевич Н.А., Шилов М.В.

Пермская государственная медицинская академия им. ак. Е.А. Вагнера, г. Пермь, Россия

Цель исследования – изучить морфологические изменения печени у больных калькулезным холециститом в зависимости от сочетанной патологии двенадцатиперстной кишки и поджелудочной железы.

**Материалы и методы.** Обследовано 54 больных калькулезным холециститом, 45 женщин и 9 мужчин (возраст  $38,5 \pm 0,7$  лет). Учитывали данные биохимического исследования крови, фиброгастроскопии, ультразвукового исследования органов брюшной полости, интраоперационной биопсии и гистоморфометрии ткани печени. Индекс гистологической активности гепатита оценивали по шкале Knodell в баллах. Пациенты разделены на 3 группы: 1-я группа включала 25 пациентов без патологии поджелудочной железы; 2-я - 20 больных с сопутствующим панкреатитом, 3-я - 9 пациентов с сопутствующей язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки.

**Результаты и их обсуждение.** В ткани печени 25 больных 1-й группы преобладали признаки белковой (96%) дистрофии гепатоцитов, на фоне которой в 4 (16%) случаях встречалась жировая и в 2 (8%) - баллонная дистрофия. У 4 (16%) больных печеночные синусоиды соответствовали норме, у 17 (68%) - были умеренно расширены, у 4 (16%) - выявлено выраженное расширение синусоидов. Средний размер печеночных синусоидов составил  $2,00 \pm 0,12$  балла. Для этой группы была характерна максимальная активность гепатита ( $3,80 \pm 0,46$  балла) за высокого индекса перипортальных ( $1,20 \pm 0,29$  балла) и лобулярных некрозов ( $0,60 \pm 0,16$  балла) гепатоцитов. Индекс гистологической активности гепатита при обострении калькулезного холецистита был выше, чем в случаях ремиссии заболевания ( $4,00 \pm 0,42$  и  $3,74 \pm 0,50$  балла соответственно;  $p > 0,05$ ).

У 20 больных с сопутствующим панкреатитом в отличие от пациентов 1-й группы достоверно чаще наблюдалась жировая (35%) и баллонная (30%) дистрофия гепатоцитов. Индекс гистологической активности гепатита ( $3,50 \pm 0,51$  балла) и уровень фиброза портальных трактов ( $1,38 \pm 0,21$  балла) не отличался от показателей пациентов 1-й группы ( $p > 0,05$ ). Печеночные синусоиды у 16 (80%) пациентов были умеренно увеличены, у 2 (10%) - расширение их просвета достигло максимальных значений. Средний размер синусоидов составил  $2,00 \pm 0,11$  балла. При остром холецистите индекс гистологической активности гепатита был выше, чем при калькулезном холецистите в стадии ремиссии ( $3,29 \pm 0,42$  и  $3,00 \pm 0,48$  балла соответственно;  $p > 0,05$ ). У 1 больного деструктивным холециститом активность гепатита соответствовала 11 баллам.

У 3 из 9 больных с сопутствующей язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки наблюдали изолированную белковую дистрофию в единичных или группах клеток, у 1 - вакуольную дистрофию и у 2 - их сочетание. В более тяжелых случаях в группах клеток отмечено сочетание вакуольной и жировой дистрофии (4) или сочетание жировой, белковой и вакуольной дистрофии в большинстве клеток (2). Баллонная дистрофия во всех наблюдениях отсутствовала. Индекс гистологической активности гепатита составил  $3,44 \pm 0,63$  балла и достоверно не отличался от такового у пациентов других групп. Печеночные синусоиды у 3 больных соответствовали норме и у 6 - были умеренно расширены. Индекс фиброза портальных трактов был выше ( $1,80 \pm 0,20$  балла;  $p < 0,05$ ), а полнокровие

синусоидов ( $1,63 \pm 0,18$  балла;  $p < 0,05$ ), наоборот, ниже показателей 1-й и 2-й групп.

**Вывод.** Сопутствующий панкреатит у больных калькулезным холециститом сопровождается высоким уровнем жировой и баллонной дистрофии гепатоцитов, а язвенная болезнь сочетается с прогрессированием фибропластических процессов в паренхиме печени и снижением синусоидального кровотока.

### 097. РАСПРАСТРАНЕННОСТЬ СМЕШАННОЙ ХРОНИЧЕСКОЙ HBV/HCV ИНФЕКЦИИ СРЕДИ БОЛЬНЫХ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ОРГАНОВ ПИЩЕВАРЕНИЯ

Жансеитова Г.П.

Алматинский институт усовершенствования врачей, г.Алматы, Республика Казахстан

**Цель исследования:** изучить распространенность смешанной хронической HBV/HCV инфекции среди больных с некоторыми заболеваниями органов пищеварения (хронический панкреатит, хронический холецистит, хронический гастрит, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки).

**Материалы и методы:** на базе гастроэнтерологического отделения ЦГКБ выборочно 333 больным с различными заболеваниями органов пищеварения было проведено исследование сыворотки крови на наличие маркеров HBV, HCV и смешанной HBV/HCV инфекции методом ИФА. Среди обследованных - мужчин 112 (33,6%), женщин 221 (66,3%), в возрасте от 18-75 лет, средний возраст 46,5 лет. 131 (39,3%) больной лечился по поводу хронического панкреатита, 88 (26,4%) с хроническим холециститом, 39 (11,7%) с язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки и 75 (22,5%) с хроническим гастритом. Больные, находящиеся с подтвержденным диагнозом хронического гепатита В и С, цирроза печени в исходе этих инфекций в исследование не брались. Для проведения ИФА использовали тест-наборы «Вектор Бест» и оборудование «Текан» (Австрия).

**Результаты и их обсуждение:** mixed HBV/HCV инфекция была выявлена у 5 (3,8%) больных с хроническим панкреатитом, HBsAg обнаружен у 8 (6,1%), анти-HCV у 5 (3,8%), с хроническим холециститом mixed HBV/HCV у 2 (2,2%), HBsAg у 3 (3,44%), анти-HCV у 6 (6,8%), у больных с язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки mixed HBV/HCV не обнаружена, HBsAg у 4 (10,2%), анти-HCV у 1 (2,5%), с хроническим гастритом mixed HBV/HCV также не обнаружена, HBsAg у 6 (8%), анти-HCV у 3 (4%). В целом среди 333 обследованных пациентов 43 (12,9%) инфицированы вирусами гепатита В и С, в частности HBV - у 21 (6,3%), HCV у 15 (4,5%), у 7 (2,1%) обнаружена смешанная HBV/HCV инфекция.

**Выводы:** полученные результаты показывают распространенность смешанной HBV/HCV инфекции у больных с различными заболеваниями органов пищеварения.

### 098. ОСНОВНЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ СИМПТОМЫ И ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНЫХ ПУТЕЙ ЗАРАЖЕНИЯ У БОЛЬНЫХ ХГС ДО НАЧАЛА ПРОВЕДЕНИЯ ПВТ

## С РАЗЛИЧНЫМ ТИПОМ ФИЗИЧЕСКОЙ КОНСТИТУЦИИ

Жук Е.А., Грищенко Е.Г., Петрова М.М., Николаева Н.Н.

КрасГМУ им. В.Ф. Войно-Ясенецкого, Красноярск, Россия

Цель исследования: изучить основные клинические симптомы и частоту встречаемости основных клинических симптомов у больных ХГС до начала проведения ПВТ с различным типом физической конституции

Материалы и методы исследования: открытое клиническое исследование.

В исследование включены данные 98 мужчин в возрасте 18-35 лет, страдающих ХГС с минимальной степенью активности

Средний возраст обследуемых составил  $27,6 \pm 0,61$  лет, «гепатитный анамнез» регистрировался в течение  $5,6 \pm 2,4$  лет. Критериями исключения служили: цирроз печени, аутоиммунные заболевания, синдром перегрузки железом, заболевания сердечно-сосудистой, нервной, эндокринной систем. Связь заболевания с HCV-инфекцией подтверждалась наличием в крови RNA-HCV – (положительная в 100% случаев), а так же специфических маркеров гепатита С (анти-HCV). В определении RNA-HCV использовалась тест-система ПЦР. Уровень активности оценивался по синдрому цитолиза (АЛТ 2,5-3N). Статистическая обработка проводилась по программе «Statistika for Windows. Версия 5,0».

Результаты и их обсуждения: во всех конституциональных группах превалировал астеновегетативный синдром (мышечный 100%; брюшной 96,3; грудной 81,25; неопределенный 77,77%). Вторым по частоте был диспепсический и болевой синдромы. Чаше диспепсический (74,42%) и болевой (85,71%) синдромы встречались у пациентов мускульного соматотипа ( $P > 0,05$ ). Изучение данных эпидемиологического анализа показало, что в различных конституциональных группах по-разному распределялась частота путей заражения. В грудном соматотипе реже происходило заражение путем переливания крови (9,37%), чем в других соматотипах ( $P > 0,05$ ). В мускульном соматотипе преобладал путь передачи вируса посредством оперативных вмешательств (33,33%). У лиц брюшного соматотипа – путем гемотрансфузий (33,33%) ( $P > 0,05$ ). В неопределенном соматотипе - при внутривенном приеме наркотиков (44,44%).

Выводы: основными клиническими проявлениями гепатита не зависимо от конституциональной принадлежности является астенический болевой и диспепсический синдромы. Наиболее частыми явились пути заражения – через гемотрансфузии, оперативное вмешательство, при внутривенном приеме наркотиков.

### 099. ПОКАЗАТЕЛИ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ ХГС В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СОМАТОТИПА ДО НАЧАЛА ПРОВЕДЕНИЯ ЭТИОТРОПНОЙ ПВТ

Жук Е.А., Грищенко Е.Г., Петрова М.М., Николаева Н.Н.

КрасГМУ им. В.Ф. Войно-Ясенецкого, Красноярск, Россия

Цель исследования: изучить качество жизни у молодых мужчин хроническим гепатитом С (HCV) в фазе реактивации средней степени активности.

Материалы и методы исследования: открытое клиническое исследование.

В исследование включены данные 98 мужчин в возрасте 18-35 лет, страдающих ХГС с минимальной степенью активности и 20 здоровых респондентов, которые составили группу контроля.

Средний возраст обследуемых составил  $27,6 \pm 0,61$  лет, «гепатитный анамнез» регистрировался в течение  $5,6 \pm 2,4$  лет. Критериями исключения служили: цирроз печени, аутоиммунные заболевания синдром перегрузки железом, заболевания сердечно-сосудистой, нервной, эндокринной систем. Связь заболевания с HCV-инфекцией подтверждалась наличием в крови RNA-HCV – (положительная в 100% случаев), а так же специфических маркеров гепатита С (анти-HCV). В определении RNA-HCV использовалась тест-система ПЦР. Уровень активности оценивался по синдрому цитолиза (АЛТ 2,5-3N). Анализ КЖ проводился в соответствии с данными общего опросника «MOS SF 36» (русскоязычная версия) Центра изучения медицинских результатов США, имеющего 8 шкал: физическое функционирование, ролевые ограничения вследствие физических проблем, физические боли, восприятие общего состояния здоровья, энергичность \ жизнеспособность, социальное функционирование, ролевые ограничения вследствие эмоциональных проблем, психическое здоровье

Статистическая обработка проводилась по программе «Statistika for Windows. Версия 5,0».

Результаты и их обсуждения: при сравнении КЖ здоровых и больных ХГС в стадии реактивации до начала проведения комбинированной ПВТ с различным типом физической конституции наблюдается достоверное отличие по шкалам ролевые ограничения вследствие физических проблем, физические боли, восприятия общего состояния здоровья во всех соматотипах ( $P < 0,05$ ). Более высокие значения были отмечены у здоровых лиц по сравнению с больными ХГС. Кроме этого в мускульном, брюшном и грудном соматотипах имело место статистически значимое снижение КЖ по шкале жизнеспособность ( $P < 0,05$ ). Самые низкие показатели социального функционирования зарегистрированы у грудного и брюшного соматотипов ( $P < 0,05$ ), по шкале - ролевые ограничения вследствие эмоциональных проблем у лиц мускульного соматотипа, показатели психического здоровья - в мускульном и брюшном соматотипах ( $P < 0,05$ ).

Выводы: полученные данные свидетельствует о том, что ХГС способствует снижению всех составляющих КЖ человека (психологическое, социальное и физическое благополучие) во всех конституциональных группах.

### 100. ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ БОЛЬНЫХ ХГС РАЗЛИЧНЫХ СОМАТОТИПОВ ДО НАЧАЛА ПРОВЕДЕНИЯ

## КОМБИНИРОВАННОЙ ПРОТИВОВИРУСНОЙ ТЕРАПИИ.

Жук Е.А., Грищенко Е.Г., Петрова М.М., Николаева Н.Н.

КрасГМУ им. В.Ф. Войно-Ясенецкого, Красноярск, Россия

**Цель:** изучения влияния HCV на частоту и тип тревожных расстройств у мужчин хроническим гепатитом С (ХГС) с различным типом физической конституции.

**Материалы и методы:** дизайн: открытое клиническое исследование.

В исследование включены данные 98 мужчин в возрасте 18-35 лет, страдающих ХГС в фазе реактивации минимальной степени активности

Средний возраст обследуемых составил  $27,6 \pm 0,61$  лет, «гепатитный анамнез» регистрировался в течение  $5,6 \pm 2,4$  лет. Критериями исключения служили: цирроз печени, аутоиммунные заболевания, синдром перегрузки железом, заболевания сердечно-сосудистой, нервной, эндокринной систем. Связь заболевания с HCV-инфекцией подтверждалась наличием в крови RNA-HCV (положительная в 100% случаев), а так же специфических маркеров гепатита С (анти-HCV). В определении RNA-HCV использовалась тест-система ПЦР. Уровень активности оценивался по синдрому цитолиза (АЛТ 2,5-3N). Психический статус оценивался с помощью русскоязычной версии тестов тревожности Спилберга-Ханина. Статистическая обработка проводилась по программе «Statistika for Windows. Версия 5,0».

**Результаты:** сравнивая частоту тревоги, у больных ХГС с различным типом физической конституции и пациентов контрольной группой мы не отметили статистически значимых отличий ( $P > 0,05$ ), однако реже тревога наблюдалась у лиц грудного соматотипа 59,37%, чаще у пациентов мускульного 85,72%. Анализ степени тревожности показал, что низкий и средний уровни тревоги выше у больных мускульного соматотипа, высокий - в брюшном соматотипе ( $P > 0,05$ ). Во всех соматотипах за исключением неопределенного чаще регистрировалось сочетание личностной и реактивной тревоги, между тем достоверных отличий между изучаемыми группами и контрольной группой выявлено не было.

**Выводы:** таким образом, HCV не влияет на частоту и тип тревожных расстройств у мужчин с различным типом физической конституции

## 101. ПАТОЛОГИЯ ОРГАНОВ ПИЩЕВАРЕНИЯ У СПОРТСМЕНОВ ВЫСОКОЙ КВАЛИФИКАЦИИ

Жукова В.Ю., Лобанов Ю.Ф.

Алтайский государственный медицинский университет, г. Барнаул, Россия.

**Цель исследования:** оценить состояние системы органов пищеварения у спортсменов высокой квалификации занимающихся различными видами спорта.

**Материалы и методы:** исследования проводились на базе Алтайского краевого врачебно-физкультурного диспансера. Нами было обследовано 347 спортсменов

разных видов спорта. В осмотре приняли участие 225 мужчин и 122 женщины, среди них: 25 мастеров спорта международного класса (МСМК), 57 - мастеров спорта (МС), 63 - кандидаты в мастера спорта (КМС) и остальные спортсмены I спортивного разряда. Средний возраст составил  $17 \pm 1,5$  лет. Наряду с клиническим исследованием, включающем сбор жалоб, анамнеза и проведения объективного обследования для верификации поражения гастродуоденальной зоны использована эзофагогастродуоденофиброскопия (ЭФГДС), внутрижелудочная рН-метрия. Всем спортсменам проведено ультразвуковое исследование (УЗИ) внутренних органов, биохимический анализ крови. Статистическая обработка полученного материала проведена с использованием программы BioStat© V.4.03 (1998). Для определения расхождения двух и более эмпирических распределений использовали  $\chi^2$  критерий Пирсона. Достоверность различий между эмпирической и теоретической частотой по каждому признаку определялась по таблице критических значений с определением уровня статистической значимости (по Большову Л.Н., Смирнову Н.В., 1983).

**Результаты.** Диагноз заболевания органов пищеварения устанавливался на основании анамнестических данных, характерной клинической симптоматики, лабораторных показателей, данных инструментальных исследований. Среди обследованных спортсменов у 10,3% (36 чел.) диагностированы заболевания со стороны органов пищеварения. Выявлены статистически значимые различия в зависимости от пола: среди женщин - 8, а у мужчин - 28 ( $\chi^2 = 6,563$ ,  $p = 0,010$ ).

У 9(25%) спортсменов установлен диагноз: хронический гастродуоденит, из них у 1 - впервые выявленный. У остальных 27(75%) спортсменов выявлены функциональные нарушения в виде дискинезии желчевыводящих путей. Функциональные нарушения билиарного тракта статистически значимо преобладают над органической патологией желудочно-кишечного тракта ( $\chi^2 = 5,186$ ,  $p = 0,023$ ).

Среди предъявляемых жалоб абдоминальный болевой синдром определен у 88,9% пациентов. Боли чаще локализовались в эпигастральной и пилородуоденальной зонах, интенсивность и характер болей были вариабельны, чаще зависели от характера и времени приёма пищи. Имел место и диспепсический синдром в виде снижения аппетита, изжоги, тошноты, диареи, запоры встречались редко. Изжога и абдоминальные боли чаще встречались у спортсменов, занимающихся легкой атлетикой, греблей и лыжными гонками ( $p < 0,05$ ). А тошнота, снижение аппетита и вздутие живота - у многоборцев, гимнастов и спортсменов игровых видов спорта ( $p < 0,05$ ).

При эндоскопическом обследовании чаще определялось поражение антрального отдела желудка (55,5%), у 4(44,5%) спортсменов - пангастрит, а дуоденит определялся у всех. Хеликобактериальная инфекция гистологически определена у 44,5% спортсменов.

По данным ультразвуковой диагностики из 36 пациентов у трети отмечалась деформация желчного пузыря в виде перетяжек и перегибов. У 33,3% спортсменов с гастродуоденитом получены изменения в структуре или размеров поджелудочной железы. Однако

ни у одного из них не было повышения активности амилазы в крови и диастазы мочи.

С помощью внутрижелудочной рН-метрии гиперацидное состояние установлено в 22,2%, гипоацидный гастрит в 11,2% случаев, а у 66,6% спортсменов – нормацидный гастрит.

У 7 спортсменов отмечены преходящие нарушения функций печени под влиянием чрезмерных физических нагрузок в виде изменения биохимических показателей крови, включая билирубин, АСТ, АЛТ и щелочной фосфатазы, креатинкиназы. Такая дизферментемия обусловлена повреждением мышечной ткани, так как органического поражения печени не зафиксировано ни у одного спортсмена. Статистически значимо функциональные расстройства ЖКТ преобладают у мастеров спорта и МСМК (77,7%) в сравнении со спортсменами первого разряда ( $\chi^2=4,660$ ,  $p=0,031$ ). Учитывая данные анамнеза, это связано с частыми переездами, сменой характера и режима питания, а также высокими физическими и психоэмоциональными нагрузками.

**Заключение.** В структуре болезней спортсменов Алтайского края патология органов пищеварения составляет 10,3%, статистически значимо преобладают функциональные нарушения билиарного тракта над органической патологией верхних отделов желудочно-кишечного тракта. Полученные данные необходимо учитывать при проведении профилактических мероприятий и диспансеризации спортсменов высоких спортивных разрядов.

## 102. ДИАГНОСТИКА БОЛЕЗНЕЙ ОРГАНОВ ПИЩЕВАРЕНИЯ У ЖИТЕЛЕЙ ПАВЛОДАРСКОЙ ОБЛАСТИ

Журавлева Н.П.

Павлодарский филиал государственного медицинского университета, г. Семей, Республика Казахстан.

Болезни органов пищеварения (БОП) относятся к числу наиболее частой патологии в общей структуре заболеваемости населения. Актуальность проблемы современной гастроэнтерологии обусловлена распространенностью БОП, продолжающимся ростом частоты выявления новых случаев, их тяжелым и прогрессирующим течением, нередко приводящим к преждевременной инвалидности и смерти больных. За последние годы отмечен значительный рост БОП, особенно в крупных промышленных регионах Казахстана, к которым и относится Павлодарская область. Современной наукой и врачебной практикой накоплен большой опыт эффективной диагностики и лечения БОП. В результате исследования причин, механизмов и особенностей развития опухолей органов пищеварения (ОП) и тех болезней, которые предшествуют их развитию, сформировано новое направление в гастроэнтерологии – предраковая патология ОП. Казахстан относится к странам с высоким риском и частотой злокачественных новообразований, при этом первые места по величине показателей приходится на рак желудка, рак пищевода. Заболевания билиарной системы, поджелудочной железы,

гастроудоденальной зоны, занимают лидирующее место среди всех БОП.

В настоящее время одной из актуальных проблем здравоохранения является повышение квалификации врачей (ПКВ) для улучшения гастроэнтерологической помощи населению Республики Казахстан (РК). На Павлодарском факультете усовершенствования врачей (ФУВ) ежегодно проводятся тематические курсы ПКВ по заболеваниям ОП и эндоскопии желудочно-кишечного тракта. Кафедра терапии работает в тесном контакте с главными специалистами областного департамента здравоохранения. Ежегодно, начиная с 2005г, на кафедре терапии ФУВа или на местных базах в больницах города проводятся тематические циклы по БОП. Главная задача – обучить врачей новым, современным методам диагностики и лечения заболеваний органов пищеварения.

**Цель исследования.** Анализ частоты и структуры БОП среди жителей Павлодарской области за период 2007-2009 гг..

**Материалы и методы.** Изучена заболеваемость населения Павлодарской области по классам болезней, зарегистрированными впервые в жизни на 100 000 населения за последние 3 года.

**Результаты и их обсуждение.** Ежегодно отмечается увеличение число больных с БОП в Павлодарской области. По данным исследования отмечено, что общее число всех заболеваний в 2009 г. увеличилось на 1,7% по сравнению с 2007г. и составляет в 2009г. - 69983,3, что на 17,5% ниже республиканских данных. Количество больных с БОП, выявленных впервые за последние 3 года не изменилось и составляет 2770 на 100 тыс. населения, однако этот показатель на 25,1% ниже данных по РК, а среди сельских жителей (на 35,2%).

Изучая данные по отдельным нозологиям, отмечено, что количество больных с язвенной болезнью желудка и 12-перстной кишки, впервые выявленных за последние 3 года, колеблется в пределах 106,9 до 97,7 на 100 тыс. населения, что соответствует данным РК. Среди сельских жителей этот показатель за последние 2 года снизился на 11,8%. Заболеваемость населения Павлодарской области желчнокаменной болезнью холециститами, холангитами снизилась в 2009г. на 7,1% и составляет 239,7 на 100 тыс. населения, что на 34,2% ниже данных РК, особенно среди городских жителей (53,5%).

Количество вызовов к больным по поводу острого холецистита (ОХ), печеночной колики, острого панкреатитами (ОП) на последние 3 года увеличилось на 11%, по поводу обострения хронического холецистита (ХХ) почти в 2 раза. Количество вызовов по поводу такого осложнения ЯБ, как кровотечение увеличилось на 40%.

**Выводы.** Общее число заболеваний, зарегистрированными впервые в жизни на 100 тыс. населения Павлодарской области увеличилось в 2009 г. на 1,7% по сравнению с 2007г., но эти цифры ниже республиканских на 17,5%.

Количество больных с БОП за последние 3 года не изменилось, однако этот показатель на 25,1% ниже данных по РК, особенно среди сельских жителей. Заболеваемость желчнокаменной болезнью,

холециститами, холангитами на 34,2% ниже данных по РК, особенно среди городских жителей.

Отмечено увеличение количества вызовов по поводу обострений хронического холецистита в 2 раза, желудочно-кишечных кровотечений при язвенной болезни на 40%.

Современные темпы развития гастроэнтерологической науки предусматривают новые задачи, обеспечивающие высококвалифицированную лечебно-диагностическую помощь населению, особенно в крупных промышленных зонах Казахстана.

### 103. ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ ОСТРОГО ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА Е ВО ВРЕМЯ ВСПЫШКИ В НЕЭНДЕМИЧНОМ РАЙОНЕ

Зайцев О.В., Чиркина М.Е. Гастроэнтерологическое отделение МУЗ Центральная Городская больница г. Ковров.

В августе 2009г в г. Коврове Владимирской области выявлена вспышка острого вирусного гепатита Е. Гепатит Е – заболевание, распространенное в южных странах, в средней полосе встречался в виде единичных случаев. Ковровская вспышка стала первой в мире вспышкой гепатита Е в неэндемичной зоне, описанной в научной литературе.

Цель исследования: выявление клинических особенностей вирусного гепатита Е у пациентов в неэндемичной зоне.

Материалы и методы. Совместно с эпидемиологами НИИ Полиомиелита им. М.П. Чумакова (г. Москва) обследованы 12 пациентов, первоначально поступивших в период с 21.07 по 15.08.09 в гастроэнтерологическое и хирургическое отделения (пациенты поступали с диагнозами гепатит неуточненного генеза, механическая желтуха?) и 2 пациента инфекционного отделения. В процессе обследования у всех 14 пациентов выявлены антитела к вирусу гепатита Е IgM IgG У 3-х РНК – HEV, что явилось маркером вспышки гепатита Е. У всех исключены гепатиты А, В, С, инфицирование вирусом Эпштейна-Барр и ЦМВ. После подтверждения диагноза вирусного гепатита Е пациенты переведены в инфекционное отделение. Источником инфицирования всех больных, вероятно, стала некипяченая водопроводная вода. Оценивались возраст, пол, клинические и биохимические показатели крови, результаты УЗИ, ФГС длительность течения желтухи.

Результаты: поступившие пациенты до 60 лет 3 человека (не моложе 58 лет) от 61 до 70 – 6 человек и старше 70- 5 больных. Поражения беременных женщин не зафиксировано. У всех средне-тяжелое течение. Продромальный период длился от 7 до 11 дней. Отмечены желтушный синдром, при котором желтуха «не прогоняла» интоксикацию, как при вирусном гепатите А. Гипербилирубинемия от 5 до 24 норм. Высокий уровень активности АСТ и АЛТ от 10 до 67 норм. Холестатический синдром в 4-х случаях (у 2-х пациентов по УЗИ транзиторное расширение холедоха и внутрипеченочных желчных протоков, что служило поводом к первоначальному диагнозу «механическая желтуха»). Умеренно выраженный правоподреберный

болевым и диспепсические синдромы длительностью 1-2 недели. После его прекращения пациенты, несмотря на сохраняющуюся желтуху, чувствовали себя удовлетворительно. Желтушный период протекал длительно от 2-х до

3-х месяцев при удовлетворительном общем самочувствии больных. Дифференциальный диагноз до вирусологического подтверждения проводился с диагнозами: хронический гепатит, механическая желтуха, рак поджелудочной железы. Во всех случаях наступило выздоровление больных.

Выводы. Анализ клинической картины острого гепатита Е в неэндемичном районе выявил некоторые ее отличия:

- манифестация у пожилых пациентов.
- длительный желтушный период с высокими цифрами билирубина и трансаминаз,
- холестатический вариант с транзиторным расширением холедоха и внутрипеченочных желчных протоков.

Знание особенностей клинической картины гепатита Е, возможность появления вспышек этого гепатита в неэндемичной зоне позволяют вовремя его диагностировать, проводить адекватную дифференциальную диагностику и лечение этого заболевания.

### 104. СОСТОЯНИЕ МИКРОЦИРКУЛЯЦИИ И ГЕМОСТАЗА У ЛИЦ СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА ИБС СОЧЕТАННОЙ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ.

Захарова Н.О., Лысенко А.И.

Кафедра гериатрии, ГОУ ВПО «СамГМУ», г. Самара

Частое сочетание у гериатрических пациентов ишемической болезни сердца (ИБС) с артериальной гипертонией (АГ) требует рассмотрения их взаимного влияния в контексте единого сердечно-сосудистого континуума. В патогенезе ИБС сочетанной с АГ важная роль отводится системе гемостаза и ремоделированию микроциркуляторного русла (МЦ).

Цель исследования: выявить особенности состояния микроциркуляции и показателей гемостаза у гериатрических больных, страдающих ишемической болезнью сердца в сочетании с артериальной гипертонией.

Материалы и методы. Обследовано 118 мужчин старческого возраста, проходивших обследование и лечение в Самарском областном клиническом госпитале для ветеранов войн. Средний возраст обследованных составил 79,8±4,2 лет. Все больные разделены на три группы: первую группу (контрольную) составили пациенты (n=32) без клинических проявлений и объективных инструментально-лабораторных изменений со стороны сердечно-сосудистой системы. Во вторую группу включены лица (n=42) страдающие ИБС, стабильной стенокардией напряжения II ф.кл., ХСН I ФК по NYHA. Третья группа представлена пациентами (n=44) с ИБС, стабильной стенокардией напряжения II ф.к., артериальной гипертонией 1-3 степени, ХСН I ФК по NYHA.

Исследование микроциркуляции осуществлялось с помощью аппарата ЛАКК-02 (НПП «Лазма, Москва).

Агрегационная функция тромбоцитов: спонтанная агрегация тромбоцитов, агрегация тромбоцитов в ответ на действие агонистов (АДФ 5 мкмоль/л, адреналин 5мкг/мл) изучалась на лазерном агрегометре (BIOLA Ltd., модель 230 LA).

Результаты исследования и их обсуждения. При исследовании состояния микроциркуляторного русла отмечается достоверное снижение амплитуды медленных колебаний стенок сосудов (ALF) у больных с ИБС ( $0,52 \pm 0,03$ ) и в сочетании с АГ ( $0,47 \pm 0,04$ ), по сравнению с контрольной группой ( $0,68 \pm 0,04$ ), что свидетельствует о снижении активности гладкомышечных клеток артериол и прекапиллярных сфинктеров. У пациентов наблюдается снижение показателя микроциркуляции во 2-й группе на 8% ( $p > 0,05$ ), 3-й группе на 19% ( $p < 0,05$ ), снижение резерва капиллярного кровотока 2-й группе на 20% ( $p < 0,05$ ), 3-й группе на 25% ( $p < 0,05$ ), по сравнению с 1-й группой, в результате rareфикации микрососудистой сети. Выявлено увеличение тонуса микрососудов (MT), внутрисосудистого сопротивления (СС) у больных с ИБС, которые статистически достоверно увеличились на фоне АГ: MT % ( $73,3 \pm 4,4$ ;  $75,1 \pm 4,9$ ;  $91,8 \pm 5,8$ ), СС% ( $3,34 \pm 0,22$ ;  $3,68 \pm 0,26$ ;  $4,59 \pm 0,37$ ). Индекс эффективности микроциркуляции: в 1-й группе составил  $1,37 \pm 0,12$ ; во 2-й -  $1,16 \pm 0,10$ ; в 3-й -  $1,11 \pm 0,08$ , что свидетельствует о преобладании пассивных механизмов регуляции микроциркуляции над активными у больных с ИБС и в сочетании с АГ.

При анализе результатов записи ЛДФ-граммы базального кровотока и показателей окклюзионной пробы у пациентов с ИБС и АГ выявлено преобладание патологических гемодинамического типа микроциркуляции: застойно-стазический гемодинамический тип микроциркуляции (ЗГТМ) у 28,7%, спастический гемодинамический тип (СГТМ) у 31,4%, гиперемический гемодинамический тип (ГГТМ) у 24,6%, нормоциркуляторный гемодинамический тип (НГТМ) у 15,3%. У пациентов с ИБС: ГГТМ у 35,4%; СГТМ 26,7%, ЗГТМ у 14,6%, НГТМ 23,3%. В контрольной группе доминировал НГТМ 69,4%, реже встречались ГГТМ у 18,4%; СГТМ 12,2%.

Значения спонтанной агрегации тромбоцитов и индуцированной агрегации на воздействия адреналина, АДФ по кривой среднего размера агрегатов (СРА) в контрольной группе практически не отличаются от нормальных показателей, используемых в клинической лаборатории СОКГВВ: спонтанная агрегация ( $1,31 \pm 0,09$ ), АДФ-агрегация ( $3,25 \pm 0,28$ ), адреналин-агрегация ( $3,09 \pm 0,24$ ). У больных с ИБС, стабильной стенокардией напряжения II функционального класса максимальные значения спонтанной агрегации тромбоцитов ( $1,58 \pm 0,14$ ) и индуцированной агрегации на воздействия адреналина ( $4,01 \pm 0,40$ ) по кривой СРА имели отчетливую тенденцию к повышению, но отличия по сравнению с пациентами контрольной группы носили недостоверный характер ( $p > 0,05$ ). Установлено достоверное повышение максимального значения индуцированной агрегации на воздействие АДФ ( $7,68 \pm 0,58$ ) по кривой СРА ( $p < 0,05$ ). Анализ агрегации тромбоцитов у больных 3-й группы в сравнении с пациентами 1-й позволил выявить достоверное повышение уровня спонтанной ( $2,04 \pm 0,19$ ) и

адреналин индуцированной агрегации ( $8,55 \pm 0,41$ ) ( $p < 0,05$ ).

Корреляционный анализ показал значимую роль АД в повышении агрегационной активности тромбоцитов. Это подтверждает положительная связь между повышенным систолическим артериальным давлением и адреналин индуцированной агрегацией тромбоцитов ( $r = 0,562$ ,  $p < 0,05$ ). Повышение спонтанной агрегации тромбоцитов у больных ИБС и в сочетании с АГ наблюдается на фоне нарастания ИММЛЖ ( $r = 0,668$ ,  $p < 0,05$ ). Увеличение активности АДФ индуцированной агрегации происходило по мере прогрессирования нарушения в микроциркуляторном русле: РКК ( $r = -0,654$ ;  $p < 0,01$ ); ИЭМ ( $r = -0,510$ ;  $p < 0,01$ ); ПМ ( $r = -0,787$ ;  $p < 0,01$ ).

#### Выводы:

1. У больных старческого возраста с ИБС и АГ отмечается ухудшение вазомоторной активности гладкомышечных клеток в прекапиллярном звене микроциркуляторного русла, преобладание патологических гемодинамических типов микроциркуляции. ИБС у гериатрических больных, протекающая на фоне артериальной гипертензии характеризуется повышением внутрисосудистого сопротивления и тонуса микрососудов, увеличением застойных явлений в веноулярном звене микроциркуляторного русла.

2. ИБС сочетанная с АГ характеризуется повышением агрегационной способности тромбоцитов. У пациентов на фоне нарастания индекса массы миокарда левого желудочка, с патологическими гемодинамическими типами микроциркуляции (особенно застойно-стазическим ГТМ) повышается тромбогенный потенциал крови, что создает риск развития атеротромбозов и сердечно-сосудистых осложнений.

### **105. ЛЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕНЕРАЛИЗОВАННОГО ПАРОДОНТИТА У ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА**

Захарова Н.О., Линник Л.Н.

Кафедра гериатрии, кафедра терапевтической стоматологии СамГМУ, СОКГВВ, г. Самара.

Распространенность заболеваний пародонта в нашей стране составляет 95-100% (Цепов Л.М., Николаев А.И., 1998г.); по данным ВОЗ (1984г.) более 80% населения планеты страдают этой патологией. Из всех заболеваний пародонта 90% случаев это гингивит и пародонтит (Грудянов А.И. и соавт., 1999г). В положениях социальной геронтологии при оценке критериев здоровья пожилых людей наряду с интегральной оценкой здоровья, степенью подвижности людей, их социальной активностью, остротой зрения, слуха используется такой показатель как количество сохранившихся зубов (Стеженская Е.И. и соавт., 1978г). В связи с этим перед стоматологами стоят задачи по оптимизации амбулаторного лечения людей пожилого и старческого возраста с заболеваниями пародонта, решение которых приведет к повышению качества оказания стоматологической помощи. Эпидемиологическое исследование, проведенное в Самарской области в течение 10 лет (с 1986 по 1996гг.) показало, что наблюдается увеличение числа более тяжелых форм

пародонитов с 69 до 75% среди городского населения и стабилизация этих форм поражения среди сельского населения на уровне 73-76%.

Учитывая множество больных, практическое здравоохранение нуждается в приемлемых и легко выполнимых в амбулаторных условиях методах лечения, приводящих в отдаленный период к сохранению зубов и поддержанию их оптимальной функции.

Целью нашего исследования была оптимизация лечения хронического генерализованного пародонтита для пожилых пациентов.

Все больные проходили тщательное обследование с определением пародонтологического статуса, рентгенологического и функциональных методов исследования (лазерная доплеровская флоуметрия). Все пациенты были разделены на две группы. Соотношение по полу 87% мужчины и 13% женщины, возраст всех пациентов от 60 до 75 лет.

1 группа пациентов получала местное лечение пародонтита по следующей методике:

На первом этапе – снятие зубных отложений и выравнивание поверхности корня (Scaling and Root Planing (SRP) с использованием аппарата Piezon Master 600. Программа УЗ инструментов подразумевает их поэтапное использование: начиная с обработки наддесневой части корня с устранением основного массива зубного камня и заканчивая обработкой глубоких зон пародонтального кармана и снятия остаточных отложений. В качестве промывающего раствора использовался 0,2% р-р водного хлоргексидина, который существенно снижает микробную обсемененность, что важно при лечении пожилого контингента.

На втором этапе лечения, при наличии обострения воспалительного заболевания пародонта, после снятия зубных отложений применялась местная антимикробная и противовоспалительная терапия. Нами использовались такие препараты, как «метрогил дента» и «диклоран», в виде гелей, производства фирмы «Юник Фармасьютикал Лабс» Использовался поддесневой способ введения препаратов шприцем с затупленной иглой, рекомендуемый период экспозиции 30-60 минут, по пять процедур гелем «метрогил-дента» и «диклоран», соответственно.

После прохождения курса лечения проводилась повторная ЛДФ-метрия.

2 группа пациентов помимо местного получала физиотерапевтическое лечение методом ИК-лазерной терапии на аппарате «МИЛТА». Данный метод является целесообразным для стимуляции местных и общих реакций организма для нормализации их гомеостетических характеристик на различном структурно-функциональном уровне её организации.

Курс лечения составил 7-10 процедур ежедневно. Сеансы проводились через 1 час после местного лечения. Облучение проводилось на уровне 2-3 зубов по одной минуте с вестибулярной и оральной поверхностей, мощность 20 мвт, суммарное время одного сеанса не более 12 минут. Излучатель помещался на расстоянии 5-10 мм от слизистой оболочки альвеолярного отростка. Оценка эффективности проводилась по клиническим показателям и с помощью ЛДФ-метрии.

В группе больных, прошедших обычный курс терапии пародонтита, отмечалось некоторое уменьшение кровоточивости десен и нормализация гигиенического индекса. Глубина зубодесневых карманов уменьшилась на 0,5-1,2 мм, индекс РМА уменьшился с 87% до 55%. Уменьшились, в некоторых случаях до нормы, показатели индекса СРITN, слизистая оболочка альвеолярного отростка приобретала розовый цвет, становилась более плотной.

По данным ЛДФ-метрии отмечается увеличение уровня капиллярного кровотока на 10-18%.

Во 2гр больных, прошедших курс лечения пародонтита с применением ИК-лазера «МИЛТА», значительно уменьшалась, а в половине случаев полностью исчезала кровоточивость десен уже через 5 дней лечения. Объективно гигиенический индекс Федорова-Володкиной уменьшался до 1-1,5, индекс РМА до 16-18%, в некоторых случаях до нормы, уменьшались до нормы индексы СРITN, уменьшалась глубина пародонтальных карманов на 1,5-2,7 мм. По данным ЛДФ-метрии уровень капиллярного кровотока вырос от 18 до 30%, среднее квадратическое отклонение амплитуды колебаний кровотока ( ) – на 40%, вазомоторная активность (Kv) на 26%, что свидетельствует об улучшении микроциркуляции и тканевого кровотока в пародонте.

Таким образом, очевидно, что комплексная методика лечения хронического генерализованного пародонтита с применением ИК-лазеротерапии у пожилых пациентов эффективна, что позволяет надеяться на более длительные периоды ремиссии в течении пародонтита и сохранения зубов у пожилых людей.

## 106. ИССЛЕДОВАНИЕ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ С ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ В УСЛОВИЯХ СТАЦИОНАРА

Захарова О.В.

МЛПУ «Городская клиническая больница №30», г. Нижний Новгород, Россия

Цель исследования: изучить динамику и структуру показателей качества жизни у пациентов с заболеваниями органов пищеварения в условиях стационара.

Материалы и методы. Обследовано 65 больных с гастроэнтерологическими заболеваниями, как в период стационарного лечения, так и в ходе последующего динамического наблюдения в амбулаторных условиях. В качестве контроля по аналогичному методу обследованы 30 человек контрольной группы соответственной половозрастной структуры. Оценка качества жизни проведена с помощью опросника SF-36 в русифицированном варианте без существенных изменений содержания и структуры вопросов и вариантов ответов. Этот опросник позволяет оценивать качество жизни респондентов с различными заболеваниями и сравнивать с таковыми у здоровой популяции. Кроме того, опросник SF-36, обладая достаточно высокой чувствительностью, является кратким. Он содержит всего 36 вопросов, что делает его весьма удобным.

Результаты и их обсуждение. Анализ материала показал, что в целом параметры качества жизни у

пациентов с гастроэнтерологическими заболеваниями ниже, чем популяционные показатели. В ограничении жизнедеятельности пациентов была весьма выражена роль эмоциональных проблем: показатель RE у них почти в 2,5 раза ниже, чем у здоровых людей. Также отмечалось выраженное снижение показателей общего восприятия здоровья (GH), энергичности, настроения и жизнеспособности (VT), психического здоровья (MH). В качестве примера приводим анализ динамики показателей качества жизни одного из пациентов с язвенной болезнью желудка и 12-перстной кишки. За период пребывания пациента в стационаре гастроэнтерологического отделения и последующего диспансерного наблюдения в амбулаторных условиях больной С. был обследован традиционными клиническими методами, включая инструментальное исследование (эзофагогастродуоденоскопия ЭФГДС), а также с биопсией слизистой оболочки гастродуоденальной зоны и УЗИ органов брюшной полости. При этом установлен клинический диагноз язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки с локализацией язвы в пилорической части желудка и язвы луковицы двенадцатиперстной кишки. Соответствующим образом меняется и характер показателя повышения качества жизни в ходе стационарного лечения, последующего периода ремиссии через 3 и 6 месяцев. Однако при повторном рецидиве и появления язвы луковицы 12-перстной кишки произошло существенное ухудшение показателей качества жизни больного по критериям «боль», «жизнедеятельность» и «социальное функционирование».

**Выводы (Заключение).** Таким образом, системный анализ полученных нами материалов в сопоставлении с аналогичными данными зарубежных и отечественных авторов показывает, что все параметры шкал опросника SF-36 достаточно корректно соответствуют характеру и степени выраженности клинических симптомов большинства заболеваний системы органов пищеварения. Полученные результаты свидетельствуют, что в период ремиссии язвенной болезни происходит полное восстановление ранее нарушенных функций и наблюдается феномен «психологического маятника», ведущий к временной гипероценке больным своего физического, эмоционального и социального статуса. Факт повышенного уровня качества жизни у больных язвенной болезнью в фазе ремиссии отмечен и другими исследователями.

### 107. КАРДИАЛЬНЫЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ГАСТРО-ЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНИ

Зверева С. И., Козлова Л. С.

Медицинский институт, г. Саранск, Республика Мордовия

**Цель исследования:** изучить распространенность и клинические особенности кардиальных проявлений гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (ГЭРБ).

**Материал и методы.** Исследование проведено в рамках Многоцентрового исследования Эпидемиологии Гастроэзофагеальной Рефлюксной болезни в России («МЭГРЕ»). В ходе исследования изучалась эпидемиология ГЭРБ в г. Саранске. Для объективизации

полученной информации использовался метод интервьюирования с использованием переведенного на русский и культурально адаптированного опросника Клиники Мейо. Статистическая обработка полученных материалов проведена с применением пакета программы Statistica 6.0. Критерием статистической достоверности был уровень  $p < 0,05$ . Определялись средние значения, стандартные отклонения. Достоверность различий непараметрических данных оценивалась по  $\chi^2$  Пирсона.

В исследование вошли 1400 жителей г. Саранска в возрасте от 17 до 75 лет (средний возраст –  $35,3 \pm 13,2$  лет), в том числе 478 мужчин (средний возраст –  $34,8 \pm 13,8$  лет) и 922 женщины (средний возраст  $32,5 \pm 12,8$  лет). ГЭРБ диагностировали, руководствуясь Монреальским консенсусом (2006) на основании симптомов рефлюкса (изжога, отрыжка, боль в эпигастральной области) с учётом частоты и длительности возникновения эпизодов изжоги без применения дополнительных методов обследования.

**Результаты и их обсуждение.** Анализ результатов показал, что типичный для ГЭРБ, симптом – изжогу с разной частотой и степенью выраженности отмечали 49,6% респондентов. Диагностически значимые изжога и/или регургитация с частотой 1 раз в неделю и более в течение последних 12 месяцев выявлены у 139 (9,9%) респондентов. Боль за грудиной разной интенсивности и частоты отмечали 360 (25,7%) респондентов в возрасте от 18 до 85 лет (средний возраст –  $38,8 \pm 15,0$  лет), из них частое появление боли за грудиной (1 раз в неделю и чаще) наблюдалось у 64 респондентов (17,8%). Распространенность данного симптома была выше среди опрошенных имеющих признаки ГЭРБ (43,9%) по сравнению с респондентами без признаков ГЭРБ (23,7%) ( $p < 0,05$ ). При изучении условий, способствующих возникновению боли за грудиной выявлено, что в 46% случаев предшествовала физическая нагрузка. 13 % опрошенных появление симптома связывали с приемом пищи или изменением положения тела (горизонтальное, наклоны вперед). У 22% респондентов боли за грудиной возникали как при физической нагрузке, так и после приема пищи или изменении положения тела. 19% респондентов, имеющих данный симптом, не отмечали связи появления боли за грудиной с названными факторами. Выявлена зависимость условий возникновения боли за грудиной от наличия у респондентов симптомов, присущих ГЭРБ. Достоверно чаще боли за грудиной возникали после приема пищи и/или изменения положения тела и при сочетании приема пищи и физической нагрузки. С одной стороны, такое сочетание условия возникновения симптома значительно затрудняет дифференциальную диагностику болей за грудиной кардиального и пищеводного происхождения, с другой – может указывать на сочетание двух заболеваний у одного больного. В ходе исследования изучались способы купирования загрудинных болей респондентами. Выявлено, что респонденты с частой изжогой и /или регургитацией для купирования боли за грудиной чаще использовали нитраты, чем антацидные препараты, в то время как респонденты, не имеющие признаков ГЭРБ с этой целью достоверно чаще использовали антациды. Этот факт еще раз подчеркивает трудность дифференциальной диагностики кардиальных проявлений ГЭРБ и ИБС. При

опросе респондентов, имеющих боли за грудиной выявлена их низкая обращаемость к врачу: 65% опрошенных не обращались к врачу по поводу данного симптома. Из 35% респондентов, обратившихся к врачу по поводу загрудинных болей в течение года сделали это 1-2 раза – 65,1%, 5-6 раз – 16,7%, 6-10 раз – 8,7%. более 10 раз – 9,5%. Несколько чаще к врачу по поводу загрудинных болей обращались респонденты с признаками ГЭРБ, чем без таковых (42,6% и 32,4% соответственно).

**Заключение.** Полученные данные свидетельствуют о большой распространенности симптома боли за грудиной, особенностях их клинических проявлений у лиц с признаками ГЭРБ и сложности дифференциальной диагностики болей пищеводного и кардиального генеза. В этой связи представляется целесообразным проводить тщательное обследование пациентов, имеющих загрудинные боли с использованием не только методов для изучения функционального состояния сердечно-сосудистой системы, но и методов, позволяющих выявить наличие патологических гастроэзофагеальных рефлюксов и состояние слизистой оболочки пищевода.

#### 108. АКТУАЛЬНОСТЬ ПРОБЛЕМЫ ОСТРОГО ТОКСОПЛАЗМОЗА

Зембатова С.Х.

ГОУ ДПО Российская медицинская академия последипломного образования, кафедра инфекционных болезней, г. Москва, Россия

Токсоплазмоз может быть одной из причин длительного лихорадочного состояния, не поддающегося обычным средствам терапии. Повышение температуры может быть единственным объективным признаком токсоплазмозной инфекции, носить как постоянный, так и перемежающийся характер. У 2/3 больных лихорадка сопровождается увеличением лимфатических узлов. Чаще в процесс вовлекаются шейные, затылочные, подмышечные, реже- паховые лимфатические узлы, возможно увеличение медиастинальных, мезентериальных и других глубоких групп лимфоузлов.

Так, по данным Городского Центра по токсоплазмозу из 40 обследованных больных, единственной жалобой было длительное повышение температуры тела (от 6 мес. и более). Из них диагноз токсоплазмоза установлен у 8 пациентов (20%) - I группа, среди 36 больных с лимфаденитами- у 6 (16,6%) - II группа. Проводимое клиническое обследование больных, помимо общепринятого, включало консультации специалистов: гематолога, онколога, фтизиатра; по показаниям – проводилась биопсия лимфатического узла.

У пациентов I группы выраженной системной и органной патологии не отмечалось, в клинической картине преобладал интоксикационный синдром: снижение работоспособности, слабость, летучие боли в мышцах, суставах, познабливание. Температура повышалась до 37,5С- у 4 больных, до 38С- у 3, до 38,5С- у 1 больного.

У II группы больных на фоне повышенной температуры, интоксикационного синдрома наблюдалось увеличение периферических лимфатических узлов- шейных, подмышечных, паховых, до диаметра 1x1 см.

При пальпации лимфатические узлы мягкие, чувствительные, с подкожной клетчаткой не спаянные. Одновременно с увеличением лимфатических узлов отмечался гепатолиенальный синдром.

Всем больным проводилось иммунологическое обследование, в динамике РНИФ, ИФА, IgG, IgM. Наблюдаемые пациенты изначально имели положительные антитела класса IgM и IgG к токсоплазме, а также высокий титр антител в РНИФ (>1:1280).

У всех больных отмечался хороший терапевтический эффект от применения 1-2 курсов этиотропных препаратов: Фансидар или Бисептол по классической схеме и Фолиевой кислоты. При непереносимости препаратов группы перимитамин, назначался Ровамицин. После проведенного лечения нормализовалась температура, исчезли симптомы интоксикации, уменьшались в размерах лимфатические узлы. Все пациенты, которым был выставлен диагноз и проведена этиотропная терапия находятся на диспансерном учете в Центре по токсоплазмозу.

#### 109. ОПРЕДЕЛЕНИЕ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ АКТИВНОСТИ ГЕПАТОЦИТОВ БОЛЬНЫХ ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ

Иванов А.Г., Зорина В.А.

Кафедра внутренних болезней с курсами лучевых методов диагностики, лечения и военно-полевой терапии ИГМА, МЗ УР, г. Ижевск

**Актуальность:** циррозы печени являются одним из наиболее актуальных разделов гастроэнтерологии. Это связано с широкой распространенностью, тяжестью течения и высокой летальностью больных этой патологией. По данным экспертов Всемирной Организации Здравоохранения, циррозы печени занимают первое место среди причин смерти от болезней органов пищеварения (исключая опухоли). Несмотря на достижения в изучении этиологии и патогенеза циррозов печени, вопросы их диагностики и лечения на современном этапе окончательно не решены. Используемые в клинической практике методы изучения гепатобилиарной системы (ультрасонография, компьютерная томография) не всегда позволяют получить достаточно полную информацию о функциональном и анатомо-топографическом состоянии печени, внутрипеченочных желчных протоках, желчном пузыре, холедохе и сфинктере Одди. Длительное наблюдение за функциональным состоянием гепатобилиарной системы возможно только при помощи динамической гепатобилисцинтиграфии, принцип действия которой заключается в непрерывной регистрации процесса прохождения через гепатоциты и желчевыводительную систему внутривенно введенного радиофармацевтического препарата.

**Цель работы:** состояла в изучении функционального состояния гепатобилиарной системы у больных циррозом печени с помощью гепатобилисцинтиграфии.

**Материал и методы:** в соответствии с поставленной целью в комплексное клиническое исследование было включено 45 пациентов с циррозом печени вирусной (HBV, HCV, HDV), алкогольной, смешанной и криптогенной этиологии (классы А и В по Child-Pugh).

Группа пациентов состояла из 28 мужчин и 17 женщин. Средний возраст больных составил  $52,4 \pm 2,1$  года, длительность заболевания варьировала от 1 до 8 лет ( $3,8 \pm 0,4$  года). Группу сравнения составили 10 практически здоровых лиц без патологии органов пищеварения, сопоставимых по возрастному и половому составу. В качестве радиофармацевтического препарата применяли отечественный препарат – Бромезиду, меченную  $^{99m}\text{Tc}$ . Для оценки функционального состояния гепатобилиарной системы применяли следующие количественные показатели: Т max печени – время максимального накопления радиофармацевтического препарата в печени; Т  $\frac{1}{2}$  печени – период полувыведения радиофармацевтического препарата из печени; Т лат – время реакции желчного пузыря на желчегонный агент; Т нач. ж.п. – время начала визуализации желчного пузыря; Т max ж.п. – время максимального накопления радиофармацевтического препарата в желчном пузыре; Т киш. – время начала визуализации кишечника.

**Результаты:** проведенное исследование показало, что в группе сравнения Т max печени составило  $13,8 \pm 0,3$  мин, Т  $\frac{1}{2}$  печени –  $28,9 \pm 0,8$  мин, Т лат –  $3,4 \pm 0,5$  мин, Т нач. ж.п. –  $14,6 \pm 0,6$  мин, Т max ж.п. –  $18,8 \pm 2,2$  мин, Т киш. –  $15,6 \pm 0,7$  мин. В группе больных циррозом печени показатели гепатобилисцинтиграфии с  $^{99m}\text{Tc}$ -Бромезидой, характеризующие функцию гепатоцитов (поглотительно-выделительную функцию печени), являлись значительно измененными: время максимального накопления радиофармацевтического препарата гепатоцитами в 1,7 раза ( $23,0 \pm 1,5$  мин), период полувыведения радиофармацевтического препарата из паренхимы печени – в 1,6 раза ( $46,1 \pm 2,4$  мин) увеличены в сравнении со средними значениями нормы. Показатели, характеризующие функцию желчного пузыря, также являлись измененными: время реакции желчного пузыря на желчегонный агент в сравнении со средней нормой было замедлено в 1,9 раза ( $6,4 \pm 0,5$  мин), время появления радиофармацевтического препарата в желчном пузыре – в 1,3 раза ( $18,6 \pm 0,8$  мин), время максимального накопления радиофармацевтического препарата в желчном пузыре – в 1,6 раза ( $29,5 \pm 0,8$  мин), причем выявленные нарушения наблюдались параллельно с замедлением поступления радиофармацевтического препарата в кишечник (Т киш. –  $23,8 \pm 1,7$  мин).

**Выводы:** таким образом, гепатобилисцинтиграфия с  $^{99m}\text{Tc}$ -Бромезидой является информативным полифункциональным методом оценки состояния гепатобилиарной системы при циррозе печени. Метод способствует правильной оценке полученной диагностической информации и уверенному распознаванию заболевания, сопровождающегося выраженными нарушениями функциональной деятельности печени и желчевыделительной системы. Целесообразно проведение динамической сцинтиграфии с целью более эффективно регулировать функциональные нарушения гепатобилиарной системы.

#### 110. ДИНАМИКА КОРОТКОЦЕПОЧЕЧНЫХ ЖИРНЫХ КИСЛОТ У БЕРЕМЕННЫХ С БИЛИАРНЫМ СЛАДЖЕМ

Иванова Е.В., Власова Н. А., Кулавский В.А., Кокина Л.С., Кальметьева Л.П.

БГМУ, Уфа, Россия.

**Цель исследования:** Изучить содержание короткоцепочечных жирных кислот в кале и сыворотке крови у беременных с билиарным сладжем (БС) в различные trimestры беременности.

**Материалы и методы:** исследовали 135 беременных с I стадией ЖКБ в возрасте от 25 до 44 лет. Верификация диагноза осуществлялась клинически, с помощью биохимических исследований крови (липидный профиль), УЗИ желчного пузыря и печени. Группой контроля служили 32 беременные женщины, сопоставимые по возрасту, без признаков патологии со стороны билиарной системы. Определение КЖК в сыворотке крови и кале проводилось методом ГЖХ-анализа.

**Результаты.** В норме у беременных женщин при увеличении срока беременности в кале выявлены тенденция к повышению суммарного содержания КЖК (C2-C6), увеличение уровней пропионовой и масляной кислот в профиле C2-C4 кислот и отклонения значения анаэробных индексов в область более отрицательных значений ( $p < 0,05$  со 2-го триместра). Отношение C3/C4 < или равно 1,1.

При этом в сыворотке крови у них отмечается повышение абсолютного содержания КЖК (C2-C6) за счет увеличения содержания уксусной кислоты, снижение уровней пропионовой и масляной кислот в профиле C2-C4 кислот при повышении суммарного содержания изокапроновой и капроновой кислот ( $p < 0,05$  со 2-го триместра).

Установлена обратно пропорциональная зависимость между содержанием пропионовой кислоты и уровнем холестерина; между содержанием масляной кислоты и уровнем липопротеидов; а также прямая линейная зависимость между суммарным содержанием изокапроновой и капроновой кислот и уровнем триглицеридов в сыворотке крови беременных женщин.

У беременных женщин с БС по сравнению с показателями при нормальном течении беременности в кале отмечается снижение суммарного содержания КЖК (C2-C6), происходит достоверное повышение уровней пропионовой и масляной кислот в профиле C2-C4 кислот, при этом значения анаэробных индексов отклоняются в область «резко» отрицательных значений. Отношение C3/C4 > 1,1.

В то же время в сыворотке крови имеет место снижение абсолютного содержания КЖК (C2-C6), происходит выраженное снижение уровня пропионовой кислоты при повышении относительного содержания масляной кислоты в профиле C2-C4 кислот, отмечается достоверное повышение суммарного содержания изокапроновой и капроновой кислот.

Нами установлена обратная зависимость абсолютного содержания C2-C6 кислот и уровня холестерина, обратно пропорциональная зависимость между содержанием пропионовой кислоты и уровнем холестерина, а также прямая линейная зависимость между суммарным содержанием изокапроновой и капроновой кислот и уровнем триглицеридов в сыворотке крови беременных женщин с БС.

**Выводы:** отклонения значений указанных параметров (суммарного содержания C2-C6 кислот,

профиля С2-С4 кислот, значений АИ (кал), отношения С3/С4 (кал), суммарного содержания изокапроновой и капроновой кислот) от нормальных показателей в различные trimestры беременности являются предикторами изменения биохимического состава желчи и образования сладжа.

### 111. ВЛИЯНИЕ ЭНТЕРОСАНА НА СОДЕРЖАНИЕ КОРОТКОЦЕПОЧЕЧНЫХ ЖИРНЫХ КИСЛОТ У БЕРЕМЕННЫХ С I СТАДИЕЙ ЖЕЛЧЕКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ

Иванова Е.В., Власова Н.А., Кулавский В.А., Белкина А.А., Бакирова В.Э.  
БГМУ, Уфа, Россия.

Цель исследования состояла в изучении содержания короткоцепочечных жирных кислот (КЖК) в кале и сыворотке крови у беременных с ЖКБ I стадии в различные trimestры беременности после лечения энтеросаном.

Материалы и методы: исследовали 95 беременных с I стадией ЖКБ в возрасте от 25 до 44 лет. Верификация диагноза осуществлялась клинически, с помощью биохимических исследований крови (липидный профиль), УЗИ желчного пузыря и печени. Определение КЖК в сыворотке крови и кале проводилось методом ГЖХ-анализа. Препарат назначался в дозе 1 капсула 3 раза в день в течение 2-х месяцев. Энтеросан-это природная смесь высушенной покровной пластины мускульного желудка птиц, состоящей из секрета простых желез и покровного эпителия, гликопротеидов, гликозаминогликанов, желчных и нуклеиновых кислот, сиаломуцина.

Результаты. На фоне лечения энтеросаном у беременных с I стадией ЖКБ в кале отмечается выраженная динамика показателей КЖК, заключающаяся в повышении суммарного содержания С2-С6 кислот, снижении долей пропионовой и масляной кислот и изменении показателей АИ, отклоняющихся в область нормальных значений.

В сыворотке крови у данных пациентов также наблюдается выраженная динамика показателей КЖК после приема энтеросана, заключающаяся в повышении абсолютного содержания С2-С6 кислот, повышении доли пропионовой кислоты при снижении уровня масляной кислоты, и снижении суммарного относительного содержания изокапроновой и капроновой кислот, что свидетельствует о высокой эффективности проводимого лечения и соотносится с результатами клинико-лабораторного и инструментального обследования.

Данные изменения можно объяснить, во-первых, фармакологическим действием препарата, который оказывает бактериостатическое действие на Г-анаэробную микрофлору, в частности на рода бактероидов, клостридий и фузобактерий, зубактерий, и др. принимающих участие во вторичном обмене желчных кислот, снижая их активность, и способствует повышению активности и численности облигатной молочнокислой флоры (в частности бифидобактерий, оказывающих влияние на уровень холестерина).

Во-вторых, Энтеросан, нормализуя моторно-эвакуаторную функцию кишечника, способствует не

только восстановлению среды обитания микроорганизмов (о чем свидетельствует динамика значений АИ), но и нормализации пассивной и активной абсорбции ЖК.

В-третьих, имея в своем составе желчные кислоты, препарат оказывает опосредованный эффект на микрофлору, через изменение биохимического состава желчи и ее дебита.

Таким образом, коррекция интестинальной фазы обмена желчных кислот и холестерина приводит к нормализации их метаболизма в печени, о чем свидетельствуют выявленные положительные изменения содержания и спектра КЖК в сыворотке крови

#### Выводы:

1. Прием энтеросана приводит к нормализации показателей основных кислот как в кале, так и в сыворотке крови, что обуславливает целесообразность его применения при лечении беременных с ЖКБ.

2. Указанные параметры КЖК могут быть использованы в качестве критериев эффективности проводимого лечения БС и профилактических мероприятий.

### 112. ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ, ЛЕЧЕНИЯ И ПРОФИЛАКТИКИ БОЛЬНЫХ ТОКСОПЛАЗМОЗОМ

Иванова Л.П., Зембатова С.Х., Дзучева Ф.К., Борисенко Ю.В.

Российская медицинская академия последипломного образования, кафедра инфекционных болезней, г. Москва, Россия; Городской Центр по токсоплазмозу, Москва, Россия

При постановке диагноза токсоплазмоза, личная позиция врача оказывает значительную психологическую поддержку пациенту и определяет подход к проведению этиотропной терапии.

В результате проведенного клинико-лабораторного обследования в Городском Центре по токсоплазмозу, диагноз выставлен и/или подтвержден 52 больным. Из них у 10 пациентов был диагностирован острый токсоплазмоз, у 17 – подострый, у 13 больных – инаппарантный, у 12 – хронический токсоплазмоз. Возраст обследованных составил от 16 до 40 лет. Из них было 48 женщин и 4 мужчин. Длительность заболевания на момент обращения – от 3 недель до 1 года.

У больных острым токсоплазмозом заболевание начиналось с интоксикации: общая слабость, недомогание, мышечные боли, повышения температуры тела до 38<sup>0</sup>С с ознобом, снижался аппетит, работоспособность (у 6 больных). У всех 10 пациентов в последующем заболевание протекало типично: субфебрилитет, генерализованная лимфаденопатия, гепато-спленомегалия. Данная клиническая картина оставалась у 4 больных до 3 месяцев, у 6 - до 7 месяцев.

Подострый токсоплазмоз клинически характеризовался невыраженной интоксикацией, субфебрилитетом, лимфаденопатией. Хронический токсоплазмоз – длительно текущий процесс с сохраняющейся субфебрильной температурой тела (12 пациентов). Заболевание протекало с повышением температуры тела до 38 в течение 10 дней, с последующим субфебрилитетом, сильнейшими

головными болями. У 2 пациентов клинически диагностирован менингеальный синдром с лимфоцитарным плеоцитозом и наличием кист в головном мозге. У 5 больных отмечалось поражение глаз по типу заднего увеита (очагового хориоретинита). Инаппаратный токсоплазмоз в основном выявлялся у беременных (10 обследуемых), а у 3 пациентов – при подготовке к беременности. Для лабораторной диагностики токсоплазмоза использовали реакцию непрямой иммунофлюоресценции (РНИФ), иммуноферментный анализ (ИФА) с определением иммуноспецифических антител класса IgG и IgM. Обследуемым пациентам назначалась классическая схема комплексного лечения этиотропного препарата Фансидара с Фолиевой кислотой и при необходимости дезинтоксикационная патогенетическая терапия.

Профилактика приобретенного токсоплазмоза включает: употребление в пищу только термически обработанных мясных продуктов; отказ от дегустации мясного фарша или сырого мяса; употребление в пищу хорошо мытых овощей, зелени, фруктов.

Профилактику врожденного токсоплазмоза необходимо проводить с учетом того факта, что только первичное заражение женщины во время беременности может привести к инфицированию плода с последующими проявлениями врожденного токсоплазмоза.

### 113. ВЛИЯНИЕ ПРОГРАММНОГО ГЕМОДИАЛИЗА НА СОСТОЯНИЕ МИОКАРДА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У ПАЦИЕНТОВ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОЧЕК

Ильичева О.Е., Харламова У.В., Нездоймина Н.Н., Щербаков А.В.

ГОУ ВПО «Челябинская государственная медицинская академия Росздрава», г. Челябинск; МУЗ ГКБ № 8, г. Челябинск

**Актуальность.** При прогрессировании хронической болезни почек (ХБП), одним из наиболее частых осложнений является поражение миокарда, исходом которого является формирование и прогрессирование хронической сердечной недостаточности (ХСН). На развитие и прогрессирование ХСН у пациентов с ХБП влияют хорошо известные традиционные и нетрадиционные факторы риска. Однако до сих пор остается неясным - является ли поражение миокарда у этой группы пациентов обратимым при снижении экстракардиальных факторов.

**Цель работы:** изучение обратимости признаков ХСН у больных ХБП на додиализном этапе и в первый год проведения программного гемодиализа.

**Материалы и методы.** Проведено обследование 65 больных (36 женщин, 29 мужчин, средний возраст – 43,1 ± 11,1 лет.) на додиализной стадии ХБП, а затем в первый год программного гемодиализа (длительность диализного лечения 6,6 ± 1,8 мес.). Гемодиализ проводился по стандартной методике три раза в неделю сеансами по 210 ± 30 минут на аппарате А 4008 Е (Frezenius, Германия).

Признаки систолической и диастолической дисфункции миокарда определяли при ЭхоКГ –

исследовании на аппарате «HP Sonos 100 CF» (Германия) в М-режиме импульсным датчиком 3,5 МГц, согласно рекомендациям РДО (2003).

Статистическая обработка данных проводилась с использованием компьютерной программы «Statistica for Windows 6.0». использованием компьютерной программы «Statistica for Windows 6.0». Для оценки значимости различий использовали U-критерия Манна-Уитни. Результаты исследования представлены как выборочное среднее  $M \pm SD$ , различия считали достоверными при  $p < 0,05$ .

**Результаты.** По данным клинического и ЭхоКГ – исследований на додиализном этапе ХСН была выявлена у 56 больных (86,1 %). Обследование той же группы пациентов в первый год программного гемодиализа подтвердило наличие клинико – инструментальных критериев ХСН у 42 больных (64,6 %). На додиализном этапе ХБП I стадия ХСН выявлена у 19 (34 %) больных. В течение первого года лечения гемодиализом у 14 (25 %) больных этой группы структурно – функциональных изменений миокарда ЛЖ претерпели изменения и признаков нарушения релаксации не обнаружено, а диагноз ХСН был снят. У 28 (50 %) больных додиализного этапа обнаружена II А стадия ХСН. При лечении гемодиализом у 11 больных этой группы существенных изменений показателей дисфункции миокарда не произошло, тогда, как у 17 – показатели диастолической дисфункции миокарда изменились, и стали соответствовать типу нарушенной релаксации, что соответствовало I стадии ХСН.

Больных с II Б стадией на первом этапе обследования было 9 (16 %). В первый год гемодиализа у 6 пациентов этой группы отмечалось достоверное снижение отношения пиковых скоростей и продолжительность ВИВР, что соответствовало II А стадии ХСН, у 3 – сохранилась прежняя степень выраженности структурно – функциональных изменений миокарда.

Обратимость клинических и структурных проявлений почечной кардиомиопатии очевидно связана с тем, что большинство обследованных больных с I и II стадиями ХСН не имели необратимых структурных изменений кардиомиоцитов, выраженность которых, снизилась, при воздействии на основные факторы повреждения миокарда при проведении гемодиализа.

**Выводы.** Обратимость основных проявлений ХСН у больных ХБП в первый год программного гемодиализа подчеркивает необходимость своевременного выявления и адекватной коррекции факторов риска, а также решения вопроса о более раннем начале проведения почечно– заместительной терапии.

### 114. ВЛИЯНИЕ ПРИЕМА НЕБИВАЛОЛА НА ПОКАЗАТЕЛИ ВАРИАбельНОСТИ РИТМА СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ НЕЙРОЦИРКУЛЯТОРНОЙ ДИСТОНИЕЙ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПРЕОБЛАДАНИЯ ТОНУСА ВЕГЕТАТИВНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ.

Ильямакова Н.А., Аксенова Т.А., Горбунов В.В.  
ГОУ ВПО Читинская Государственная Медицинская Академия, г. Чита, Россия.

**Цель:** изучение динамики показателей variability ритма сердца у пациентов с нейроциркуляторной дистонией (НЦД) на фоне приема Небивалола.

**Материалы и методы.** Было обследовано 56 мужчин (средний возраст  $24,4 \pm 2,45$  года), больных НЦД. Диагноз выставлялся на основании диагностических признаков по В.И. Маколкину и С.А. Аббакумову, 1996. Пациентам проводилось суточное мониторирование ЭКГ посредством кардиомонитора Astrocord® Holter System-2F. Для оценки вегетативного баланса рассчитывали временные и спектральные показатели variability ритма сердца. В литературе встречаются данные о значении циркадных колебаний значений ВРС в прогнозе возникновения и развития сердечно-сосудистых заболеваний. В связи с этим, нами было изучено циркадные колебания симпато-парасимпатического индекса (LF/HF) и сформированы 2 группы, больных НЦД, в зависимости от снижения данного показателя в ночное время. Первую группу составили 23 человек (средний возраст  $24,5 \pm 5,1$  года) с недостаточным снижением LF/HF, свидетельствующем о преобладании симпатической нервной системы в ночное время. Во вторую группу вошли больные с достаточным снижением отношения LF/HF - 33 человека (средний возраст  $26,1 \pm 4,54$  года). Контролем служила группа из 18 практически здоровых людей, сопоставимая по возрасту с исследуемыми. В исследование включены только мужчины. Больные НЦД подвергались динамическому наблюдению. Части пациентам с НЦД с нарушением физиологического профиля ВРС (11 человек, средний возраст  $23,4 \pm 3,1$ ) был назначен небивалол в дозе  $3,5 \pm 1,6$  мг в день, еще 10 человек (средний возраст  $24,4 \pm 2,6$ ) с недостаточным снижением LF/HF и 15 пациентов с НЦД (средний возраст  $24,4 \pm 3,7$ ) терапии  $\beta$ -блокаторами не получали. Через  $15 \pm 2,3$  месяцев после обследования пациентам было проведено суточное мониторирование ЭКГ и АД. Полученные результаты обработаны с помощью статистической программы Statistica 6.

**Результаты.** При анализе временных показателей установлено, SDNN был достоверно снижен в группах больных с НЦД с недостаточным снижением LF/HF по сравнению с контрольной группой на 21,5%, с группой НЦД с достаточным снижением LF/HF на 11,44% соответственно ( $p < 0,05$ ). Данный показатель в группе исследуемых с НЦД с достаточным снижением LF/HF достоверно от контроля не отличался. При анализе SDANN выявлено достоверное снижение показателя как в группах больных с НЦД достаточным снижением LF/HF, так и в группах пациентов НЦД с недостаточным снижением LF/HF на 16,3% и 27,5% по сравнению с контролем соответственно ( $p < 0,05$ ). Показатель pNN50 достоверно снижен в группе больных с НЦД с недостаточным снижением LF/HF по сравнению с пациентами с НЦД с достаточным снижением LF/HF на 47,3%, по сравнению с контрольной группой на 47% ( $p < 0,05$ ). Среди спектральных показателей выявлены следующие изменения. Показатель ULF был достоверно ниже во всех группах пациентов по сравнению с контролем ( $p < 0,05$ ). Наиболее низкий уровень зафиксирован в группе больных с НЦД с недостаточным снижением LF/HF: на 45% и по

сравнению с контролем соответственно ( $p < 0,05$ ). Показатель VLF был достоверно ниже в группе больных с НЦД с недостаточным снижением LF/HF на 15,4% и 16,6% по сравнению с больными с НЦД и контрольной группой соответственно ( $p < 0,05$ ). У обследованных нами больных показатель HF, был наиболее снижен в группе больных с НЦД с недостаточным снижением LF/HF на 38,5% и 42,8% по сравнению с группой НЦД с достаточным снижением LF/HF и контролем, соответственно ( $p < 0,05$ ). Следующий спектральный показатель – LF, в группе больных НЦД с нарушенным физиологическим суточным профилем ВРС данный показатель на 14,6% был статистически ниже, чем в контрольной группе соответственно ( $p < 0,05$ ). При проспективном наблюдении в группе пациентов с недостаточным снижением LF/HF в ночное время на фоне приема небивалола отмечалась положительная динамика в виде повышения показателя SDNN, SDANN, pNN50, ULF, VLF, HF и снижения LF. При этом повышения артериального давления не зафиксировано ни у одного пациента. В группе пациентов не принимающих небивалол отмечалась незначительная отрицательная динамика в виде снижения SDNN, повышения LF. У 30% отмечалась стойкая артериальная гипертензия и был выставлен диагноз гипертонической болезни.

**Выводы.** В группе больных НЦД с преобладанием тонуса симпатической нервной системы выявлены изменения показателей variability ритма сердца, свидетельствующие о снижении активности парасимпатического отдела вегетативной нервной системы и повышении тонуса симпатической нервной системы. При проспективном наблюдении установлено, что включение в терапию  $\beta$ -блокаторов позволяет улучшить физиологический профиль ВРС и снизить риск развития артериальной гипертензии.

#### 115. Т-ХЕЛПЕРЫ 17 ТИПА И ИНТРЕЛЕЙКИН-17 В ПРОГРЕССИРОВАНИИ ХРОНИЧЕСКОГО ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА В

Ильасова Б.С.

НИИ кардиологии и внутренних болезней МЗ РК, г Алматы, Республика Казахстан

Хронический вирусный гепатит В ассоциируется с различными аутоиммунными феноменами. В настоящее время запуск аутоиммунного процесса связывают с интрелейкином-17 (ИЛ), который продуцируется Т-хелперами 17 типа, также известными как Th17A [Langrish C.L., 2005]. ИЛ-17 является провоспалительным цитокином, который индуцирует экспрессию ИЛ-1, ИЛ-6, ГМ-КСФ, а также продукцию фибробластами хемокинов CXCL1, 2 и 8 [Casten B. Schmidt-Weber, 2007]. Th17A являются клетками, запускающими аутоиммунный процесс, и фенотип этих Т-хелперов характеризуется наличием с CD23R и CCR6 [Francesco Annunziato, et al, 2008]. Для инициации дифференцировки Th17 [Schnyder-Candrian S., et al, 2005], также как и запуска фиброгенеза [Bissel T.M., et.al, 2001, Hasegawa M., et al. 2005] необходима активность трансформирующего фактора роста TGF- $\beta$  и ИЛ-6.

**Цель исследования:** изучить уровень ИЛ-17 и CD4+CD196+ мононуклеаров у пациентов с циррозом печени в исходе вирусного гепатита В.

**Материалы и методы:** были обследованы пациенты с диагнозом Цирроз печени в исходе вирусного гепатита В, Класс В и С (Чайлд-Пью) (группы А - 48 пациентов и В - 50 пациентов соответственно), 98 человека. В качестве контрольной группы была обследована группа здоровых доноров в количестве 30 человек. Количество мононуклеаров, экспрессирующих CD196 (CCR6-рецептор) было изучено путем фенотипирования клеток моноклональными антителами CD196 Alexa и подсчитано методом проточной цитометрии (FaxCalibur). Концентрация ИЛ-17 исследовалась в сыворотке больных и доноров методом иммуноферментного анализа (IBL, Hamburg).

**Результаты:** В группе А ( $16,3 \pm 3,4$ /мл) и группе В ( $23,4 \pm 2,9$ /мл) наблюдалось достоверное повышение абсолютного количества CD4+CD196 клеток в сравнении с контрольной группой ( $9,4 \pm 2,4$  /мл,  $P < 0,05$  (А) and  $P < 0,005$  (В) соответственно). Концентрация ИЛ-17 у пациентов обеих групп ( $14,8 \pm 4,7$  пг/мл (группа А),  $56,5 \pm 8,1$  пг/мл (группа В) с хроническим вирусным гепатитом В было достоверно выше, чем в группе здоровых доноров ( $1,27 \pm 0,06$  пг/мл,  $P < 0,05$  (А),  $P < 0,005$  (В), соответственно). Показатели ИЛ-17 и CD4+CD196+ мононуклеаров у пациентов в группе В достоверно превышают те же значения в контрольной группе ( $P < 0,05$ ).

**Выводы:** результаты исследования показали, что сигнальные молекулы аутоиммунитета ИЛ-17 и Th17 играют роль в патогенезе цирроза печени HBV этиологии.

**Обсуждение и заключение.** Активация цитокинов и поляризация Т-хелперов в Th1, Th2, Th17 или Treg имеют значение не только для формирования иммунного ответа, но и для запуска фиброза печени. Фиброз является конечным этапом хронического воспаления, индуцированного различными стимулами. Th2-цитокины кооперируются с TGFβ1 для индукции фиброза [T.Wynn, 2008]. Дифференцировка Th17 и Treg зависит от TGFβ1 [Lee Mo et al. 2007]. Приобретение Treg клетками фенотипа Th17 обеспечивается ИЛ-6 [Bettelli E., et al, 2006]. Поскольку TGF-β1 и ИЛ-6 являются хорошо известными факторами роста фибробластов, как показали наши исследования, при прогрессировании фиброза печени формируются условия для возникновения аутоиммунного процесса.

#### 116. ПОЛИМОРФИЗМ ГЕНОВ CETP и LPL - ФАКТОР ФОРМИРОВАНИЯ АТЕРОСКЛЕРОЗА

Исагилова Р.К., Сунгатуллина Л.М., Гайфуллина Р.Ф.\*, Кравцова О.А.

Казанский государственный университет им. В.И. Ульянова-Ленина, ГОУ ВПО «Казанский государственный медицинский университет»\* г. Казань, Россия.

**Актуальность:** болезни сердечно-сосудистой системы занимают лидирующее место среди причин смертности и инвалидизации в России и за рубежом. Одним из факторов развития тяжелых поражений сердца и сосудов является нарушение липидного (жирового)

обмена в организме, ведущее к возникновению атеросклероза. Несмотря на то, что известно более 250 потенциальных генов-кандидатов развития данной патологии и более 1500 мутаций в них, вследствие сложной полигенной природы заболевания, в каждой конкретной популяции мира существует свой определенный набор генетических маркеров (полиморфизмов), которые предрасполагают к развитию атеросклероза. Для выявления таких маркеров необходимо на первом этапе исследования изучить в каждой этнической популяции контрольную группу условно здоровых лиц (без признаков изучаемой патологии и других системных заболеваний), чтобы в дальнейшем при сравнении этих данных с результатами по группе больных, сделать выводы о предикативной или предрасполагающей роли генов-кандидатов в развитии заболевания.

В связи с вышеизложенным, **цель данной работы** - анализ полиморфных маркеров генов-кандидатов развития атеросклероза в контрольной группе условно здоровых лиц из выборки современного населения Республики Татарстан.

**Материалы и методы:** для исследования служили образцы ядерной ДНК 94 представителей двух этнических групп Республики Татарстан: русских и татар. Этническую принадлежность выясняли путем индивидуального анкетирования, учитывая данные до третьего поколения. Контрольная группа сравнения сформирована на базе Межрегионального клинко-диагностического центра г. Казани, куда вошли пациенты без признаков АТ, ЭГ, сахарного диабета и других системных заболеваний, с учетом пола, возраста, национальности, показателей углеводного и липидного обменов, анамнестических данных на ближайших кровных родственниках. Анализ генетических полиморфизмов осуществляли методом полимеразной цепной реакции (ПЦР) с использованием локус-специфичных праймеров с последующей постановкой ПДРФ – анализа.

**Результаты:** В результате исследования получены данные по распределению частот аллелей и генотипов полиморфных локусов генов CETP и LPL в двух популяциях, русских и татар, Республики Татарстан в контрольной группе.

##### *Анализ полиморфных вариантов гена LPL*

Липопротеинлипаза (LPL) - ключевой фермент метаболизма липидов - локализована на поверхности эндотелиальных клеток сосудов. Наиболее значимым полиморфизмом гена LPL является HindIII - полиморфизм.

При анализе распределения частот HindIII-полиморфных аллелей и генотипов гена LPL в контрольной группе выявлено повышение частоты встречаемости аллеля H+ (59 %) и гетерозиготного генотипа H-H+ (71 %).

Микросателлитный локус LPL расположен в 6 интроне гена липопротеинлипазы. Данный STR-локус широко используется в качестве маркера для изучения генофонда популяций. Ассоциация же данного полиморфизма с риском развития АТ прежде не изучалась. В мировой популяции известно 7 аллелей данного полиморфизма с числом повторов от 7 до 14, из которых в нашей выборке нами было обнаружено 5

аллелей с числом повторов от 9 до 13, наибольшую частоту встречаемости имеют аллели 9, 10, 11, 12.

*Анализ полиморфных вариантов гена CETP*

CETP - это специфический белок – гидрофобный гликопротеин - переносящий липиды плазмы, катализирующий реакцию обмена ЭХС и ТГ между липопротеинами.

Согласно результатам исследования, в контрольной группе отмечено преобладание аллеля С (61,5%), который характеризуется отсутствием сайта рестрикции, и гетерозиготного генотипа С/А (57,5%) по полиморфному варианту -629С→А; незначительное преобладание частоты встречаемости аллеля G (51 %) и генотипа GG (53.2 %) по полиморфизму -971G→А; аллеля А (58 %) и генотипа AG (59 %) по полиморфному локусу +423 G→А, а также аллеля I (82,4 %) и генотипа II (76,6 %) полиморфного варианта Val421Ile.

При разделении выборки по этногеографическому и половому признаку и последующем сравнении в пределах группы контроля было отмечено аналогичное распределение аллелей и генотипов по полиморфным локусам изучаемых генов.

Полученные данные в дальнейшем послужат базой для статистической оценки вклада основных генов – кандидатов в развитие атеросклероза у лиц, входящих в группу риска.

**117. ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ РАНДОМИЗИРОВАННОЙ ГРУППЫ БОЛЬНЫХ ИБС МЕТОДОМ ТУННЕЛИРОВАНИЯ**

(кооперативное исследование совместно с НЦ ССХ им. А.Н. Бакулева РАМН)

Ишенин Юрий Михайлович, Член-корреспондент ЕА АМН, доктор медицинских наук, профессор кафедры хирургии и травматологии ГОУ «Институт усовершенствования врачей» МЗиСР Чувашской республики.

Хирургическое лечение ИБС – сложная и нерешенная проблема медицины [1].

Цель исследования: изучить отдаленные результаты хирургического лечения технологией туннелирования миокарда левого желудочка (ТМЛЖ) у тяжелой нешунтабельной группы больных ИБС.

Материал и методы: период наблюдения составил от 1,5 до 20 лет (в среднем 12,5±2,8 года). Среди 47 пациентов было 3 женщины и 44 мужчины, в возрасте от 47 до 82 лет (в среднем 60±2,4 года), перенесших ОИМ с 10% эпизодов клинических смертей, 6 пациентов оперированы повторно после АКШ. Все пациенты в дооперационном периоде относились к III-IV ф.к. по NYHA.

Контрольную группу, учитывая нравственные принципы, составили 2 пациентов в возрасте 44 и 52 лет.

Материал статистически обработан.

Результаты: госпитальной летальности после ТМЛЖ – нет. Общими признаками при изучении столь отдаленных результатов явились:

1. Надежное купирование синдрома стенокардии на уровне I-II ф.к. по САС.
2. Высокая фракция выброса левого желудочка в пределах 57±1,8 % (P<0,001).
3. Низкая ежегодная летальность от ОКС в

пределах 0,3 % (3 человека).

4. Специальной реабилитационной программы пациенты не придерживались.

Все пациенты за наблюдаемый период были социально-экономически стабильны.

Двое контрольных больных погибли: один от ОКС, а второй – при попытке выполнить ему АКШ в сроки до одного года от момента отказа от операции.

Выводы: технология туннелирования миокарда левого желудочка (ТМЛЖ) у больных нешунтабельного генеза – является операцией выбора и должна применяться в хирургии ИБС.

**118. ВЗГЛЯД В БУДУЩЕЕ ТУННЕЛИРОВАНИЯ**

Ишенин Ю.М.

ГОУ «Институт усовершенствования врачей» МЗ и СР Чувашской республики (Чебоксары), Восточно-Сибирский научный центр Сибирского отделения РАМН (Иркутск), Россия

Много раз нам приходилось подвергать научно-медицинской фантастике внедрение туннелирования при ишемической болезни сердца, циррозе печени, нижних конечностей, слоновости, ожирении, деформирующих остеоартрозах, вазоренальной гипертензии. Прошли десятилетия и теперь - это реальность! Беда в одном: в противостоянии рутинной хирургии нововведениям. Трудно себе представить, чтобы опытные хирурги и терапевты сразу решили отдать больного на новые клинические внедрения, по сути новые по понятиям, но старые по существу. Все новое пока, как известно - это хорошо забытое старое. Вот посудите сами: все технологи туннелирования - это смешанные непрямые вмешательства, которые руководят ангиопластическими реакциями в заданном участке ишемии. Сегодня нами к этим методикам подключены и простые аутологичные клеточные технологии в виде имплантации СККМ и МККМ. Вреда пока мы от них не видим, разве что при III-IV стадиях цирроза печени, когда после их введения у ряда больных отметили ускорение катализа раковой метастазии. Исходя из этого, мы поставили себе одно условие: введение аутологичных клеток костного мозга (и других клеточных технологий) возможно, но при доказанном отсутствии ракового процесса в организме.

С другой стороны, остаются не решенными ряд уже «проклюнувшихся» идей и технологий. Из них наиболее ценными являются:

1. Туннелирование простаты у больных с дегенеративно-дистрофическими и онкологическими заболеваниями по типу тубусной трансректальной аденомэктомии.
2. Туннелирование легкого при запущенных формах бронхиальной астмы для вызывания бронхолитического хирургического эффекта.
3. Туннелирование головного мозга при различных энцефалопатиях, как в виде чистой технологии, так и в сочетании с клеточными технологиями и принципами микротрансплантации.
4. Широкий аспект сочетанных операций прямой и не прямой реваскуляризации во всех областях хирургии: хронический панкреатит, варикозная болезнь и т.д.
5. Хирургическое лечение мезентериального

тромбоза и некроза кишечника путем туннелирования брыжейки и тонкого кишечника.

6. Введение в трансплантационный арсенал хирургического лечения цирроза печени наравне с родственной, трупной и аллогенной трансплантацией и микротрансплантацией, как родственную, донорскую и трупную.

7. Тубусная резекция внутренних органов, как например, тубусная резекция опухоли толстого кишечника при онкологической непроходимости с последующим стентированием.

8. Пластическая тубусная хирургия, как например, одномоментная пластика больших дефектов тела подкожножировыми трансплантатами аутологичного, родственного и донорского происхождения.

9. Прочие проблемы с позиции «ноу-хау».

Заключение: туннелирование - широкая хирургическая доктрина, позволяющая открыть новые хирургические горизонты в лечении различной ишемической и органной патологии.

### 119. ВАРИАбельНОСТЬ РИТМА СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА ПРИ СОЧЕТАНИИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ ИЛИ ХРОНИЧЕСКИМ БРОНХИТОМ

Ишмурзин Г.П.

Кафедра внутренних болезней №2, КГМУ, г.Казань, Россия

Математический анализ сердечного ритма, лежащий в основе кардиоинтервалографии, является принципиально новым методологическим подходом к оценке функционального состояния различных звеньев регуляции в живом организме. Ритм сердца при этом рассматривается как универсальный индикатор нейровегетативных реакций. Известно, что по средней частоте пульса можно судить лишь о конечных результатах деятельности механизмов адаптации. Сама же деятельность проявляется в вариабельности кардиоинтервалов. Именно изучение вариабельности позволяет выяснить степень активности различных звеньев регуляторного механизма и составить представление о выраженности общей адаптационной реакции организма на то или иное стрессорное воздействие. Сегодня доказано, что влияние парасимпатического отдела ВНС оказывает благотворное влияние на электрофизиологические свойства сердца. Методом инструментальной оценки этих влияний является математический анализ ВРС, которая снижается при ИМ, сердечной недостаточности, а также при применении различных лекарственных препаратов. Превалирование симпатического отдела ВНС полезно лишь до определенного уровня (по показателю индекса напряжения регуляторных механизмов в усл.ед., по отношению мощности низких частот к мощности высоких частот), и, если она превышает определенные значения, то происходит срыв адаптационных механизмов, проявляющаяся нарушением ритма и проводимости, острой левожелудочковой недостаточностью, кардиогенным шоком.

Целью настоящего исследования явилось изучение вариабельности ритма сердца (ВРС) при сочетании острого инфаркта миокарда (ОИМ) с заболеваниями

других органов и систем, в частности, с язвенной болезнью желудка и 12-перстной кишки и хроническим бронхитом.

Обследовано 64 пациента с крупноочаговым ИМ, среди которых 14 пациентов страдали язвенной болезнью желудка и 12-перстной кишки, 22 – хроническим бронхитом и 28 больных не имели эти заболевания. Для определения ВРС мы использовали систему, состоящую из датчика пульса, персонального компьютера IBM с пакетом прикладных программ. Программа предусматривала выполнение спектрального анализа и вариационной пульсометрии на 300 RR интервалах.

При сочетании ОИМ с язвенной болезнью желудка и 12-перстной кишки достоверно снижена плотность волн низких частот  $S_n=12,4\pm 2,3 \text{ мс}^2$  ( $p<0,05$ ), которая без сочетания с ней составила  $S_n=22,8\pm 5,3 \text{ мс}^2$ , что подтверждает активацию симпатического отдела вегетативной нервной системы (ВНС). В то же время при сочетании ОИМ с хроническим бронхитом выявлено снижение плотности волн средних и высоких частот  $S_c=10,8\pm 2,2 \text{ мс}^2$ ,  $S_b=26,9\pm 2,6 \text{ мс}^2$  соответственно, по сравнению с пациентами без сочетания с ним ( $S_c=21,4\pm 3,2 \text{ мс}^2$ ,  $S_b=37,2\pm 3,6 \text{ мс}^2$ ), отражающие снижение влияния парасимпатической нервной системы на синусовый узел.

Коэффициент вариации ( $C_v$ ), указывающий степень вариабельности ритма сердца, достоверно выше при сочетании ОИМ с заболеваниями органов пищеварения, которая составила соответственно  $C_v=7,2=0,5 \text{ у.е.}$  и  $C_v=10,4\pm 3,1 \text{ у.е.}$  Полученные данные указывают на незначительное преобладание парасимпатического отдела ВНС при сочетанной патологии.

Таким образом, полученные данные подтверждают концепцию активации симпатического отдела ВНС при ОИМ. При хроническом бронхите изначально высокая активность парасимпатического отдела ВНС снижается вследствие ОИМ, в то время как, при сочетании ОИМ с язвенной болезнью изначально высокая активность симпатического отдела ВНС не изменяется. Полученные данные подтверждают концепцию Селье – изначально высокая активность симпатического отдела ВНС не может адекватно ответить на повышенные компенсаторные механизмы при ИМ. Частота осложнений достоверно выше при сочетании ИМ с заболеваниями желудочно-кишечного тракта.

### 120. ИНТЕРВЕНЦИОННЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА И ЭНДОТЕЛИАЛЬНАЯ ДИСФУНКЦИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

Казак М.В., Омельяненко М.Г., Томилова И.К., Алексахина Е.Л.,

Пахрова О.А., Гринева М.Р., Романчук С.В.<sup>1</sup>

Кафедра факультетской терапии и профессиональных болезней ГОУ ВПО «Ивановская государственная медицинская академия Росздрава».

<sup>1</sup>ОГУЗ «Ивановский областной кардиодиспансер» г. Иваново.

Актуальность. Реваскуляризация миокарда при ишемической болезни сердца (ИБС) – основное направление развития кардиологии в последние

десятилетия. Технологии и методики ЧТКА и стентирования постоянно совершенствуются, однако доля осложнений ИВ, рестенозов, возобновления клиники стенокардии остается довольно высокой. Существует множество подтверждений того, что эндотелиальная функция (ЭФ) играет важную роль в патогенезе ИБС. Однако исследования, посвященные роли ЭФ в пато- и саногенезе сердечно-сосудистых событий у пациентов, перенесших интервенционное вмешательство, немногочисленны и касаются только коронарных осложнений в ближайшем прогнозе.

**Цель:** оценить состояние эндотелиальной функции у пациентов со стенокардией напряжения и инфарктом миокарда в условиях применения консервативной терапии или интервенционных вмешательств.

**Методы.** Нами обследованы 96 больных: 29 пациентов со стенокардией напряжения (СН), перенесших интервенционное вмешательство (ИВ – чрезкожную транслюминальную баллонную ангиопластику и/или стентирование коронарных артерий) на протяжении предыдущих 5-8 лет (группа I А); 23 пациента с СН, получающих только консервативную терапию (группа I Б); 24 пациента с инфарктом миокарда (ИМ), перенесших ИВ в первые сутки, (группа II А) и 20 пациентов с ИМ, получающих консервативную терапию (группа II Б). У пациентов II группы исследование проводили на 5 сутки ИМ. Для оценки ЭФ определяли концентрацию в плазме крови суммы конечных метаболитов NO (нитраты + нитриты = NO<sub>x</sub>), определенной по методике Грисса. Концентрацию цитрулина (Ц), отражающего активность NO-синтазы, определяли фотоколориметрическим методом. Оценка количества десквамированных эндотелиоцитов (ДЭ) проводилась по методу J. Hladovec.

**Результаты.** Показатели ЭФ у пациентов I группы достоверно не различались в подгруппах А и Б и составили соответственно: концентрация NO<sub>x</sub> в плазме крови – 190,1±9,6 vs 192,0±10,1 мкмоль/л; концентрация Ц – 4,16±0,48 vs 4,63±0,56 ммоль/л; количество ДЭ – 7,7±0,9 vs 7,5±1,1 клеток (p>0,05). Во II группе наблюдались статистически значимые различия между больными в зависимости от метода лечения. Так, у пациентов группы II А по сравнению с группой II Б была достоверно выше концентрация NO<sub>x</sub> и Ц (215,3±9,8 vs 164,2±10,8 мкмоль/л и 5,12±0,48 vs 3,9±0,42 ммоль/л соответственно, p<0,05) и меньше число ДЭ (9,3±0,8 vs 12,4±1,1 клеток, p<0,05). При этом по сравнению с I группой у пациентов группы II А наблюдалось достоверное повышение концентрации NO<sub>x</sub> и Ц и незначимое увеличение числа ДЭ, а у пациентов группы II Б, напротив, достоверное снижение концентрации NO<sub>x</sub> и Ц и увеличение числа ДЭ.

#### **Выводы:**

1. У пациентов с СН, перенесших ИВ или получающих только консервативную терапию, состояние ЭФ не различается.

2. У пациентов с ИМ на 5 сутки после ИВ компенсаторно повышается продукция NO, однако сохраняется умеренно повышенная десквамация эндотелия. Вероятно, этим также можно объяснить быструю положительную динамику у пациентов с ИМ после ИВ.

3. У пациентов с ИМ, получающих консервативную терапию, наблюдается выраженное нарушение ЭФ в виде снижения продукции NO и повышения десквамации эндотелия.

## **121. ДИАГНОСТИКА И ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ИНОРОДНЫХ ТЕЛАХ ЖЕЛУДОЧНО – КИШЕЧНОГО ТРАКТА**

Каирханов Е.К.

Государственный медицинский университет г. Семей, Казахстан

**Цель сообщения** – диагностика и определение тактики лечения при инородных телах желудочно-кишечного тракта в условиях исправительных учреждений в зависимости от места локализации инородных тел.

**Материалы и методы.** Нами проанализировано 103 случая подобных наблюдений, возраст больных колебался от 15 лет до 41 года. Около 95% инородных тел пищеварительного канала наблюдалось в возрасте от 15 до 30 лет, чаще всего инородные тела с целью членовредительства проглатывают осужденные со сроком назначенного лишения свободы до 4 лет. Более половины случаев инородных тел пищеварительного канала установлено на первом году пребывания осужденных в местах отбывания наказания.

**Результаты.** Инородные тела могут локализоваться в любом отделе пищеварительного канала, чаще всего, они задерживаются в желудке - 68 случаев (64,77%). В 12 случаях (11,43%) они самостоятельно выходили естественным путем из желудочно-кишечного тракта. По форме удаленные инородные тела были тупоконечными - (67,9%), реже остроконечными (32,1%) и различной длины: от 7 см - (60,7%) и более 10 см - (8,6%).

В основном диагностика инородных тел пищеварительного тракта основана на анамнезе и данных рентгенологического исследования. Чаще осужденные отмечают факт проглатывания инородных тел. Больные предъявляли жалобы на умеренные боли за грудиной, в животе, тошноту и рвоту. При появлении осложнений в виде перфораций, кровотечений, кишечной непроходимости наблюдалась соответствующая клиническая картина. Наиболее достоверный диагноз можно получить при рентгенологическом исследовании. Для более точного установления локализации инородного тела, а также для диагностики слабоконтрастных и неконтрастных предметов при соответствующих подозрениях, применялась рентгеноскопия желудочно-кишечного тракта с контрастированием.

При инородных телах желудка, двенадцатиперстной кишки, тонкой и толстой кишки в условиях пенитенциарной системы хирургическая тактика, может быть, выжидательной при одиночных инородных телах. В случае отсутствия дальнейшего передвижения их по желудочно – кишечному тракту в процессе наблюдения, при обязательном контрольном рентгенологическом исследовании, показано плановое оперативное лечение. Плановому оперативному лечению подлежат множественные инородные тела, образующие конгломераты, а также инородные тела пищеварительного канала с заостренными концами.

Признаки перфорации желудка, двенадцатиперстной, тонкой и толстой кишки инородными телами с развитием клиники перитонита являются показанием для экстренных оперативных вмешательств.

**Вывод.** Диагностика и выбор тактики лечения при инородных телах желудочно-кишечного тракта в уголовно-исполнительной системе имеют характерные особенности. Объем оперативного лечения зависит от локализации инородных тел, степени передвижения их по пищеварительному каналу и осложнений.

## 122. КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ХРОНИЧЕСКОГО ГАСТРОДУОДЕНИТА У РАБОЧИХ, КОНТАКТИРУЮЩИХ С СОЕДИНЕНИЯМИ ФТОРА

Калинина О.Л.

Кафедра внутренних болезней с курсами профессиональной патологии и военно-полевой терапии ИГМУ, Иркутск, Россия

**Актуальность.** Известно о повышенной частоте хронического гастрита, эрозий, язв желудка и луковицы двенадцатиперстной кишки среди рабочих в различных отраслях промышленности при воздействии разнообразных токсичных веществ (П.Н.Любченко, 1990 и др.). Анализ заболеваемости рабочих ряда алюминиевых заводов Восточной Сибири показал, что патология органов пищеварения занимает одно из ведущих мест.

**Целью** данного исследования было изучение состояния органов гастродуоденальной системы у рабочих Иркутского алюминиевого завода.

**Материалы и методы.** Обследовано 42 рабочих (электролизников, анодчиков, литейщиков). Средний возраст мужчин на момент исследования составил  $53,8 \pm 0,64$  года, стаж работы 20 и более лет. Всем пациентам проводили эндоскопическое исследование гастродуоденальной системы с биопсией из тела желудка и антрального отдела. Выявляли инфицирование желудка *Helicobacter pylori*. Определяли кислотообразующую функцию желудка.

**Результаты:** Жалобы на боли в эпигастриальной области и диспепсические явления предъявляли 19 человек. Субъективные ощущения носили периодический характер и были умеренно выражены. Визуально нормальная слизистая не определялась ни у одного рабочего, хотя субъективная симптоматика отсутствовала у 55% обследованных. Признаки хронического гастрита обнаружены у 88% пациентов. Преимущественно он локализовался в антральном отделе, с наличием эрозий в 19%, участками атрофии слизистой оболочки желудка в 28,5% случаев. Язвенные дефекты слизистой желудка выявлены в 9,5%, полип тела желудка обнаружен в 2,4%. Эндоскопические проявления дуоденита имели место у 23,8% обследуемых, в том числе с эрозивным поражением слизистой двенадцатиперстной кишки (2,4%). Выявлены: деформация луковицы (7%), полип луковицы (2,4%). Наличие контаминации слизистой оболочки желудка *Helicobacter pylori* было отмечено у 73,8% обследованных. Присутствие *Helicobacter pylori* обнаруживалось чаще (в 68% случаев) в слизистой антрального отдела желудка, чем тела желудка. По

результатам исследований биоптатов были обнаружены следующие варианты степени активности воспаления признаки: минимальной – у 13 чел. (30,9%), умеренной – у 12 чел. (28,6%), выраженной – у 17 чел. (40,5%). Гистологические признаки воспаления обнаруживались чаще (73%) в антральном отделе желудка. Морфологические признаки атрофии слизистой оболочки желудка отмечены у 15 чел. (35,7%), чаще в антруме (9 чел. – 60%) или в обоих отделах желудка (4 чел. – 26,7%), чем изолированно в фундальной его части (2 чел. – 13%). Выявлены нарушения дифференцировки эпителия по типу кишечной метаплазии различной степени выраженности у 13 чел. (30,9%). Гиперплазия желез зарегистрирована у 8 чел. (19%).

Интрагастральная pH-метрия выполнена 11 обследованным с умеренной степенью активности воспаления. Повышенная базальная кислотная продукция в области тела желудка выявлена у 6 чел. (54,5%), нормальная – у 2 чел. (18%) и сниженная – у 3 чел. (27%).

**Выводы.** У рабочих производства алюминия поражение слизистой гастродуоденальной системы является нередкой патологией (выявлено у 88% обследованных), с преимущественно (55%) бессимптомным течением, значительной (73,8%) частотой обсеменения *Helicobacter pylori*, нередким наличием эрозий в антральном отделе желудка. Заболевание протекало с умеренно выраженной степенью активности воспалительной реакции и атрофии слизистой оболочки желудка на фоне сохраненной кислотообразующей функции желудка. Учитывая условия труда, лица с выявленной гастродуоденальной патологией могут быть отнесены в группу повышенного риска и профессионального флюороза, с целью диспансерного наблюдения и лечения.

## 123. ПОВЕДЕНЧЕСКИЕ И СОЦИАЛЬНЫЕ ФАКТОРЫ ПРОГРЕССИРОВАНИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У БОЛЬНЫХ РЕВМАТИЧЕСКИМИ ПОРОКАМИ СЕРДЦА

Калягин А.Н., Горяев Ю.А.

Иркутский государственный медицинский университет, Иркутск, Россия

**Актуальность:** хроническая сердечная недостаточность (ХСН) является закономерным итогом всех органических заболеваний сердца, её распространённость, социальная и экономическая значимость – велики. Большинство современных исследований ХСН выполнены у больных, страдающих ишемической болезнью сердца и/или артериальной гипертензией. В то время как довольно велика группа лиц, страдающих клапанными пороками сердца, в частности – ревматическими. Актуальным является изучение факторов риска прогрессирования хронической сердечной недостаточности у этой категории пациентов.

**Цель:** оценить роль поведенческих и социальных факторов в прогрессировании ХСН у больных РПС.

**Материалы и методы:** для количественной оценки факторов риска прогрессирования ХСН больные были разделены на 2 группы: 1 – больные, у которых имеется компенсированная ХСН (I-IIa стадий по классификации

В.Х. Василенко и Н.Д. Стражеско, 1935 или по классификации ВНОК/ОССН, 2003) – 428 (74,0%), и 2 – больные, имеющие декомпенсированную ХСН (IIб-III стадии по указанным классификациям) – 150 (26,0%). По специально составленной анкете в каждой из этих групп проводилось выявление наиболее значимых, в соответствии с данными литературы, факторов риска.

**Результаты:** практически постоянный приём НПВП был выявлен у 39 (6,7% от 578 человек) больных, в основном это были лица, страдающие тяжелыми заболеваниями позвоночника и суставов (OR=4,1, p<0,001). В то же время вредные привычки – курение, злоупотребление алкоголем и солью – вносят серьёзный вклад в декомпенсацию ХСН. Злоупотребление алкоголем зарегистрировано у 29 (5,0%) больных (OR=2,4, p=0,037). Менее значимо курение, которое выявляется у 77 (13,3%) больных с РПС (OR=1,7, p=0,017). Злоупотребление солью представляет собой наиболее массовую проблему, т.к. встречается у 241 (41,7%) человека (OR=1,3, p=0,007). Тяжёлый физический труд продолжительностью не менее 5 лет в анамнезе был установлен у 96 (16,6%) больных. Показано, что этот фактор риска оказался значимым в группе декомпенсированных больных (OR=2,2, p<0,001). Одновременно с этим и гиподинамия выявлена у 223 (38,6%) больных, она является важным фактором риска декомпенсации ХСН у больных с РПС (OR=1,8, p<0,001). Одна из важных проблем – низкая комплаентность, она выявлена у 339 (58,6%) человек (OR=1,6, AP=31,5%, p<0,001). Низкий уровень жизни выявлен у 119 (20,6%) больных (OR= 0,7). Несоблюдение режима бициллинопрофилактики определялось в зависимости от существующих критериев проведения бициллинопрофилактики больным с РПС. В нашем исследовании потребность в проведении бициллинопрофилактики испытывали 90 (15,5%) больных, но большая их часть была в группе компенсированной ХСН, т.к. в ней находятся более молодые пациенты (OR=0,2). Тем не менее, неправильно будет рассматривать данный фактор как фактор защиты.

**Выводы:** факторы риска могут быть распределены по частоте встречаемости у больных следующим образом: низкая комплаентность (58,6%), злоупотребление солью (41,7%), гиподинамия (38,6%). Именно эти наиболее частые факторы риска, несмотря на то, что их OR колеблется от 1,3 до 1,8 являются главными направлениями профилактики прогрессирования ХСН, этот факт подтверждает довольно высокий AP этих факторов риска – от 13,0% до 31,5%.

#### 124. АНАЛИЗ ПРИЧИН НЕКОНТРОЛИРУЕМОЙ АТОПИЧЕСКОЙ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ

Камашева Г.Р.  
Казанский государственный медицинский университет, Казань, Россия

Ингаляционное введение препаратов поддерживающей терапии при атопической бронхиальной астме (АБА) создает максимальную их концентрацию непосредственно в дыхательных путях, что позволяет контролировать хроническое

аллергическое воспаление и значительно уменьшает риск побочных системных эффектов. Однако установлено, что ошибки в технике ингаляции с использованием дозированных аэрозольных ингаляторов (ДАИ) значительно снижают эффективность терапии и способствуют развитию неконтролируемой АБА.

**Цель исследования:** установить причины неконтролируемой АБА при проведении поддерживающей терапии с использованием ДАИ.

**Материалы и методы:** проведена оценка техники ингаляции у 20 пациентов с неконтролируемой АБА в возрасте от 35 до 56 лет, получающих ингаляционные глюкокортикостероиды в форме ДАИ. Объем поддерживающей терапии, назначенный лечащим врачом, соответствовал тяжести течения АБА.

**Результаты и их обсуждение:** при оценке техники ингаляции ДАИ выявлены следующие ошибки: у 55% пациентов отсутствовала синхронизация вдоха с действием ингалятора, у 40% - при проведении ингаляции голова была наклонена вперед, 40% больных забыли встряхнуть ингалятор перед использованием, 70% - не задержали дыхание на высоте вдоха на 10 секунд. Из 8 пациентов, которым препарат был назначен по 2 дозы, 4 больных производили два нажатия на дно ингалятора, после чего делали вдох. Анализ данных анамнеза показал, что только 15% пациентов периодически при ингаляции ДАИ использовали спейсеры. Лишь у 20% больных ошибок выявлено не было и с учетом отсутствия контроля над АБА им была проведена коррекция поддерживающей терапии.

**Выводы:** частыми причинами неконтролируемой АБА при назначении адекватной поддерживающей терапии являются ошибки в технике ингаляции лечебных препаратов, что требует регулярной оценки лечащим врачом навыков пациента.

#### 125. ИММУНОМОДУЛИРУЮЩАЯ ТЕРАПИЯ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ФУРУНКУЛЕЗЕ

Камашева Г.Р.  
Казанский государственный медицинский университет, Казань, Россия

В развитии хронического фурункулеза (ХФ) особое значение уделяется нарушениям фагоцитарного звена иммунитета. Важным аспектом в предупреждении рецидивов и лечении ХФ является сочетание базовой терапии с рациональной иммунокоррекцией.

**Цель исследования:** оценка эффективности иммуномодулирующего препарата - полиоксидоний в терапии ХФ.

**Материалы и методы:** основную группу составили 28 больных ХФ в возрасте от 21 до 54 лет (36,5±11,5 лет). Длительность заболевания составила 22,6±8,1 мес, частота обострений в год – 4,9±1,6. Кожный процесс характеризовался наличием множественных фурункулов, сопровождающихся подъемом температуры и интоксикацией. Показаниями для назначения полиоксидония явились снижение абсолютного количества лейкоцитов и нейтрофилов, показателей теста фагоцитоза и НСТ-теста в период обострения ХФ. Препарат назначался в дозе 12 мг 3 раза в день per os в течение 14 дней. Группу контроля составили 10 больных ХФ в возрасте 35,4±9,5 лет. Длительность заболевания,

частота обострений в течение года, а также показатели иммунного статуса достоверно не отличались от показателей основной группы. Всем пациентам проводилась местная обработка пустулезных элементов, а также системная антибиотикотерапия.

Результаты и их обсуждение: улучшение клинической картины заболевания в ходе проводимой терапии имело место у всех наблюдаемых пациентов. В основной группе высыпания полностью купировались в течение  $6,8 \pm 1,2$ , в контрольной группе – в течение  $8,7 \pm 1,2$  дней ( $p < 0,001$ ), длительность курса антибиотикотерапии составила  $6,1 \pm 1,0$  и  $7,7 \pm 1,15$  дней соответственно ( $p < 0,001$ ). Наблюдение за больными в течение года после проведенного лечения показало достоверное снижение частоты обострений до  $1,11 \pm 1,07$  раз в год ( $p < 0,001$  по сравнению с показателями до начала лечения) в контрольной группе, в то время как в основной группе данный показатель существенно не изменился и составил  $4,5 \pm 1,08$  обострений в год. Улучшение клинической картины заболевания у пациентов контрольной группы сопровождалось нормализацией показателей фагоцитарного звена иммунитета.

Выводы: применение полиоксидония у больных ХФ с нарушениями фагоцитарного звена иммунитета позволяет значительно сократить частоту, продолжительность обострений ХФ и длительность курса антибиотикотерапии.

## 126. ТОПИЧЕСКИЕ КОРТИКОСТЕРОИДЫ В ТЕРАПИИ МЕДИКАМЕНТОЗНОГО РИНИТА

Камашева Г.Р., Сигитова О.Н., Щербакова А.Г.

Казанский государственный медицинский университет, Казань, Россия

Основным симптомом различных форм ринитов является нарушение носового дыхания, требующее назначения симптоматической терапии с использованием топических деконгестантов. Однако, их длительное применение приводит к развитию медикаментозного ринита, сопровождающегося снижением чувствительности  $\alpha$ -адренорецепторов (тахифилаксии), усилением отека слизистой полости носа и назальной гиперреактивностью.

Цель исследования: оценка клинической эффективности топических кортикостероидов в терапии медикаментозного ринита.

Материалы и методы: под наблюдением находилось 18 пациентов с медикаментозным ринитом в возрасте от 25 до 52 лет ( $32,3 \pm 4,3$  года). Средняя длительность применения деконгестантов составила  $14,4 \pm 6,1$  мес. Препараты применялись пациентами от 3 до 8 раз ( $3,2 \pm 1,2$ ) в сутки. Для купирования симптомов медикаментозного ринита и последующей отмены деконгестантов нами использовался топический кортикостероид Тафен-назаль в дозе 400 мкг в сутки в течение 2 недель и далее 200 мкг в сутки. Продолжительность терапии составила 6 недель. Клиническая эффективность проводимой терапии оценивалась на 2, 4 и 6 неделе лечения.

Результаты и их обсуждение: к концу 2 недели лечения носовое дыхание улучшилось у 100% больных. Кратность применения деконгестантов в течение суток

уменьшилась до  $2,1 \pm 0,9$  ( $p < 0,001$ ), к концу 4 недели – до  $0,6 \pm 0,5$  ( $p < 0,001$ ), на 6 неделе лечения – до  $0,1 \pm 0,2$  раз в сутки ( $p < 0,001$ ). Достичь полной отмены сосудосуживающих средств удалось у 10 пациентов через 4 недели после начала терапии и у 7 больных к концу 6 недели. Лишь у 1 пациента сохранились проявления медикаментозного ринита, при этом потребность в деконгестантах у него снизилась с исходных 8 до 2 раз в сутки.

Выводы: топические кортикостероиды позволяют эффективно купировать симптомы медикаментозного ринита, вызванного применением деконгестантов, и значительно повышают качество жизни пациентов.

## 127. МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ HERPES ZOSTER

Караганова О.В., Мартынов В.А., Романова Н.Н., Абросимова Л.М.

Рязанский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова, Рязань, Россия

В последние десятилетия наблюдается неуклонный рост заболеваемости оппортунистическими инфекциями, что служит своеобразным индикатором экологического и социального неблагополучия страны.

Нами изучена клиника Herpes zoster у 422 больных за период с 1990 по 2009 год. Начиная с 2000 года, число пациентов, по сравнению с предыдущим десятилетием, утроилось – с 98 до 324. Наибольшую часть больных составляли лица пожилого возраста – 78,0%, а среди них женщины – 76,9%. Причиной изменения иммунного статуса и активации вируса Varicella zoster у пожилых могли служить возраст, различные сопутствующие заболевания сердечно-сосудистой, бронхо-легочной, пищеварительной, эндокринной систем, онкология с лучевой терапией и переохлаждение. Молодые пациенты с Herpes zoster, 20-35 лет (22,0%), преимущественно мужчины (75,3%), стали появляться после 2000 года, что в известной степени, определяло рост общего числа больных. Они составляли 28,7% от общего числа пациентов этого периода. Факторами, провоцирующими Herpes zoster у молодых, по-видимому, служили асоциальное поведение, наркомания, алкоголизм, у некоторых – сопутствующие хронические гепатиты В и С или ВИЧ-инфекция. Появлению молодежного герпеса предшествовала вспышка парентеральных гепатитов в 1998-1999 годах, связанная с подъемом наркомании.

В клинической картине в первые дни болезни в большинстве случаев наблюдались слабость, головная боль, субфебрилитет, и диагностировались грипп и ОРВИ. Иногда инициальными были сильные односторонние боли в области головы, лица или грудной клетки. Тогда диагностировалась невралгия. Пузырьковые высыпания на коже появлялись на 3-4 день. Существенных нарушений общего самочувствия пациентов не наблюдалось. Температура тела, как правило, не превышала  $38, \dots ^\circ\text{C}$ . В большинстве случаев – 87,4% герпетические высыпания локализовались на голове, лице, в зоне иннервации I ветви тройничного нерва, на грудной клетке по ходу межреберных нервов или на плече. Такая клиника в основном наблюдалась у пожилых – 85,9%, а среди них – у женщин – 79,2%. Сыпь носила везикулезно-пустулезный характер. Отсев

элементов сыпи и генерализация наблюдались в единичных случаях – 3,0%.

Атипичное поражение кожи ягодицы, бедра, паха, поясницы или генерализованная сыпь обнаружены в 12,6% случаев. Сыпь состояла из пустул, иногда геморрагических везикул, корочек, нередко имела сливной характер и сопровождалась регионарным лимфаденитом – 24,5%. Такая клиника наблюдалась у мужчин – 85,9%, из них молодого возраста – 77,8%. Следует отметить более позднюю госпитализацию молодых пациентов – на 3 и даже 5 день от момента высыпаний – 77,4% в сравнении с пожилыми – на 1-2 день – 81,8%.

**Выводы.**

1. За последнее десятилетие Herpes zoster характеризовался увеличением заболеваемости среди лиц пожилого возраста и вовлечением в нее молодых мужчин.
2. За период наблюдения проявления болезни у пожилых сохранили свои классические черты, не претерпев каких-либо изменений.
3. Клинической особенностью Herpes zoster у молодых пациентов явились атипичная локализация высыпаний «ниже пояса» со склонностью к генерализации и поздняя госпитализация.
4. Рост заболеваемости Herpes zoster свидетельствует о формировании иммунодефицита среди пожилого населения в связи с экологическим неблагополучием (стрессы, недоедание) и среди молодежи – в силу асоциального образа жизни (наркомания, алкоголизм).

### 128. ЦИТОКИНОВЫЙ ПРОФИЛЬ И ФАГОЦИТОЗ У ДЕТЕЙ ЧАСТО БОЛЕЮЩИХ ОСТРЫМИ РЕСПИРАТОРНЫМИ ВИРУСНЫМИ ИНФЕКЦИЯМИ

Карпова Н.И., Малезик Л.П.

ГОУ ВПО Читинская государственная медицинская академия, Чита, Россия

Респираторно – вирусные инфекции являются проблемой не только медицинской, но и социальной. Согласно официальной статистике, ОРВИ среди заболеваний детского возраста занимают первое место. В последнее время возросло число детей неоднократно переносящих данную патологию. Известно, что частые вирусные инфекции обуславливают в дальнейшем высокую вероятность хронической патологии. Причиной тому являются персистирующие вирусные агенты, которые поддерживают воспалительные реакции, вызывают иммуносупрессию, облегчают проникновение бактериальных агентов и играют значительную роль в формировании осложнений. Патогенетической основой частых ОРВИ у детей является иммунологическая недостаточность.

**Цель:** оценить состояние фагоцитарной активности и цитокиновый профиль у детей с частыми респираторно - вирусными инфекциями.

**Материалы и методы.** Исследования проведены среди 45 детей в возрасте от 1 года до 6 лет.

Контрольную группу составили 20 здоровых детей, сопоставимых по возрасту и полу. В крови детей изучена фагоцитарная активность стимулированных продигозаном фагоцитов. Количественное определение цитокинов: интерлейкина-4(ИЛ-4), фактора некроза опухолей  $\alpha$  (ФНО $\alpha$ ), интерлейкина-8 (ИЛ-8), интерлейкина 1 $\beta$  (ИЛ-1 $\beta$ ), интерлейкина-10 (ИЛ-10) определяли методом ИФА.

В результате проведенных исследований установлено, что число фагоцитов вступивших в фагоцитоз практически не отличается от показателей здоровых детей, но их поглотительная активность снижена, что свидетельствует о функциональной несостоятельности фагоцитов. Выявлено, что в сыворотке больных детей значительно повышались уровни следующих цитокинов: ИЛ-1 $\beta$ , ИЛ-8, ФНО $\alpha$ , ИЛ-10. Уровень ИЛ-4 соответствовал показателям здоровых детей.

**Выводы.**

1. У детей с частыми респираторными инфекциями имеется функциональная несостоятельность фагоцитов.
2. Определены достоверные изменения концентрации про- и противовоспалительных цитокинов у детей с частыми вирусными инфекциями, что свидетельствует о высокой антигенной стимуляции клеток продуцентов.

### 129. ОЦЕНКА ГИПОТЕНЗИВНОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЭСКОРДИ КОРА У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ

Ким З.Ф., Гайфуллина Р.Ф., Ахмерова Р.И., Подольская А.А.

ГОУ ВПО «Казанский государственный медицинский университет»

**Цель работы:** изучить гипотензивную эффективность S-амлодипина в сравнении с ингибиторами ангиотензинпревращающего фермента (иАПФ).

**Материал и методы.** Обследовано 2 группы больных гипертонической болезнью (ГБ), госпитализированных в кардиологическое отделение БСМП-1 с острым коронарным синдромом (ОКС). Первую группу составили 60 человек 41-82 лет (средний возраст 66,46 $\pm$ 3,11 лет): 18 мужчин и 42 женщины. В их числе 32 чел с острым инфарктом миокарда (ОИМ), 22 чел – со стенокардией напряжения (СН) III-IV ФК, 6 чел – с фибрилляцией предсердий(ФП). Вторую группу -38 чел 52-79 лет, (средний возраст 68,65 $\pm$ 1,83 года) составили 13 мужчин и 25 женщин: ОИМ диагностирован у 18 пациентов, СН III-IV ФК – у 15, ФП – у 5 больных. 1-я группа пациентов получала эналаприл в дозе от 2,5 мг до 10 (20) мг/сут, 2-я – Эскорди Кор от 2,5 до 5 (10) мг/сут. Статистическая обработка проводилась с использованием стандартного пакета программ STATISTICA.

**Результаты и выводы.** При поступлении в стационар умеренная артериальная гипертония (АГ) была выявлена у 42 пациентов (70%) первой группы и 14 пациентов (23,3%) второй, тяжелая артериальная гипертония соответственно у 18 (30%) и 24 (66,7%) пациентов. Показатели АД в первой группе в среднем составили систолическое (САД) 155,08 $\pm$ 7,53 и диастолическое

(ДАД)  $88,33 \pm 3,09$ , а во второй группе  $174,78 \pm 9,09$  и  $97,82 \pm 4,12$  соответственно. Через 12 дней применения эналаприла в максимальных терапевтических дозировках целевые цифры АД ( $<140/90$  мм рт.ст.) были достигнуты у 48 человек (80%) САД  $129,41 \pm 1,92$  и ДАД  $77,33 \pm 1,86$ , однако, у 12 (20%) АД по-прежнему превышало рекомендуемые значения. Этим пациентам был добавлен индапамид 2,5 мг/сут. Во всех случаях комбинированной терапии она оказалась эффективной. 2 пациента (3,33%) отметили появление сухого кашля на фоне приема эналаприла. В группе эсмордикора результаты антигипертензивной терапии несколько иные: целевые цифры АД ( $<140/90$  мм рт.ст.) через 12 дней приема препарата были достигнуты у всех 38 человек (100%) САД  $128,47 \pm 4,98$  и ДАД  $79,95 \pm 2,02$ . В этой группе пациентов побочных эффектов не наблюдалось. Таким образом, у больных ГБ со 2-3 степенями АГ монотерапия эсмордикором в дозе 2,5-10 мг/сут приводит к наиболее эффективному снижению АД в отсутствие побочных эффектов.

### 130. УРОВЕНЬ СВОБОДНОРАДИКАЛЬНЫХ ПРОЦЕССОВ В ПЕЧЕНИ КРЫС ПРИ СОЧЕТАННОМ ВОЗДЕЙСТВИИ ЭТАНОЛА И НЕКОГЕРЕНТНОГО ИМПУЛЬСНОГО ИЗЛУЧЕНИЯ.

Кирилов А.А., Тимуш А.В., Иванова И.П.

ГОУ ВПО НижГМА НИИ ПФМ лаборатория физико-химических исследований, Нижний Новгород, Россия

Цель исследования. Функциональная активность печени во многом влияет на метаболизм других органов и систем. При этом функциональная активность гепатоцитов обеспечивает защиту от воздействия токсических продуктов обмена при воздействии физико-химических факторов. Известно, что большинство обменных процессов организма протекают в печени. К примеру, все этапы углеводного обмена (гликолиз, цикл трикарбоновых кислот, пентозофосфантый путь, глюконеогенез и т.д.) проходят в гепатоцитах (Демецкий А.М., Алексеев А.Г., 1981; Беляев Д.Г., 2002).

Детоксикация ядовитых метаболитов и чужеродных соединений, протекающая в гепатоцитах, складывается из биотрансформационных реакций окисления, восстановления, гидролиза и конъюгации. Причем, метаболическим преобразованиям могут подвергаться и биологически активные вещества эндогенного происхождения (Берёзов Т.Т., Коровкин Б.Ф., 1990). В связи с этим целью работы явилась оценка интегрального уровня свободно-радикальных процессов в печени при сочетанном влиянии этанола и некогерентного импульсного излучения, как оценка общего уровня изменения метаболических процессов.

В связи с поставленной задачей проводилась оценка интегрального уровня свободно-радикальных реакций.

Материалы и методы. В эксперименте использовали белых беспородных крыс. Животных разбили на следующие группы: 1. Введение внутрибрюшинно стерильного раствора Хенкса (контрольная группа), 2. Введение внутрибрюшинно стерильного раствора Хенкса с последующим воздействием НИИ, 3. Введение внутрибрюшинно 25% раствора этанола, 4. Введение

внутрибрюшинно 25% раствора этанола с последующим воздействием некогерентным импульсным излучением. Этанол вводили внутрибрюшинно в дозе 3 мл на 150 грамм массы тела животного. На следующий день после воздействий животных декапитировали под эфирным наркозом и отбирали печень. После печень растирали в жидком азоте, и разводили раствором Хенкса 1:2. Центрифугировали 15 минут при 3000 оборот/мин. Супернатант отбирался для дальнейшей оценки уровня индуцированной хемилюминесценции.

Оценку свободно-радикальных процессов проводили с помощью метода биохемилюминесценции (Кузьмина Е.Н., 2000). Измерения проводили на биохемиллю-минометре БХЛ-6 (Н.Новгород).

Результаты и их обсуждение. В ходе работы было показано, что при воздействии некогерентного импульсного излучения на интактных животных в печени возрастает уровень ХЛ в 1,8 по сравнению с крысами без обработки. Подобные изменения могут быть в результате включения дополнительных свободных радикалов, образующихся в результате воздействия некогерентного импульсного излучения, в окислительно-восстановительные процессы в печени.

При введении исследуемым животным этанола в печени наблюдалось достоверное увеличение уровня хемилюминесценции в 2 раза. Такой эффект обусловлен тем, что этанол при попадании в клетку нарушает обменные процессы, которые и приводят к увеличению окислительных процессов.

При сочетанном воздействии этанола и некогерентного импульсного излучения в печени животного уровень хемилюминесценции не изменился и был достоверно выше контрольной группы в 1,75 раза. Можно заключить, что при сочетанном воздействии, окислительный эффект оказываемый изучаемыми факторами в отдельности, не приводит к их увеличению при сочетанном воздействии.

Выводы. Сочетанное воздействие этанола и некогерентного импульсного излучения оказывает достоверное изменение на уровень свободно-радикальных процессов. Но в тоже время достоверно не отличается от уровня свободно-радикальных процессов при отдельном воздействии этанола или некогерентного импульсного излучения.

### 131. ФАКТОРЫ РИСКА И ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОЙ И ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ У ПАЦИЕНТОВ С ГАСТРО-ЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНЬЮ НА ПРИМЕРЕ ПАЦИЕНТОВ ПЕРМСКОЙ КРАЕВОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЫ

Китаева Е.А., Туев А.В., Хлынова О.В.

ГОУ ВПО ПГМА им. академика Е.А.Вагнера Росздрава, г. Пермь, Россия.

Из литературы известно, что проблема гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (ГЭРБ) в последнее время привлекает внимание ученых и практикующих врачей многих стран мира. Это связано, в первую очередь, с ростом распространенности ГЭРБ и широким спектром предъявляемых пациентами жалоб.

Цель исследования: изучить факторы риска развития и особенности клинических проявлений ГЭРБ у

пациентов, находившихся на стационарном лечении в гастроэнтерологическом отделении Пермской краевой клинической больницы.

**Материалы и методы.** Обследовано 20 пациентов мужского пола в возрасте от 20 до 56 лет, страдающих ГЭРБ. Средний возраст обследуемых составил  $33,35 \pm 8,48$  лет, средний ИМТ –  $24,11 \pm 2,96$  кг/м<sup>2</sup>. Средний стаж ГЭРБ составил  $4,06 \pm 2,56$  лет. Впервые диагноз ГЭРБ был установлен в возрасте от 17 до 54 лет (средний возраст дебюта заболевания –  $31,75 \pm 10,2$  лет). Среди обследованных пациентов курящими были 9 человек (45%). 8 человек (40%) занимались физическим трудом, 8 человек (40%) были лица умственного труда и 4 человек (20%) относили свою профессию к категории смешанного труда.

Всем пациентам, включенным в исследование, с целью детализации жалоб и определения факторов риска развития ГЭРБ, было проведено анкетирование. Для верификации диагноза проводилась эзофагогастродуоденоскопия (ЭФГДС), рентгенография желудочно-кишечного тракта с барием, клиническое обследование.

Статистическая обработка полученных данных проводилась на персональном компьютере Intel Pentium Core2 DUO с использованием программы STATISTICA 6.0. Нулевая гипотеза отвергалась при значении уровня статистической значимости  $p < 0,05$ .

**Результаты и их обсуждение:** При детальном расспросе пациентов жалобы на изжогу выявлялись в 100% случаев. При этом 14 пациентов (70%) испытывали изжогу ежедневно, 6 пациентов (30%) указывали на появление изжоги более 3х раз в неделю. Наиболее частым провоцирующим фактором возникновения изжоги 70% респондентов (14 человек) назвали прием жирной, жареной пищи. У 15% пациентов (3 человека) изжога усиливалась при наклонах туловища после еды, 15% респондентов отметили возникновение изжоги на фоне погрешностей в питании в сочетании с курением. Для купирования изжоги 60% пациентов (12 человек) пользовались различными антацидами, 25% (5 человек) пациентов отмечали положительный эффект на фоне приема ингибиторов протонной помпы, и лишь в 15% случаев (3 человека) изжога проходила самостоятельно.

Жалобы на отрыжку кислым отметили 50% респондентов, отрыжка воздухом и съеденной пищей беспокоила 35% и 30% пациентов соответственно. Заброс пищи в пищевод при наклонах туловища отмечали 8 пациентов (20%). Боли в эпигастрии и за грудиной встречались в 50% случаев. Интересно, что у 70% пациентов (14 человек) отмечалось сочетание тех или иных симптомов.

Согласно данным ЭФГДС, у 45% пациентов были выявлены признаки катарального эзофагита, эрозивный эзофагит I и II ст. по эндоскопической классификации Savary-Miller выявлялся в 40% и 15% случаев соответственно. У 15% пациентов была обнаружена грыжа пищеводного отверстия диафрагмы.

Поведенный корреляционный анализ с использованием коэффициента ранговой корреляции  $r_s$  Спирмена выявил прямую взаимосвязь между курением и такими клиническими симптомами ГЭРБ, как изжога и отрыжка ( $r=0,52$ ,  $p=0,016$  и  $r=0,52$ ,  $p=0,023$  соответственно). Также прямая взаимосвязь установлена

между ИМТ и изжогой ( $r=0,52$ ,  $p=0,018$ ), ИМТ и эндоскопическими стадиями эзофагита ( $r=0,57$ ,  $p=0,007$ ).

**Выводы.** У пациентов с ГЭРБ среди эзофагеальных симптомов заболевания с разной степенью частоты встречаются изжога, отрыжка, боли в эпигастрии и за грудиной, а также их сочетание. Эндоскопические варианты патологии пищевода при ГЭРБ также неоднородны. Одними из наиболее часто встречающихся факторов риска развития ГЭРБ можно считать курение и избыточную массу тела.

### 132. КЛИНИКО-ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ЭРОЗИВНО-ЯЗВЕННЫХ ПОРАЖЕНИЙ ВЕРХНИХ ОТДЕЛОВ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА У БОЛЬНЫХ ЛЕПТОСПИРОЗОМ И ГЛПС.

Клочков И.Н., Мартынов В.А.

ГОУ ВПО Рязанский государственный медицинский университет им. академика И. П. Павлова МЗ РФ. г.Рязань. Российская Федерация.

Лептоспироз и ГЛПС одни из наиболее распространенных и тяжелых природно-очаговых зоонозных заболеваний, представляющих угрозу жизни больного. Тяжесть течения и прогноз при этих заболеваниях связаны с осложнениями, в число которых входят инфекционно-токсический шок, острая почечная недостаточность, печеночно-почечная недостаточность, геморрагический синдром, характеризующийся кровоизлияниями в жизненно важные органы, желудочно-кишечными кровотечениями, которые могут стать причиной летальных исходов. При этих заболеваниях нередко наблюдается симптоматика, обусловленная патологией ЖКТ которой не уделяется должного внимания.

**Цель исследования** – клинико-морфологическая характеристика эрозивно-язвенных поражений верхних отделов ЖКТ у больных лептоспирозом и ГЛПС.

**Материалы и методы.** В эндоскопическом кабинете инфекционного отделения Рязанской клинической больницы им. Н. А. Семашко обследовано 50 пациентов с лептоспирозом и ГЛПС. Из них: мужчин-33 и женщин-17 в возрасте от 16 до 71 года. В 60% случаев заболевание протекало в тяжелой и среднетяжелой, в остальных в легкой форме. ЭГДС проводилась в первые сутки госпитализации с забором материала на цитоморфологическое исследование и диагностику пилорического хеликобактериоза.

**Результаты и обсуждения.** В результате проведенных исследований выявлены: эрозивно-фибринозный эзофагит - у 3, поверхностный гастрит – у 15 пациентов, гастрит с геморрагическим компонентом - у 4, эрозивный гастрит - у 12, эрозивный бульбит – у 3, язва желудка - у 3, язва луковицы ДПК - у 10. Из них в 12 случаях наблюдалось сочетанное поражение желудка и луковицы ДПК. В 3 случаях выявлена угроза кровотечения из язвы луковицы ДПК.

Достоверных различий в частоте и выраженности поражений верхних отделов ЖКТ при лептоспирозе и ГЛПС не установлено. В то же время частота возникновения этих поражений была достоверно выше ( $p < 0,05$ ) при более тяжелом течении основного

заболевания и взаимосвязана со степенью выраженности почечного синдрома и уровнем азотемии.

При микроскопическом исследовании отмечается очаговая или диффузная лейкоцитарная и лимфоцитарная инфильтрация межжелудочковой соединительной ткани и собственной пластинки различной степени выраженности. Характерны изменения сосудов микроциркуляторного русла, заключающиеся в резко выраженном полнокровии и утолщения стенок капилляров. На фоне полнокровных сосудов обнаруживались очаговые кровоизлияния, преимущественно в поверхностных отделах слизистой оболочки различной протяженности. При цитологическом исследовании мазков-отпечатков отмечена существенная пролиферация клеток покровно-ямочного эпителия на фоне большого количества клеточных элементов воспаления, что является проявлением компенсаторно-приспособительных процессов в слизистой оболочке желудка.

В 36,7% эрозивно-язвенные поражения верхних отделов желудочно-кишечного тракта были ассоциированными с *Helicobacter pylori*. «Обсемененность» слизистой оболочки желудка *Helicobacter pylori* была незначительной. На ряду со спиральными присутствовали и кокковые формы. В этих же случаях отмечены признаки атрофии покровно-ямочного эпителия с развитием склеротических процессов в строме.

**Заключение.** Таким образом, у больных лептоспирозом и ГЛПС, закономерно выявляются изменения слизистой оболочки верхних отделов желудочно-кишечного тракта, от минимальных (поверхностный гастрит), до эрозивно-язвенных, соответствующие тяжести течения основного заболевания и выраженности почечного синдрома. Морфологические изменения слизистой желудка, при этих инфекционных заболеваниях были неспецифичными и характеризовались изменениями сосудов микроциркуляторного русла, увеличением количества внутриэпителиальных лимфоцитов и очаговыми кровоизлияниями, приводящими к острому эрозивным повреждениям эпителия. Указанные изменения имеют неспецифический характер, а в части случаев в механизмах поражения ЖКТ может иметь значение *Helicobacter pylori*.

### 133. НЕАЛКОГОЛЬНАЯ ЖИРОВАЯ БОЛЕЗНЬ ПЕЧЕНИ (НЖБП) И КОМПОНЕНТЫ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА ПРИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ (АГ)

Кожин П.М., Антонов Д.А.

Клиника Научного Центра Клинической и Экспериментальной Медицины СО РАМН, г. Новосибирск, Российская Федерация.

Неалкогольная жировая болезнь печени является одним из самых распространенных заболеваний в гепатологии, приводящим к ухудшению качества жизни, повышению риска возникновения сердечно-сосудистых заболеваний, независимо от других предикторов и проявлений метаболического синдрома, инвалидизации и смерти.

**Целью исследования** являлось изучение особенности сочетания неалкогольной жировой болезни печени с гипертонической болезнью и ее взаимосвязь с компонентами метаболического синдрома.

**Материалы и методы.** Обследовано 64 пациента с гипертонической болезнью 2-3 стадии, 2й степени, средний возраст 53,85±1,29 года. Диагноз АГ ставился в соответствии с рекомендациями Всемирной организации здравоохранения и Международного общества по изучению артериальной гипертонии (ВОЗ/МОАГ) 1999 года. Определялись следующие показатели: индекс массы тела (который определяли как отношение массы тела (кг) к росту в квадрате (м<sup>2</sup>)), объем талии, показатели липидного спектра (общий холестерин, триглицериды, а-хлестерин, липопротеины низкой плотности), гамма-глутамилтранспептидаза (ГГТП), мочевого кислота, глюкоза в капиллярной крови, скорость клубочковой фильтрации, индекс массы миокарда по формуле PENN. Группу сравнения составил 31 пациент без жировой болезни печени, средний возраст 54,6±1,72 года и 33 пациента с жировой болезнью печени средний возраст 53,0±1,97 года.

**Результаты:** Различия между контрольной группой и пациентами с жировой болезнью печени были получены относительно индекса массы тела  $p < 0.01$  27,78±0,62 34,37±1,20 кг/м<sup>2</sup>, объема талии  $p < 0.01$  93,62±2,09 107,12±2,93 см, скорости клубочковой фильтрации  $p < 0.01$  74,48± 2,32 78,85±2,22 мл/мин, ГГТП  $p < 0.05$  67,34± 25,40 72,73±19,35 Ед/л. Анализ частоты сочетания жировой болезни печени от стадии гипертонической болезни установил отсутствие достоверных отличий, различия получены по уровню триглицеридов  $p < 0.01$  1,59±0,10 2,47±0,28 ммоль/л, а-холестерина  $p < 0.05$  1,45± 0,06 1,32±0,22 ммоль/л, липопротеинов низкой плотности  $p < 0.05$  3,79±0,16 3,20±0,19 ммоль/л, скорости клубочковой фильтрации  $p < 0.05$  98,83±4,67 96,30± 10,14 мл/мин, соответственно для 2й и 3й стадии. Различия между пациентами без жировой болезни печени и при ее наличии при 2й стадии получены по индексу массы тела  $p < 0.01$  28,11±0,95 32,82±1,21 кг/м<sup>2</sup>, ГГТП  $p < 0.01$  39,52±12,38 81,89±30,07 Ед/л, а-холестерина  $p < 0.05$  1,57±0,08 1,35±0,09 ммоль/л, скорости клубочковой фильтрации  $p < 0.01$  86,18±4,63 109,58±6,93 мл/мин соответственно; при 3й стадии по индексу массы тела  $p < 0.01$  27,91± 1,98 38,96± 3,59 кг/м<sup>2</sup> и общему холестерину  $p < 0.05$  5,16± 0,40 6,16± 0,19 ммоль/л соответственно.

Таким образом, неалкогольная жировая болезнь печени у пациентов с гипертонической болезнью характеризуется более выраженными метаболическими изменениями в липидном спектре, сопровождается повышенным уровнем независимых предикторов сердечно-сосудистого риска, таких как индекс массы тела, объем талии, ГГТП, по сравнению с пациентами, страдающими гипертонической болезнью без сочетания с неалкогольной жировой болезнью печени; что диктует необходимость разработки мероприятий и программ по дифференцированному подходу к первичной и вторичной профилактики данных синдрома.

### 134. ПИЩЕВАРИТЕЛЬНЫЕ ФУНКЦИИ ТОНКОЙ КИШКИ У БОЛЬНЫХ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ

Козлова Л.С., Зверева С.И.  
 Медицинский институт, г. Саранск, Республика  
 Мордовия

Цель исследования. Актуальность язвенной болезни (ЯБ) определяется не только большой распространенностью среди больных гастроэнтерологического профиля, в том числе и среди пациентов пожилого возраста, но и фармакоэкономическими аспектами. В последнее время наблюдается интенсификация медикаментозного воздействия на больного, что ведет не только к удорожанию стоимости лечения, но и к увеличению сочетанной патологии органов пищеварения. Поэтому в клинической картине больных ЯБ часто отмечаются признаки расстройства многочисленных функций тонкой кишки, что приводит к ухудшению эффективности лечения, удлинению сроков рубцевания язвы. В связи с этим целью нашего исследования было изучение динамики активности ферментов, реализующих мембранное пищеварение, в процессе лечения различными противоязвенными препаратами у больных ЯБ двенадцатиперстной кишки.

Материал и методы. Нами было проведено обследование 150 больных ЯБ, получавших в качестве базисной терапии блокаторы  $H_2$ -рецепторов гистамина (1), антациды (2), их сочетание (3), ингибиторы протонной помпы (4) или цитопротекторы (5). Гидролитическая функция тонкой кишки изучалась с помощью определения активности мальтазы, щелочной фосфатазы, аминопептидазы М, глицил-L-лейциндипептидазы в биоптатах слизистой оболочки тонкой кишки. Исследования были проведены в Лаборатории физиологии питания Института Физиологии РАН им. И. П. Павлова (г. С.-Петербург).

Результаты и их обсуждение. Согласно полученным результатам, характер и степень выраженности динамики активности кишечных ферментов зависят от вида проводимой терапии. Наиболее отчетливые позитивные изменения гидролитической функции тонкой кишки отмечались на фоне применения блокаторов  $H_2$ -рецепторов гистамина либо антацидов. Активность пищеварительных ферментов увеличилась в процессе лечения ( $p < 0,01$ ) в этих группах в среднем на 109% и 139% соответственно и достоверно превысила аналогичные значения в других группах на 63% – 170%. Самая низкая функциональная активность тонкой кишки, не имеющая существенных отличий от периода обострения, зафиксирована у больных, пролеченных ингибиторами протонной помпы. Нарушения пищеварительной функции тонкой кишки после лечения прогрессировали с увеличением длительности предшествующего язвенного анамнеза, независимо от вида проведенной терапии. Максимальная активность ферментов у пациентов с длительностью заболевания менее 5 лет отмечалась после лечения антацидами, а при более выраженном стаже ЯБ – после применения  $H_2$ -гистаминоблокаторов.

Заключение. Таким образом, динамика функционального состояния тонкой кишки в ходе лечения больных ЯБ зависит не только от естественного течения заболевания, его длительности, но и вида противоязвенной терапии, что необходимо учитывать

при лечении больных, особенно старших возрастных групп.

### 135. ИЗМЕНЕНИЕ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ГЕПАТОБИЛИАРНОЙ СИСТЕМЫ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ КАЛЬКУЛЕЗНЫМ ХОЛЕЦИСТИТОМ В СТАДИИ ОБОСТРЕНИЯ И РЕМИССИИ

Козлова Н.М., Тюрюмин Я.Л., Тюрюмина Е.Э.  
 Кафедра факультетской терапии, ИГМУ, Институт  
 хирургии НЦ РВХ СО РАМН, г. Иркутск

Актуальность. Ранее нами была выявлена повышенная экспрессия циклооксигеназы-2 (ЦОГ-2) в гладкомышечных клетках, стромальных и эпителиальных клетках желчного пузыря (ЖП) у больных хроническим калькулезным холециститом. Выявлена положительная корреляция между интенсивностью воспаления в стенке ЖП и выраженностью экспрессии ЦОГ-2 в гладкомышечных клетках, стенках сосудов, стромальных клетках и эпителиальных клетках стенки ЖП.

Цель работы. Изучить динамику функциональных изменений в гепатобилиарной системе у больных хроническим калькулезным холециститом (ХКХ) в стадии обострения и ремиссии с помощью динамической гамма-сцинтиграфии (ДГСГ).

Материалы и методы. Было обследовано 19 больных ХКХ: 13 больных ХКХ в стадии обострения, 6 больных ХКХ в стадии ремиссии и 12 практически здоровых людей (Кон). Динамическую гамма-сцинтиграфию печени и желчного пузыря (ЖП) проводили с помощью  $^{99m}Tc$  БРОМЕЗИДА. Ультразвуковое исследование печени и желчного пузыря проводили на цифровом ультразвуковом сканирующем комплексе Aloka PND 4000 с мультислотным датчиком 2.5-6.5 МГц. Значимость различий определяли по критерию Манна-Уитни.

Результаты. В стадии обострения у больных ХКХ Т-макс. печени было повышено до 12 мин ( $p < 0,04$ ) и T1/2 печени – до 45 мин ( $p < 0,003$ ) по отношению контролю. В стадии ремиссии у больных ХКХ Т-макс. печени было повышено до 14 мин ( $p < 0,04$ ) и T1/2 печени имело тенденцию к повышению до 50 мин ( $p = 0,075$ ) по отношению контролю. В стадии обострения у больных ХКХ Т-нач. желчного пузыря было повышено до 20 мин ( $p < 0,003$ ) и в стадии ремиссии у больных ХКХ-2 до 17 мин ( $p < 0,02$ ) по отношению контролю. В стадии обострения у больных ХКХ Т-макс. желчного пузыря было повышено до 33 мин ( $p < 0,005$ ) по отношению контролю и в стадии ремиссии у больных ХКХ снижалось до 21 мин ( $p > 0,05$ ) по отношению контролю. Эвакуаторная функция желчного пузыря была снижена в стадии обострения у больных ХКХ до 37% ( $p < 0,001$ ) и в стадии ремиссии у больных ХКХ до 44% ( $p < 0,03$ ) по отношению контролю. У больных ХКХ в стадии обострения толщина стенки ЖП была в 2 раза больше по сравнению со стенкой в стадию ремиссии ( $p < 0,01$ ). У больных ХКХ выявлена отрицательная корреляция между абсорбционной функцией ЖП (Т-нач. желчного пузыря) и толщиной стенки желчного пузыря ( $r = -0,71$ ,  $p < 0,05$ ).

Выводы: 1. Снижение накопительно-выделительной

функции печени свидетельствует о наличии хронического «мягкого» внутрипеченочного холестаза у больных ХХХ. 2. Снижение накопительно-выделительной функции желчного пузыря свидетельствует о наличии хронического «мягкого» внутрипузырного холестаза у больных ХХХ. 3. Увеличение степени выраженности экспрессии циклооксигеназы-2 в эпителиальных клетках стенки ЖП может быть причиной снижения абсорбционной функции желчного пузыря, гиперсекреции гликопротеинового муцина в просвет желчного пузыря, повышения концентрации гликопротеинового муцина в пузырной желчи и формирования хронического «мягкого» внутрипузырного холестаза у больных ХХХ в стадии обострения. 4. Степень выраженности экспрессии циклооксигеназы-2 в гладкомышечных клетках стенки ЖП и интенсивности хронического асептического воспаления (увеличение толщины стенки ЖП по данным УЗИ) может быть причиной гипомоторной дисфункции желчного пузыря и болевого синдрома у больных ХХХ в стадии обострения. «только тезис»

### 136. ХРОНИЧЕСКИЙ ХОЛЕСТАЗ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ НЕКАЛЬКУЛЕЗНЫМ ХОЛЕЦИСТИТОМ И «ОТКЛЮЧЕННЫМ» ЖЕЛЧНЫМ ПУЗЫРЕМ

Козлова Н.М., Тюрюмин Я.Л., Тюрюмина Е.Э.

Кафедра факультетской терапии, ИГМУ, Институт хирургии НЦ РВХ СО РАМН, г. Иркутск

**Актуальность.** Ранее мы предположили, что хронический «мягкий» внутрипузырный холестаз, способствующий формированию «литогенной» пузырной желчи, и хронический «мягкий» внутрипеченочный холестаз, способствующий формированию «литогенной» печеночной желчи, предрасполагают к формированию билиарного сладжа в желчном пузыре у больных хроническим некалькулезным холециститом (ХНХ).

**Цель работы.** Изучить функциональные изменения в гепатобилиарной системе больных хроническим некалькулезным холециститом (ХНХ) в зависимости от функционального состояния желчного пузыря.

**Материалы и методы.** Было обследовано 45 больных ХНХ: 9 больных ХНХ и нормальной функцией желчного пузыря (ХНХ-норма-ЖП), 26 больных ХНХ и гипомоторной дисфункцией желчного пузыря (ХНХ-гипо-ЖП), 10 пациентов ХНХ и «отключенным» желчным пузырем (ХНХ-откл-ЖП) и 12 практически здоровых людей (Кон). Динамическую гамма-сцинтиграфию печени и желчного пузыря (ЖП) проводили с помощью <sup>99m</sup>Tc БРОМЕЗИДА. Ультразвуковое исследование печени и желчного пузыря проводили на цифровом ультразвуковом сканирующем комплексе Aloka PND 4000 с мультислотным датчиком 2.5-6.5 МГц. Значимость различий определяли по критерию Манна-Уитни.

**Результаты.** Т-макс. печени было повышено у больных ХНХ-гипо-ЖП до 15 мин (p<0.001) и у больных ХНХ-откл-ЖП – до 19 мин (p<0.001) по отношению контролю. Т1/2 печени было повышено у больных ХНХ-норма-ЖП до 35 мин (p<0.03), у больных ХНХ-гипо-ЖП – до 37 мин (p<0.001) и у больных ХНХ-откл-ЖП – до 35

мин (p<0.02). Т-нач. желчного пузыря было повышено у больных ХНХ-норма-ЖП и у больных ХНХ-гипо-ЖП до 17 мин (p<0.04), у больных ХНХ-откл-ЖП до 80 мин (p<0.001) по отношению контролю. Т-макс. желчного пузыря было повышено у больных ХНХ-гипо-ЖП до 31 мин (p<0.008). Т1/2 желчного пузыря было повышено у больных ХНХ-норма-ЖП до 54 мин (p<0.02) и у больных ХНХ-гипо-ЖП до 70 мин (p<0.001) по отношению контролю. Эвакуаторная функция желчного пузыря была снижена у больных ХНХ-гипо-ЖП до 28% (p<0.001) по отношению контролю. Толщина стенки ЖП у больных ХНХ-гипо-ЖП и ХНХ-откл-ЖП была больше по сравнению с таковой у больных ХНХ-норма-ЖП (p<0.05). В группе больных ХНХ-откл-ЖП у 50% больных толщина стенки желчного пузыря составила 5 мм и более, у 50% больных определялся билиарный сладж и неоднородное содержимое. У больных ХНХ выявлена отрицательная корреляция между эвакуаторной функцией ЖП и толщиной стенки ЖП (r= -0.41, p<0.02).

**Выводы.** 1. Снижение накопительно-выделительной функции печени свидетельствует о наличии хронического «мягкого» внутрипеченочного холестаза у больных ХНХ-гипо-ЖП и ХНХ-откл-ЖП. 2. Снижение накопительно-выделительной функции желчного пузыря свидетельствует о наличии хронического «мягкого» внутрипузырного холестаза у больных ХНХ. 3. Избыточная экспрессия ЦОГ-2 в гладкомышечных, эпителиальных и стромальных клетках стенки ЖП может быть причиной хронического асептического воспаления и утолщенной стенки ЖП (по данным УЗИ) у больных ХНХ-гипо-ЖП и ХНХ-откл-ЖП. 4. Степень выраженности интенсивности хронического асептического воспаления и экспрессии ЦОГ-2 в гладкомышечных и эпителиальных клетках стенки ЖП может быть причиной снижения абсорбционной функции желчного пузыря, гипомоторной дисфункции желчного пузыря, повышенной секреции гликопротеинового муцина в просвет желчного пузыря и формирования билиарного сладжа у больных ХНХ-откл-ЖП.

### 137. АКТИВНОСТЬ АРГИНАЗЫ И КОЛИЧЕСТВО ОБЩИХ МЕТАБОЛИТОВ АЗОТА У ДЕТЕЙ С ХРОНИЧЕСКИМИ ВИРУСНЫМИ ГЕПАТИТАМИ В И С.

Колесов С.А., Коркоташвили Л.В., Языкова А.Б., Романова С.В., Грошовкина М.В.

ФГУ «Нижегородский НИИ детской гастроэнтерологии Росмедтехнологии», Россия

Фермент аргиназа I или L-аргинин-аминогидролаза (КФ 3.5.3.1) считается органоспецифическим ферментом печени и, поскольку аргиназа участвует в детоксикации аммония, активность фермента отражает степень детоксицирующей функции печени. Известно так же, что аргинин, не утилизируемый при помощи аргиназы, используется для синтеза уникальных медиаторов межклеточного взаимодействия - метаболитов системы оксида азота. В нормально функционирующем организме между этими метаболическими феноменами устанавливается динамическое равновесие. У больных подобное равновесие может быть нарушено.

Цель исследования. Оценка уровней активности аргиназы и количества суммарных метаболитов азота у детей, страдающих хроническими вирусными гепатитами В и С.

Материалы и методы. Содержание общих метаболитов системы оксида азота (нитритов и нитратов) определялось в сыворотках крови по методу В.А. Метельской и Н.Г. Гумановой (2005). Исследованы 37 детей от 2 до 16 лет, больных хроническим вирусным гепатитом С (ХГС), 19 детей аналогичных половых и возрастных характеристик, страдающих хроническим вирусным гепатитом В (ХГВ). Активность аргиназы определялась по методу В.А. Храмова (1984) в образцах смешанной слюны (ротовой жидкости), полученных утром, натощак. Всего исследовано 19 детей, больных ХГВ, в возрасте от 6 до 16 лет и 24 ребенка, больных ХГС, в возрасте от 4 до 17 лет. Полученные данные статистически обработаны: определялись показатели описательной статистики; в связи с немногочисленностью исследуемых групп достоверность различий определялась при помощи F-критерия Фишера.

Результаты и их обсуждение. Среднее значение общих метаболитов NO в группе детей с ХГС составило  $56,2 \pm 6,4$  мкМ (от 22,2 до 192,0 мкМ), что достоверно выше аналогичного показателя для группы больных ХГВ, который составил у них  $42,1 \pm 4,3$  мкМ (от 15,9 до 86,7 мкМ). Средние показатели содержания общих метаболитов системы оксида азота в сыворотках крови детей с ХГС и ХГВ существенно выше аналогичных показателей для здоровых, которые по данным литературы (Т.В. Звягина с соавт., 2001) составляют 20,0 - 28,0 мкМ. Полученные данные характеризуют состояние системы оксида азота у больных хроническими вирусными гепатитами В и С, а также указывают на то, что при обоих заболеваниях уровень общих метаболитов системы оксида азота существенно выше аналогичного показателя у здоровых детей.

В группе детей с ХГВ средний показатель активности аргиназы составил 53,4 мМ/час/мл. В группе пациентов с ХГС он равнялся 23,8 мМ/час/мл ( $p \leq 0,001$ ). Полученные данные свидетельствуют о том, что активность аргиназы в слюне детей с ХГВ по сравнению с аналогичным показателем при ХГС существенно выше.

Заключение. Результаты, полученные в ходе работы, подтверждают мнение о неоднозначности факторов патогенеза ХГВ и ХГС. Вполне возможно, что при более детальной разработке критериев оценки анализа состояния детоксицирующей функции печени может быть осуществлен по величине активности аргиназы смешанной слюны.

### 138. ПОКАЗАТЕЛИ СВЯЗЫВАЮЩЕЙ СПОСОБНОСТИ АЛЬБУМИНА, НЕКОТОРЫЕ ПАРАМЕТРЫ ЛИПИДНОГО ОБМЕНА И ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У ДЕТЕЙ С НЕСПЕЦИФИЧЕСКИМ ЯЗВЕННЫМ КОЛИТОМ

Коркоташвили Л.В., Языкова А.Б., Колесов С.А., Федулова Э.Н., Федорова О.В., Тутина О.А.

ФГУ «Нижегородский НИИ детской гастроэнтерологии Росмедтехнологий», Нижний Новгород, Россия

Цель работы – изучение показателей, характеризующих способность молекулы альбумина связывать токсичные лиганды, а также параметров липидного обмена и функционального состояния поджелудочной железы у детей с неспецифическим язвенным колитом (НЯК).

Материалы и методы. Обследовано 43 ребенка с НЯК в возрасте от 5 до 17 лет. Контрольная группа – 25 практически здоровых детей. Показатели связывающей способности альбумина (ССА): общую концентрацию альбумина (ОКА), и концентрацию не связанных токсинами центров альбумина - эффективную концентрацию альбумина (ЭКА) – определяли флуоресцентным методом на анализаторе АКЛ-1 «Зонд». Остальные исследуемые показатели определяли общепринятыми методами. Статистическая обработка результатов проводилась параметрическими и непараметрическими методами.

Результаты и обсуждение. В связи с обнаруженным нами разным изменением показателей ССА относительно нормальных значений, обследуемые дети разделились на две группы. В первой группе (20 детей, 46,5%) до лечения показатели индекса токсичности и резерва связывающей способности альбумина (РСА), а также значение коэффициента  $\alpha$ -холестерин/холестерин находились в пределах нормы. После проведенного базисного лечения в этой группе наблюдалось достоверное снижение показателя резерва связывающей способности альбумина ( $РСА = ЭКА/ОКА \times 100\%$ ) на 16 % и увеличение индекса токсичности ( $ИТ = ОКА/ЭКА - 1$ ), отражающего изменения исследуемых показателей альбумина, в 2,22 раза. Вследствие наличия в данной выборке негауссова распределения нижеупомянутых параметров при применении методов непараметрической статистики найдены достоверные изменения коэффициента  $\alpha$ -холестерин/холестерин, уровня  $\beta$ -липопротеидов, и показателя активности панкреатической липазы, хотя и не выходящие за рамки нормальных значений. Во второй группе обследуемых детей (23 ребенка, 53,5%) до лечения РСА был ниже на 16 %, а индекс токсичности выше в 2,66 раза, чем у детей первой группы (т.е. нормальных значений). После проведенного лечения во второй группе детей наблюдалось достоверное увеличение показателя РСА на 11%, снижение индекса токсичности ИТ на 48%, (но не достигающие нормы) а также, вследствие наличия в данной выборке негауссова распределения, при применении методов непараметрической статистики найдены достоверные изменения показателя активности панкреатической амилазы и панкреатической липазы (в пределах нормальных значений). С применением методов непараметрической статистики было установлено, что первая и вторая группа детей до лечения достоверно отличались друг от друга по уровню  $\alpha$ -холестерина, значению коэффициента  $\alpha$ -холестерин/холестерин, показателям активности панкреатической амилазы и панкреатической липазы.

По последним литературным данным, уровень холестерина и  $\alpha$ -холестерина, как параметров липидного обмена, а также активность панкреатической амилазы и липазы является чувствительным маркером нарастания патологического процесса в слизистой толстого кишечника. Наши данные подтверждают выраженные

достоверные изменения этих показателей при НЯК. Т.е. можно говорить о наличии взаимосвязи изменений в системе ССА, параметров липидного обмена и показателей функционального состояния поджелудочной железы. Можно предположить, что в патогенез НЯК у исследуемых нами детей существенный вклад вносят изменения на уровне разных систем, и можно выделить разные механизмы формирования этого заболевания. Изменения в системе ССА показывают, что проведенной терапии недостаточно для снятия эндоинтоксикационного синдрома при НЯК.

**Заключение.** У детей с неспецифическим язвенным колитом выявлены нарушения в системе ССА. Нами найдены достоверные изменения параметров липидного обмена и показателей функционального состояния поджелудочной железы в пределах нормальных значений. При данном заболевании необходимо проведение дополнительных детоксикационных мероприятий и дальнейшее дополнительное изучение биохимических параметров.

### 139. КАРДИАЛЬНАЯ АВТОНОМНАЯ НЕЙРОПАТИЯ КАК ФАКТОР ПРОГРЕССИРОВАНИЯ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА

Корпусова И.В., Шукшина Л.М., Сайфутдинов Р.И.

Областная клиническая больница №3, ГОУ ВПО «Оренбургская государственная медицинская академия», Оренбург, Россия.

**Актуальность.** Кардиоваскулярная автономная нейропатия (КАН) является одним из распространенных и тяжелых осложнений сахарного диабета. Наличие КАН во многом утяжеляет течение диабета и значительно влияет на структуру летальности. Поэтому своевременная диагностика этого грозного осложнения и медикаментозная коррекция могут значительно улучшить прогноз у пациентов с сахарным диабетом.

**Цель работы.** Определить прогностическое значение (КАН) в качестве раннего маркера ишемического повреждения миокарда у больных сахарным диабетом (СД) 2 типа.

**Методы и методы:** обследовано 35 пациентов с СД 2 типа в возрасте от 40 до 60 лет без тяжелых сопутствующих хронических заболеваний и клинически выраженных осложнений диабета. Помимо общепринятых клинико-лабораторных методов обследования, использованы холтеровское мониторирование ЭКГ с оценкой variability сердечного ритма (ВСР), суточное мониторирование АД с оценкой коэффициента средних значений АД день/ночь, анкетный метод выявления автономной нейропатии с оценкой психоэмоциональных нарушений по программе EURODIAB в модификации Данилова А.Б., а также вегетативные тесты на выявление КАН; проанализированы вегетативные нарушения в других органах и состояние периферической иннервации по шкалам симптомов нейропатии.

**Результаты:** в ходе проведенного исследования по данным холтеровского мониторирования ЭКГ и положительным вегетативным пробам (суммарная оценка по 5 стандартным тестам выше 5 баллов) КАН

диагностирована у 16 человек (46%). Безболевого ишемия миокарда (БИМ) установлена у 12 больных (75%), страдающих КАН, в то время как у пациентов, не имеющих этого осложнения, она зафиксирована лишь в 11% случаев (4 человека). Влияние автономной функции оценивалось по variability частоты сердечных сокращений или ритма сердца при глубоком дыхании, пробой Вальсальвы, пробой «30:15» и реакцией систолического артериального давления (САД) на ортопробу. Ощущение боли было снижено у пациентов с СД и КАН, позволяя им дольше выполнять нагрузку, несмотря на ишемию миокарда. Задержка этого ощущения ассоциировалась с сочетанием КАН и БИМ. Нарушение variability сердечного ритма взаимосвязано с развитием периферической соматической нейропатии. У пациентов с безболевого ишемией миокарда выявлена прямая корреляционная связь между снижением ВСР по данным холтеровского мониторирования ЭКГ и степенью тяжести полинейропатии, оцененной по шкалам симптомов нейропатии. Нами установлена прямая корреляционная зависимость частоты встречаемости БИМ от длительности СД 2 типа.

**Выводы:** в ходе проведенного исследования обнаружена высокая частота КАН у больных СД 2 типа. Чувствительным признаком автономной дисфункции сердца является variability ритма сердца. Учитывая тесную взаимосвязь безболевого ишемии миокарда и КАН, необходимо своевременное выявление этого осложнения диабета, выступающего в роли раннего маркера ишемического повреждения миокарда у больных СД 2 типа.

### 140. НЕ ПРЕУВЕЛИЧИВАЕМ ЛИ МЫ ВОЗМОЖНОСТИ ЭНДОСКОПИЧЕСКОГО ГЕМОСТАЗА ПРИ КРОВОТОЧАЩЕЙ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЙ ЯЗВЕ?

Корымасов Е.А., Никифоров О.В.

Самарский государственный медицинский университет, г. Самара, Россия

**Актуальность.** К сожалению, современные противоязвенные препараты не уменьшили частоту язвенного гастроудоденального кровотечения. При этом оперативная активность снизилась с 40,8% до 13,8%. В лечении данной категории больных хирург ставит перед врачом-эндоскопистом три задачи: 1) установить источник кровотечения, 2) определить устойчивость гемостаза, 3) осуществить эндоскопический гемостаз.

**Цель.** Ответить на вопрос – не преувеличиваем ли мы возможности эндоскопического гемостаза при язвенном гастроудоденальном кровотечении?

**Материал и методы.** При оценке характера кровотечения хирург требует от врача-эндоскописта ответить на вопрос: продолжается кровотечение или нет. При этом и тот, и другой ориентируются на классификацию язвенного кровотечения по J.Forrest (1987). Подтекание венозной или артериальной крови во время эндоскопии отмечается примерно в 1% исследований. В подавляющем большинстве случаев эндоскопист сталкивается с остановившимся кровотечением. Поэтому трудно предсказать его судьбу. Кроме того, понятие «устойчивый» и «неустойчивый»

гемостаз является, по нашему мнению, не эндоскопическим, а клиничко-эндоскопическим.

**Результаты и обсуждение.** Лечебные возможности эндоскопии расценивают по-разному: от 100% положительных результатов до полной ее неприемлемости. Говорить об эффективности гемостаза можно в том случае, когда он достигнут врачом-эндоскопистом в результате лечебных манипуляций. При профузном кровотечении применение медикаментозных препаратов практически невозможно, так как их необходимо наносить на предварительно подготовленную поверхность. У подавляющего большинства пациентов при язвенном кровотечении эндоскопист не останавливает артериальное кровотечение, а воздействует тем или иным способом на саму язву с остановившимся кровотечением, препятствуя рецидиву. Этим и обусловлен большой процент «успешной» остановки кровотечения, фактически – это противорецидивная терапия. Всё это снижает бдительность хирургов, таких больных продолжают лечить консервативно, а внезапный рецидив застаёт хирургов врасплох. Пациентов приходится оперировать на высоте повторных волн кровотечения, а результаты таких операций ухудшаются в геометрической прогрессии.

Говоря о той или иной степени эффективности эндоскопического гемостаза, подразумевается большая или меньшая продолжительность периода с момента гемостаза до возникновения повторной геморрагии при наличии субстрата рецидива кровотечения. Проведенный эндоскопический гемостаз лишь задерживает возникновение рецидива кровотечения в среднем на 24-48 часов. Эндоскопическая остановка заранее обречена на неудачу при струйном кровотечении из артериального сосуда крупного калибра (Forrest-1A), язве более 2 см с локализацией на задней стенке двенадцатиперстной кишки и на малой кривизне желудка, пенетрирующей язве, рецидиве кровотечения после эндоскопической остановки.

Замалчивать успехи современных эндоскопических технологий нельзя. При поступлении пациентов с кровоточащей язвой следует обязательно стремиться к применению эндоскопических методик остановки. Они призваны подготовить пациента к срочной операции в более выгодных условиях. Однако как только стабилизируется гемодинамика, есть опасность, что кровотечение возобновится.

Поэтому хирурги не должны обольщаться их высокой эффективностью. Причем в своих обольщениях обвинять эндоскописта некорректно. Это хирургические больные, и фигура хирурга в лечении их должна быть центральной. Иначе получается парадокс: развитие эндоскопических технологий тормозит внедрение активной индивидуализированной хирургической тактики и склоняет чашу весов в пользу активно-выжидательной тактики, когда мы фактически ждем рецидива кровотечения, чтобы прооперировать больного.

**Заключение.** Поэтому эндоскопический гемостаз – это однозначно временная мера.

#### 141. ПРОБЛЕМА НУТРИТИВНОЙ КОРРЕКЦИИ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИЙ ПО ПОВОДУ ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА.

Костюченко Л.Н.

Центральный НИИ гастроэнтерологии, Москва, Россия.

Тактика нутритивной коррекции в послеоперационном периоде при операциях на поджелудочной железе, как и показания к хирургическому лечению хронического панкреатита (целесообразность, объём, выбор метода операции по Фрэнчу, Vege и др., а также оптимальное время оперирования) остаются предметом дискуссий.

**Цель исследования и методы.** Оценивая доступные клиничко-anamnestические данные, данные определения ранних клиничко-биохимических и инструментальных маркёров, выявляем: а) состояние поджелудочной железы (уровень морфо-функциональной сохранности), б) риск прогрессирования патологии, в) риск панкреонекроза, г) состояние иммунного статуса пациента, д) состояние параметров межучного энергообмена. Это в большинстве случаев позволяет уточнить показания к выбору тех или иных схем нутритивной коррекции, способных подготовить больного к операции или обеспечить в этом плане рациональное ведение интра- и послеоперационного периода.

**Результаты и обсуждение.** Анализ результатов парентерально-энтеральной коррекции, полученных при консультировании больных в раннем послеоперационном периоде после субтотальной резекции или дистальной резекции поджелудочной железы, позволяет заключить о целесообразности применения комбинированной алиментационной коррекции с использованием парентерально вводимых препаратов аминокислот и трансфузионных сред, а непосредственно через зонд, заведенный в тонкую кишку, - смесей направленного действия (диазон и аналоги), пищеварительных ферментов (которые по принципу субстратного регулирования подавляют выработку активных панкреатических энзимов). Последние назначались для усиления эффекта базовой постоперационной терапии с использованием соматостатина. Выбор энергообеспечивающих препаратов определялся в каждом конкретном случае (баланс между SIRS-блокирующими жировыми эмульсиями и препаратами глюкозы под тщательно рассчитанным инсулиновым прикрытием определялся характером оперативного вмешательства и исходным состоянием поджелудочной железы, о чём будет представлено в докладе).

Таким образом, расширение возможностей хирургического лечения хронического панкреатита поставило стратегическую задачу - выработать критерии (ранние маркёры возможной панкреатической интоксикации), позволяющие определять тактику нутритивной коррекции метаболизма, что главным образом и определяет эффективность оперативного лечения и сохранение жизни пациенту после него.

#### 142. ОТДАЛЕННЫЕ ПОСЛЕДСТВИЯ ОПЕРАЦИЙ НА ЖЕЛУДКЕ И ТАКТИКА НУТРИТИВНОЙ КОРРЕКЦИИ ПРИ НИХ

Костюченко Л.Н., Кузьмина Т.Н., Сильвестрова С.Ю., Ручкина И.Н.

ГУ здравоохранения « ЦНИИ гастроэнтерологии ДЗ Москвы», г. Москва, Россия

Поздние осложнения радикальных операций на желудке достаточно хорошо изучены. В то же время их распространённость по-прежнему определяет необходимость проведения метаболической коррекции при них. В последнее время особое внимание уделяется роли кишечной микробиоты в структуре пищеварительных расстройств после субтотальных и дистальных резекций желудка в сроки от 1 до 5 лет после хирургического вмешательства и расстройствам, связанным с метаболической активностью микробиоты.

Цель: усовершенствовать тактику метаболической коррекции в отдалённые сроки после операций на желудке на основе исследования изменений активности кишечной микрофлоры по данным определения её метаболитов (короткоцепочные жирные кислоты - КЦЖК).

Материалы и методы: в исследование включены больные, перенесшие гастрэктомию (ГЭ) более 5 лет назад (n=16); больные, перенесшие дистальную резекцию желудка (ДРЖ) более 5 лет назад (n=32); больные, перенесших субтотальную резекцию желудка более 5 лет назад (12 человек). Из них мужчин 35, средний возраст 56±12 лет, 25 женщин, средний возраст 55±11 лет. Всем больным определяли КЦЖК в кале до и после инфузионно-нутритивной коррекции. Тактика ведения этих больных предопределяла: сипинг полимерной стандартной смесью в дозе 600-800ккал/сутки, дополнительные фармаконутриенты (мукофальк или кишечные антисептики) в соответствии с параметрами выставленного алиментационно-волемического диагноза ( характеристики его приведены в ряде известных руководств).

Результаты и обсуждение: В результате проведенных исследований у большинства больных с последствиями гастрэктомии (ГЭ) отмечался с течением времени рост общей концентрации КЦЖК за счет пропорционального увеличения каждого их метаболитов кишечной микрофлоры. В тоже время у больных, перенесших дистальную резекцию желудка (ДРЖ), имелась сниженная концентрация как общего уровня КЦЖК ( преимущественно за счет уксусной кислоты), так и некоторое увеличение концентрации КЦЖК с числом атомов более 4 ( вариановая, изовалериановая, капроновая кислоты), что отражает протеолитическую активность микробиоты. Учитывая структуру изменений КЦЖК, определяли выбор тактики, вводя в специальные корректирующие составы, предназначенные для энтерального применения, фармаконутриенты направленного действия ( мукофальк либо нифуроксазид в зависимости от выраженности синдрома избыточного бактериального роста). Показана эффективность применявшейся тактики.

Заключение: Таким образом, при коррекции гомеостаза у больных, перенесших радикальные операции на желудке, целесообразно учитывать состояние микробиоты кишечника, ориентируясь на концентрации КЦЖК в кале больных.

### 143. ПЕРСПЕКТИВЫ СЕРОЛОГИЧЕСКОГО СКРИНИНГА ПРЕДРАКА ЖЕЛУДКА В РОССИИ

Котелевец С.М.

Кафедра внутренних болезней медицинского института, КЧГТА, г.Черкесск

Как следует из Ежегодного Послания Президента России Д.А. Медведева Федеральному Собранию Российской Федерации от 12 ноября 2009 года, Национальные проекты – это инструмент устойчивого социально-экономического развития Российской Федерации. С помощью такого инструмента можно радикально решить очень трудную демографическую ситуацию в России. В нашей стране ежегодно, от запущенного рака желудка умирает до 40 тысяч человек. Выявление предрака желудка при помощи скрининга - массового исследования людей считающих себя здоровыми, в рамках целевой программы позволит решить эту проблему. Обследовано 410 человек. Полученные нами результаты убедительно показывают, что течение хронического Н.рylogi-ассоциированного атрофического гастрита сопровождается развитием функциональной недостаточности различных отделов желудка, причем степень этой недостаточности зависит от степени выраженности атрофии слизистой оболочки, соответствующего отдела желудка. Это позволяет использовать метод иммуноферментного определения сывороточных концентраций пепсиногена-1 и гастрин-17 в качестве скрининга атрофического гастрита при исследовании больших групп пациентов с диспепсическими жалобами. Сутью модернизации Национального проекта «Здоровье» должна стать замена интеллектуально-затратных, неэффективных осмотров врачами, использующими клинические методы обследования, которые не позволяют выявить заболевания на доклинической (ранней) стадии и тем более на стадии предзаболевания т.е. фонового заболевания, на скрининговые высокочувствительные маркеры распространённой патологии на самой ранней стадии и стадии предзаболевания. Согласно Приказу Минздравсоцразвития РФ от 20 февраля 2008 г. №80н «О проведении в 2008-2009 годах дополнительной диспансеризации работающих граждан», в рамках Национального проекта «Здоровье», в её проведении предусматривается участие врачей-специалистов: терапевта, акушера-гинеколога, невропатолога, уролога, хирурга, офтальмолога, эндокринолога. Оправданным, на мой взгляд, является участие только акушера-гинеколога так как это позволит ему клиническими методами выявить патологию на ранних стадиях. Остальные шесть специалистов клиническими методами не смогут выявить на ранних стадиях наиболее распространённые заболевания и предзаболевания.

Несомненно большим шагом вперёд является использование при проведении дополнительной диспансеризации (ДД) работающих граждан таких высокочувствительных скрининговых методов как клинический анализ крови, клинический анализ мочи, исследование уровня холестерина крови, исследование уровня сахара крови, исследование уровня холестерина липопротеидов низкой плотности сыворотки крови, исследование уровня триглицеридов сыворотки крови, онкомаркер специфический СА-125 (женщинам после 40

лет), онкомаркер специфический PSI (мужчинам после 40 лет), электрокардиография, флюорография (1 раз в 2 года), маммография (после 40 лет, 1 раз в 2 года).

В качестве расширения использования высокочувствительных скрининговых маркеров следует добавить, к уже упомянутым, маркеры предрака желудка – «Гастропанель» (гастрин-17, пепсиноген-1, anti-HP IgG). Исследование уровня гастрин-17, уровня пепсиногена-1 и титра антител к HP следует проводить мужчинам и женщинам после 40 лет, 1 раз в 5 лет.

Такая замена интеллектуально-затратных, неэффективных осмотров врачами, на инновационные скрининговые методики повысит эффективность ДД, а также позволит сэкономить затраты на проведение её (норматив затрат на проведение ДД одного работающего гражданина в 2009 году – 1042 рубля).

#### 144. СОСТОЯНИЕ ПРООКСИДАНТНОЙ СИСТЕМЫ У БОЛЬНЫХ ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ

Крутиков С.Н., Куница В.Н., Польская Л.В., Чернуха С.Н.

Крымский государственный медицинский университет, Симферополь, Крым

Цель исследования. Изучить активность антиоксидантной системы и перекисного окисления липидов у больных циррозом печени.

Материалы и методы. У 20 больных циррозом печени, преимущественно смешанной этиологии, определялась активность антиокислительных ферментов, таких как каталаза, супероксиддисмутазы. Контролем служили 20 здоровых лиц. Среднемолекулярные олигопептиды определяли на спектрофотометре при различных длинах волн.

Результаты и их обсуждение. Как показали наши исследования, в контрольной группе уровень каталазы составил  $0,105 \pm 0,010$  ммоль/л\*с. У больных циррозом отмечается достоверное снижение активности каталазы, её уровень составляет  $0,068 \pm 0,008$  ммоль/л\*с. Наблюдается и снижение активности супероксиддисмутазы в эритроцитах больных ЦП. В контрольной группе её активность составляет  $59,6 \pm 2,8$  %. У больных ЦП ферментативная активность снижается до  $46,9 \pm 4,0$ %. Активность ферментов отражает реакцию организма больных циррозом печени на оксидативный стресс, так как оксидативный стресс, имеющийся при данной патологии, ведет к окислению гемоглобина и повреждению эритроцитарной мембраны. Таким образом, окисление белковых молекул под действием активных форм кислорода приводит к необратимому повреждению мембранных структур, нарушению их проницаемости и гибели клеток.

В исследуемых группах наблюдается повышение количества среднемолекулярных олигопептидов в крови больных. При длине волны 254 нм в контрольной группе составляло  $0,41 \pm 0,046$  у.е., у больных циррозом –  $0,49 \pm 0,015$  у.е. При длине волны 280 нм в контрольной группе составили  $0,038 \pm 0,0036$  у.е., у больных –  $0,062 \pm 0,0083$  у.е. Повышение содержания среднемолекулярных олигопептидов у больных циррозом печени по-видимому можно объяснить усилением синтеза этих соединений в условиях выраженной эндогенной интоксикации, приводящей к

изменению структурно-функциональных характеристик клеток.

Заключение. Таким образом, снижение активности антиоксидантной системы и повышение содержания среднемолекулярных олигопептидов у больных циррозом печени приводят к изменению структуры и функции мембран липидных компонентов мембран эритроцитов, тем самым усиливая гипоксию.

#### 145. СОСТОЯНИЕ ПРООКСИДАНТНОЙ СИСТЕМЫ У БОЛЬНЫХ ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ

Крутикова М.С., Куница В.Н., Польская Л.В., Чернуха С.Н.

Крымский государственный медицинский университет, Симферополь, Крым

Цель исследования. Изучить активность антиоксидантной системы и перекисного окисления липидов у больных циррозом печени.

Материалы и методы. У 20 больных циррозом печени, преимущественно смешанной этиологии, определялась активность антиокислительных ферментов, таких как каталаза, супероксиддисмутазы. Контролем служили 20 здоровых лиц. Среднемолекулярные олигопептиды определяли на спектрофотометре при различных длинах волн.

Результаты и их обсуждение. Как показали наши исследования, в контрольной группе уровень каталазы составил  $0,105 \pm 0,010$  ммоль/л\*с. У больных циррозом отмечается достоверное снижение активности каталазы, её уровень составляет  $0,068 \pm 0,008$  ммоль/л\*с. Наблюдается и снижение активности супероксиддисмутазы в эритроцитах больных ЦП. В контрольной группе её активность составляет  $59,6 \pm 2,8$  %. У больных ЦП ферментативная активность снижается до  $46,9 \pm 4,0$ %. Активность ферментов отражает реакцию организма больных циррозом печени на оксидативный стресс, так как оксидативный стресс, имеющийся при данной патологии, ведет к окислению гемоглобина и повреждению эритроцитарной мембраны. Таким образом, окисление белковых молекул под действием активных форм кислорода приводит к необратимому повреждению мембранных структур, нарушению их проницаемости и гибели клеток.

В исследуемых группах наблюдается повышение количества среднемолекулярных олигопептидов в крови больных. При длине волны 254 нм в контрольной группе составляло  $0,41 \pm 0,046$  у.е., у больных циррозом –  $0,49 \pm 0,015$  у.е. При длине волны 280 нм в контрольной группе составили  $0,038 \pm 0,0036$  у.е., у больных –  $0,062 \pm 0,0083$  у.е. Повышение содержания среднемолекулярных олигопептидов у больных циррозом печени по-видимому можно объяснить усилением синтеза этих соединений в условиях выраженной эндогенной интоксикации, приводящей к изменению структурно-функциональных характеристик клеток.

Заключение. Таким образом, снижение активности антиоксидантной системы и повышение содержания среднемолекулярных олигопептидов у больных циррозом печени приводят к изменению структуры и функции мембран липидных компонентов мембран эритроцитов, тем самым усиливая гипоксию.

**146. ДИСФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ РАССТРОЙСТВА БИЛИАРНОГО ТРАКТА СРЕДИ ЖЕЛЕЗНОДОРОЖНИКОВ ЗАПАДНОЙ СИБИРИ (КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ)**

Куделькина Н.А., Елисеенко А.В.

НИИ терапии СО РАМН, Дорожная клиническая больница ОАО «РЖД», Новосибирск, Россия.

Цель исследования. Исследовать распространенность дисфункциональных расстройств билиарного тракта в популяции железнодорожников Западной Сибири.

Материалы и методы. Одномоментное выборочное (случайная выборка) эпидемиологическое исследование 7752 чел. железнодорожников Западно-Сибирской железной дороги, мужчин и женщин, в возрасте 20-64 лет со стандартизацией показателей по полу и возрасту. Мужчины составляли 49%, женщины – 51%. Средний возраст 41,5 лет. Отклик 86%. I этап (скрининг) – стандартный опрос «Автоинтервьюирование» с алгоритмом подбора информативных диагностических тестов, антропометрия, стандартное измерение АД (ВОЗ, 1999). II этап: УЗИ органов брюшной полости натощак, многомоментная фракционная ультрасонография для оценки моторно-эвакуаторной функции желчного пузыря (ЖП) и желчных путей с применением желчегонного завтрака (20 г сорбита на 100 мл воды), ФГДС, иммуноферментный анализ на описторхоз; ОХС, триглицериды, ХС-ЛПВП сыворотки крови; сахар крови, толерантность к глюкозе; активность трансаминаз АлАТ, АсАТ; ЩФ, билирубин крови, ЭКГ (Миннесотский код).

Результаты. Среди респондентов дискинезия желчевыводящих путей (ДЖВП) диагностирована в 43% случаев. У 19,8% она была первичной («чистой») и в 23,2% сочеталась с патологией гепатобилиарной системы и панкреатодуоденальной зоны (вторичная). Впервые диагностированная ДЖВП отмечена в 60 % случаев. Первичная ДЖВП в 2,5 раза чаще встречалась у женщин - 14,2% (у м. – 5,6%), вторичная – у мужчин - 16,2% (у ж. – 7,0%);  $p < 0,01$ .

Среди респондентов преобладал гипотонический-гипокинетический тип ДЖВП (57,2%); у каждого третьего встречался гипертонический-гипокинетический тип ДЖВП. Уровень распространенности ДЖВП у женщин оказался в 2,5 раза выше (59,2%), чем у мужчин (26,2%),  $p < 0,01$ . Самая высокая частота встречаемости ДЖВП, как у мужчин, так и у женщин, зарегистрирована в возрасте 30-39, 40-49 лет (соответственно, у мужчин 29,0 и 30,2; у женщин – 67,2 и 68,0%).

Проведенный корреляционный анализ показал прямую положительную ассоциацию ДЖВП с ЖКБ ( $r = +0,48$ ), у женщин она была более выраженной ( $r = +0,68$ ,  $p < 0,01$ ).

Выводы. Установлена высокая распространенность дисфункциональных расстройств билиарного тракта в организованной популяции железнодорожников Западной Сибири, которые впервые диагностированы у 2/3 обследованных.

ДЖВП чаще всего диагностировались в молодых возрастных группах, что обусловлено более выраженными функциональными изменениями

гепатобилиарной системы в эти годы, чем в старших возрастных группах.

Особенности распространенности первичной и вторичной форм ДЖВП среди мужчин и женщин исследуемой популяции обращают наше внимание на дифференцированный подход к их диагностике и лечению.

Своевременная и правильная оценка клинической симптоматики и назначение адекватной терапии улучшит качество жизни этих пациентов.

Полученные результаты указывают на необходимость проведения первичной профилактики среди контингента железнодорожников в группах «высокого риска» и превентивной терапии.

**147. ЖЕЛЧНОКАМЕННАЯ БОЛЕЗНЬ И АССОЦИИРУЕМЫЕ ФАКТОРЫ РИСКА (КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ЖЕЛЕЗНОДОРОЖНИКОВ ЗАПАДНОЙ СИБИРИ)**

Куделькина Н.А., Елисеенко А.В.

НИИ терапии СО РАМН, Дорожная клиническая больница ОАО «РЖД», Новосибирск, Россия.

Цель исследования: изучить распространенность и ассоциацию основных факторов риска (ФР) хронических неинфекционных заболеваний (ХНИЗ) с желчнокаменной болезнью (ЖКБ) среди популяции железнодорожников Западной Сибири.

Материалы и методы. Одномоментное выборочное клинико-эпидемиологическое исследование 7752 чел в возрасте 20-65 лет (мужчины – 49%, женщины – 51%). Средний возраст 41,5 лет. Отклик 93%. Стандартный опрос «Автоинтервьюирование», стандартная антропометрия и измерение АД (ВОЗ, 1999); липиды и сахар крови, толерантность к глюкозе, активность трансаминаз АлАТ, АсАТ; ЩФ, билирубин крови, иммуноферментный анализ на описторхоз, УЗИ брюшной полости, ФГДС.

Для изучения ассоциации ФР с ЖКБ выделена группа больных с ЖКБ из числа обследованных респондентов (930 чел.) и контрольная без ЖКБ (936 чел.), соотношение по возрасту – 1:1.

Результаты. ЖКБ диагностирована в 12% случаев, в т.ч. у мужчин – 6,3%, у женщин – 17%. ( $p < 0,01$ ). Впервые камни желчевыводящих путей выявлены у 70% респондентов. Установлена достоверно высокая распространенность среди больных ЖКБ ФР: ГХС-58%, ИМТ (Индекс Кетле  $\geq 25-29$  кг/м<sup>2</sup>) – 44%, НФА – 82%, НТГ – 16,8%, которая значительно превышала уровень частоты этих ФР в общей популяции железнодорожников и сравниваемых контрольных группах без ЖКБ.

Многофакторным анализом с построением логистической регрессионной модели взаимосвязи ФР с ЖКБ ( $\chi^2$ , ОР-отношение шансов, 95% CI ОР) обнаружена ассоциация с ЖКБ немодифицируемых ФР: пол (женский), возраст  $> 40$  лет, беременность (роды) и модифицируемых (корректируемых) ФР для обоих полов: гиперлипидемия (ГХС, ГТГ, гипо- $\alpha$ -ХС), ИМТ, НТГ и сочетанность 2-5 ФР (ОР=10,92;  $3,5 < OR < 31,57$ ,  $p < 0,002$ ), при которых риск развития ЖКБ увеличивается от 3 до 8 раз.

Наряду с изучением вышеупомянутых ФР ЖКБ и их ассоциации с частотой холелитиаза, мы провели исследование по выявлению возможной ассоциации описторхоза и ДЖВП с желчнокаменной болезнью.

Распространенность ЖКБ среди железнодорожников положительно ассоциировала ( $r=+0,48$ ;  $p<0,01$ ) с высокой распространенностью описторхоза в исследуемой популяции (по данным стандартного опроса и проведенного иммуноферментного анализа на описторхии у 1886 чел., которые дали положительную реакцию антигена в разведении 1:400). Оказалось, в общей популяции (7752 чел.) распространенность ЖКБ составила 12%, тогда как среди респондентов с выявленным описторхозом она зарегистрирована в 21,7% случаев. Кроме того, у респондентов с ЖКБ в сочетании с описторхозом в 22,7% обнаружены функциональные расстройства желчевыводящих путей (ДЖВП). Проведенным многофакторным регрессионным анализом установлена достоверно значимая ассоциация ЖКБ с описторхозом, как ФР: СО (соотношение) – 6,31; OR (относительный риск) – 5,83; доверительные пределы  $1,84 < OR < 18,48$ ;  $\chi^2 - 8,32$ ;  $p < 0,0039$  по Фишеру.

**Выводы.** В популяции железнодорожников Западной Сибири высокая распространенность ЖКБ и основных факторов риска. Риск развития ЖКБ ассоциируется с такими ФР, как гиперлипидемия (ГЛД), ИМТ, НТГ, сочетанность от 2 до 5 ФР, а также с немодифицируемыми ФР – возраст, пол, беременность (роды). Установлена достоверно значимая ассоциация ЖКБ с описторхозом, который, на наш взгляд, должен рассматриваться, как патогенетический ФР для ЖКБ.

Выявленные ФР, ассоциируемые с ЖКБ, позволяют формировать группы «высокого риска» развития холелитиаза и проводить активные профилактические мероприятия, направленные на коррекцию модифицируемых ФР и формирование здорового образа жизни.

#### 148. ДИНАМИКА СИНДРОМА БОЛИ В НИЖНИХ ОТДЕЛАХ СПИНЫ ПРИ ДОРСОПАТИИ У БОЛЬНЫХ С НОРМАЛЬНЫМ, ИЗБЫТОЧНЫМ ВЕСОМ И ОЖИРЕНИЕМ В ПРОЦЕССЕ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ.

Кузьменко Н.Ю., Алексеев Н.Ю., Алексеев Ю.Н.

ГОУ ВПО ВГМА им. Н.Н. Бурденко, Воронеж, Россия

Взаимосвязь между ожирением и клиническими проявлениями синдрома боли в нижних отделах спины (БНС) представлена в литературе противоречиво. Ряд авторов придерживается мнения, что и ожирение и избыточная масса тела повышают риск развития БНС, индекс массы тела (ИМТ) тесно связан с таким показателем, как обращаемость за медицинской помощью по поводу острой и хронической БНС. Ожирение и БНС могут быть коморбидными состояниями, которые объединяются общими факторами риска. Ожирение более вероятно у людей, которые ведут малоподвижный образ жизни. БНС может также приводить к снижению физической активности, а следовательно, к повышению массы тела.

**Цель исследования.** Оценить результаты комплексного лечения синдрома боли в нижних отделах

спины (БНС) при дорсопатии у больных с различным ИМТ.

**Материалы и методы.** В исследовании приняли участие 82 пациента мужского пола с БНС (дорсопатия без признаков неврологического дефицита), которые по индексу массы тела (ИМТ) были разделены на 3 группы: 26 пациентов с нормальным весом ( $ИМТ \leq 29,9 \text{ кг/м}^2$ ), 34 пациента с избыточным весом ( $ИМТ 25 - 29,9 \text{ кг/м}^2$ ) и 22 пациента страдающих ожирением ( $ИМТ \geq 30 \text{ кг/м}^2$ ). Средний возраст пациентов составлял 37 лет (диапазон, 18-60 лет), достоверных различий по возрасту между исследуемыми группами не было ( $p > 0,05$ ).

У всех пациентов до и после лечения оценивали интенсивность боли с помощью визуальной аналоговой шкалы (ВАШ), а также показатели шкал опросника физических расстройств Освестри и опросника оценки качества жизни SF-36.

Комплексное лечение БНС включало в себя: ношение пациентом мягкого корсета, в период острых болей, нестероидные и антигистаминные препараты и физиотерапевтическое лечение в виде 10-15 процедур вакуумно-мембранного мышечно-скелетного вытяжения (ВСМВ) по методике Ю.Н. Алексеева патенты РФ (№ 2118148 от 27.08.1998, № 2166923 от 20.05.2001, № 2199300 от 27.02.2003). Факторами, воздействующими на организм больного, при лечении ВМСВ являются локальное отрицательное давление (ЛОД) и дозированные механические воздействия сжимающего и растягивающего характера. Воздействие ЛОД сопровождается значительными местными сдвигами кровообращения, перераспределением крови, и тканевой жидкости. ЛОД раскрывает капилляры, повышает биосинтез АТФ в мышцах и способствует нормализации их тонуса. А дозированные механические воздействия сжимающего и растягивающего характера стимулируют энергетический обмен, пролиферативную и биосинтетическую активность клеток, коллагено- и эластогенез способствуя восстановлению поврежденного хряща в фиброзном кольце и пульпозном ядре. Теоретической основой медико-биологических эффектов, вызываемых механическими воздействиями является открытие Г.А. Илизарова № 11271 от 25.12.1985.

**Результаты и их обсуждение.** Средние показатели интенсивности боли и средние значения, самостоятельно оцениваемых шкал физических расстройств, полученные до начала лечения, у больных БНС с нормальным весом тела, у больных с избыточным весом тела и с ожирением не выявили статистически значимых различий. Во всех исследуемых группах лечение закончилось значительным улучшением всех параметров восстановления ( $P < 0,005$ ; парный t-тест). Интенсивность боли по ВАШ до начала лечения составляла в среднем 54,2% (SD 6,4), после лечения среднее значение ВАШ составило 24 (SD 9,8). Выявлена положительная сильная корреляция значений общего показателя разделов Освестровского опросника с самооценкой больными эффективности проведенного лечения.

**Выводы.**

1 Интенсивность боли у больных БНС при дорсопатии не зависит от веса тела.

2. Результаты комплексного лечения синдрома БНС при дорсопатии не имеют статистически значимых отличий у больных с нормальным весом, избыточным весом и ожирением, как по показателям интенсивности боли, так и по средним значениям показателей шкал физических расстройств Освестровского опросника и SF-36.

#### 149. ЗАБОЛЕВАНИЯ ПИЩЕВОДА И ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЙ ЗОНЫ ПРИ ТУБЕРКУЛЕЗЕ

Кузьмина О.А., Таланова О.С., Холева А.О., Савоненкова Л.Н., Арямкина О.Л.

Ульяновский государственный университет, Ульяновск, Россия

Во всем мире прогрессивно увеличивается заболеваемость гастроэнтерологической патологией и внелегочным туберкулезом, в том числе абдоминальным. Вместе с тем в 2/3 случаев абдоминальный туберкулез диагностируется в ЛПУ общего профиля, при доступности эндоскопических и сонографических методов исследования он его диагностика основывается преимущественно на морфологических и бактериологических критериях. В ходе диагностического поиска проводится исключение широкого спектра терапевтической патологии. Требуется оптимизация проведения лечебно-диагностического поиска при существующих стандартах диагностики и лечения заболеваний. В силу объективных причин изменяется клиника и течение большинства нозологических форм. Изучение проблемы полиморбидности чрезвычайно актуально и требует пристального внимания клиницистов в связи повсеместно регистрируемым ухудшением эпидемиологических показателей.

Целью настоящей работы явилось изучение частоты встречаемости и структуры неспецифических и специфических заболеваний верхних отделов пищеварительного тракта при туберкулезе.

Материалы и методы. Дизайн исследования – ретро- и проспективное, рандомизированное исследование, проведенное методом сплошной выборки за период 1990-2009 годы. Обследованы 187 больных абдоминальным туберкулезом в возрасте  $40,7 \pm 1,56$  лет (95% ДИ 36,4-44,1) и 670 из 1229 больных туберкулезом легких (54,5%), выписанных из стационара за 2003-2004 гг. в возрасте  $47,1 \pm 0,53$  лет (95% ДИ 46,1-48,2 лет). Диагноз туберкулеза и сопутствующей ему неспецифической соматической патологии устанавливали согласно стандартам диагностики данных заболеваний с использованием комплекса клинических, лабораторных и инструментальных исследований. Фактические данные подверглись статистической обработке с использованием лицензионных статистических пакетов STATISTICA 6.0, SPSS 13.0.

Результаты и их обсуждения. Абдоминальный туберкулез классифицировали как туберкулез гастроинтестинального тракта, абдоминального лимфатического аппарата, паренхиматозных органов, серозных оболочек. Диагностирован туберкулез пищевода (n=2, 1,07%), желудка (n=7, 3,74%) и двенадцатиперстной кишки (n=4, 2,14%), из них у одного – в комбинации туберкулеза пищевода и желудка одновременно. Туберкулез легких представлен

преимущественно инфильтративной, диссеминированной и милиарной формами.

И абдоминальному туберкулезу (АТ) и туберкулезу легких (ТЛ), протекающему с соматической полиморбидностью сопутствовали Нр-ассоциированный хронический гастрит (44,4% и 29,6%), гастродуоденит (25% и 13,4%; ( $\chi^2=6,7$ ,  $p<0,001$ ), язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки (18,1% и 24,1%), ГЭРБ (12,5% и 19,4%) преимущественно с РЭ I-II степеней.

Гастродуоденальная патология, сопутствующая АТ и ТЛ проявлялась синдром диспепсии - болями в эпигастральной области, тошнотой, периодически возникающей рвотой, приносящей облегчение, язвенным анамнезом. Эрадикационная терапия и применение антисекреторных препаратов способствовали купированию симптоматики. При АТ язвенная болезнь с одинаковой частотой как предшествовала развитию специфических абдоминальных поражений, так и присоединялась к нему ( $p>0,05$ ). У большинства больных ТЛ язвы располагаются в желудке, реже ( $\chi^2=5,63$ ,  $p<0,05$ ) – в двенадцатиперстной кишке. При АТ язвы локализуются в органах с равной частотой. При АТ и при ТЛ осложнения язвенной болезни развиваются с одинаковой частотой.

Клиника ГЭРБ представлена изжогой, симптомы туберкулез пищевода - дисфагия и постоянная тупая прекардиальная боль при нерезко выраженной изжоге. При ФГДС – инфильтрация, просовидные высыпания. По гистологическим данным диагностирован инфильтративный эзофагит.

Туберкулез желудка проявляется стойким эпигастральным болевым синдромом, тошнотой, реже рвотой, реже повторными кровотечениями. Туберкулезный дуоденит проявлялся длительным диспепсическим синдромом преимущественно в виде болей в пилородуоденальной области. Диагностированы инфильтративно-язвенный и инфильтративный туберкулез желудка и инфильтративный туберкулезный дуоденит.

Заключение. Таким образом, на репрезентативном материале выявлены различия специфических и неспецифических заболеваний верхних отделов пищеварительного тракта при туберкулезе, протекающем в полиморбидности.

#### 150. КЛИНИКО – ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЛЯМБЛИОЗА У ВЗРОСЛЫХ ПАЦИЕНТОВ

Кузьмина Т.Ю., Тихонова Е.П., Толстикова Е.Н.

Красноярский государственный медицинский университет имени проф. В.Ф.Войно-Ясенецкого

МУЗ «Городская поликлиника №4», г. Красноярск, Россия

Актуальность. Лямблиоз не всегда устанавливается при первичном обращении пациента в амбулаторно-поликлиническое учреждение. Зачастую больные месяцами лечат аллергические заболевания (рецидивирующую крапивницу, атопические дерматиты), гастроэнтерологическую патологию (функциональные расстройства кишечника, синдром раздражённой кишки с диареей, синдром мальабсорбции

и др.), астеновегетативные нарушения (утомляемость, длительный субфебрилитет). В результате заболевание приобретает затяжное, рецидивирующее течение, а больной человек продолжительное время служит источником инвазии для окружающих.

**Цели исследования:** Выявить клинико – эпидемиологические особенности лямблиоза у взрослых пациентов. Оценить эффективность проводимой им терапии.

**Материалы и методы:** Проведён анализ наблюдения 30 больных лямблиозом, находившихся на амбулаторном лечении у инфекциониста поликлиники. Среди них преобладали женщины - 24 человека (80%), в возрасте от 19 до 45 лет. Диагноз был верифицирован на основании клинико-лабораторного обследования, подтвержден обнаружением в испражнениях больных и дуоденальном содержимом цист лямблий, а также серологически выявлением специфических иммуноглобулинов в сыворотке.

**Результаты и обсуждения.** Проведенный нами анализ показал следующее. В эпидемиологическом анамнезе установлено, что 26,6% больных имели контакт с больным лямблиозом в семье; 40% - находились в контакте с детьми в связи с характером профессии (медработники, педагоги детских интернатов и дошкольных учреждений), 16,6% - проживали в общежитиях, 13,3% - регулярно посещали бассейн, у 10% - употребление в пищу невымытых бананов и цитрусовых.

Сроки появления симптомов отмечали в течение 2 - 10 месяцев. В кишечной форме заболевание протекало наиболее часто в 46,7% случаев и характеризовалось неустойчивым стулом, болевым абдоминальным синдромом; в билиарно - панкреатической – 26,7% человек: наблюдали тошноту, отрыжку, боли в правом подреберье, точке желчного пузыря; с внекишечными проявлениями у 16,6%: кожные аллергические проявления, астеноневротический синдром, субфебрилитет на фоне нейрциркуляторной дисфункции. У 23 (76,7%) больных диагноз был установлен впервые, 7 (23,3%) - неоднократно лечились ранее, причем 5 из них работники образования, что позволяет предположить их реинфицирование. В гемограмме выявляли эозинофилию до  $(7,5 \pm 1,5)\%$  у всех больных; у 12 человек лимфопения  $(16,0 \pm 2,0)\%$ , у 3 - снижение уровня гемоглобина до  $(112,5 \pm 1,5)$  г/л. В биохимическом анализе крови у 20,0% больных выявлена гипербилирубинемия  $(52,2 \pm 15,6)$  мкмоль/л за счет непрямой фракции. При УЗИ у всех пациентов отмечались протоковые изменения печени, у 20% - перегиб и деформация желчного пузыря, у 26,7% - эхо взвесь в просвете желчного пузыря, у 10,0% - эхопризнаки гемангиомы печени. Диагноз подтвержден у всех пациентов: в 60,0% случаях выявлены цисты лямблий в кале, в 30% случаях в дуоденальном содержимом и у 10,0% выявлены иммуноглобулины класса G в титре 1:200, причем анализы кала 3кратно с интервалом 7-10 дней и желчи у данных пациентов были отрицательными, но имелись характерные для лямблиоза клинико - лабораторные признаки.

Лечение осуществлялось в три этапа. На первом – проводили лечение макмирором по стандартной схеме (400мг×3 раза в день в течение 7 дней), в сочетании со

спазмолитиками, ферментами ЖКТ, сорбентами и тюбажами. На втором этапе (10 – 14 дней) назначали желчегонные препараты, пробиотики, при необходимости другие симптоматические средства. Третий этап включал гепатопротекторы до 2-3 месяцев, тюбажи. Эффективность терапии оценивали копроовоскопически по окончании лечения (3-х кратное исследование кала) и анализом желчи. 76,7% больных санировались (все контрольные исследования были отрицательными). В лечении остальных больных были отмечены погрешности приема препаратов и им проводили повторные курсы.

**Выводы.** Наибольшая возможность заражения отмечалась среди сотрудников детских учреждений (40% случаев), внутрисемейные контакты, а также при несоблюдении санитарно-гигиенических норм приема пищи (немытые фрукты).

Отсутствие типичной клиники и схожесть симптомов с другой патологией ЖКТ затрудняло своевременную диагностику лямблиоза, однако, следует обращать внимание на наличие эозинофилии - как маркера паразитарной инвазии.

Эффективность трехэтапной терапии заключалась в последовательном назначении противопаразитарного препарата в сочетании с симптоматическими и патогенетическими средствами, что позволяло санировать до 76,6% больных.

## 151. СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ ИЗМЕНЕНИЯ ОБРАЗА ЖИЗНИ НА РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ПАНКРЕАТОГЕННОГО И САХАРНОГО ДИАБЕТА 2 ТИПА

Куницына М.А., Кашкина Е.И.

Кафедра госпитальной терапии лечебного факультета ГОУ ВПО «Саратовский государственный медицинский университет Росздрава» им. В.И.Разумовского, Саратов.

**Актуальность.** К основным задачам лечения сахарного диабета, независимо от его типа, относятся: устранение субъективных и объективных симптомов заболевания, предупреждение диабетических ком, профилактика и замедление прогрессирования поздних осложнений (диабетическая нефропатия и ретинопатия и т.д.).

В настоящее время лечение панкреатогенного сахарного диабета не унифицировано, в отличие от стандартизированных подходов к тактике ведения больных с сахарным диабетом 2 типа. В значительной мере это обусловлено недостаточной информированностью об эффективности различных методов лечения сахарного диабета при его панкреатогенном варианте. В частности, имеются данные, что изменение образа жизни больных сахарным диабетом 2 типа, включающее мероприятия, направленные на снижение массы тела, соблюдение диеты и т.д., позволяет снизить уровень HbA1c на 1-2%. Однако, относительно панкреатогенного сахарного диабета подобные исследования не проводились.

**Цель работы.** Сравнительная оценка влияния изменения образа жизни на результаты лечения сахарного диабета 2 типа и панкреатогенного его варианта.

Материалы и методы. Под наблюдением находилось 48 больных с впервые выявленным панкреатогенным сахарным диабетом и 52 пациента с сахарным диабетом 2 типа. Среди обследованных больных уровень HbA1c перед началом наблюдения находился в пределах 8-9%, концентрация глюкозы натощак <7,5 ммоль/л, после еды <90 ммоль/л. Всем больным, согласно консенсусу АДА/EASD, 2006, были даны рекомендации по изменению образа жизни и в течение последующих шести недель они находились под наблюдением врача.

Результаты. Проведенные исследования показали, если через шесть недель на фоне изменения образа жизни при панкреатогенном сахарном диабете компенсация углеводного обмена была достигнута в 14,3% случаев, то при сахарном диабете второго типа – у 25,2% больных.

Более низкую значимость изменения образа жизни в лечении сахарного диабета у больных хроническим панкреатитом можно объяснить тем, что данный контингент больных уже частично выполняет рекомендации, входящие в программу лечения сахарного диабета. В частности, больным хроническим панкреатитом, как и сахарным диабетом, рекомендуется многократный прием пищи маленькими порциями, ограничение жиров, прием витаминов, отказ от алкоголя и курения и т.д. Общее число совпадений в рекомендациях при лечении хронического панкреатита и сахарного диабета составляет 66,2%.

Таким образом, поскольку больные хроническим панкреатитом уже выполняют большинство рекомендаций, характерных для лечения сахарного диабета, эффект от изменения образа жизни при панкреатогенном сахарном диабете оказывается более низким, чем при 2 типе сахарного диабета.

Выводы. На фоне изменения образа жизни вероятность достижения компенсации углеводного обмена у больных панкреатогенным сахарным диабетом в два раза ниже, чем при 2 типе сахарного диабета, это обусловлено тем, что больные хроническим панкреатитом уже в 66,2% случаев выполняют рекомендации, входящие в программу лечения сахарного диабета.

### 152. ПРОГНОЗИРОВАНИЕ РАЗВИТИЯ НАРУШЕНИЯ ТОЛЕРАНТНОСТИ К ГЛЮКОЗЕ ИЛИ САХАРНОГО ДИАБЕТА У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ПАНКРЕАТИТОМ

Куница М.А., Кашкина Е.И., Шемятенков В.Н.

Государственное образовательное учреждение высшего профессионального образования «Саратовский ГМУ имени В.И. Разумовского Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию», г. Саратов, Россия.

Федеральное государственное образовательное учреждение высшего профессионального образования «Поволжская академия государственной службы им. П.А. Столыпина», г. Саратов, Россия

Цель исследования. Оценка риска развития нарушения толерантности к глюкозе или сахарного диабета у больных хроническим панкреатитом в период очередного обострения.

Материалы и методы. Обследовано 94 больных хроническим панкреатитом в период обострения. С помощью непрямой иммунофлюоресценции определяли показатели клеточного звена иммунной системы (СД3, СД4, СД8, СД16, СД19). В ходе исследования системы гемостаза оценивали время свертывания, протромбиновое время, уровень фибриногена, степень агрегации, суммарную фибринолитическую способность крови, плазминовую активность крови, активность активаторов плазминогена, активность антиплазминов.

Результаты и их обсуждение. Признаки сахарного диабета или нарушения толерантности к глюкозе после обострения хронического панкреатита зарегистрированы у 24 из 94 пациентов, находившихся под наблюдением. Установлено, что развитие нарушения толерантности к глюкозе или сахарного диабета у больных хроническим панкреатитом после очередного рецидива заболевания в значительной мере ассоциировано с уменьшением времени свертывания крови ниже нормальных значений на 40%, уровня фибриногена на 30%, АТ III – на 25%, ААП – на 50% и повышением СФА на 35,0% в период обострения. Повышение содержания СД16, СД19 и IgM в период очередного обострения хронического панкреатита на 40% и более, чем в норме также является прогностически неблагоприятным фактором в плане развития нарушения толерантности к глюкозе или сахарного диабета после окончания рецидива. С помощью многомерного пошагового регрессионного анализа было получено аналитическое выражение, позволяющее прогнозировать риск развития сахарного диабета или нарушения толерантности к глюкозе.

$$R = 8,1 + 0,18 x_1 + 0,21 x_2 - 0,31 x_3 + 0,12 x_4 + 5,1 x_5$$

где R – вероятность развития нарушения толерантности к глюкозе или сахарного диабета после очередного обострения хронического панкреатита в процентах;  $x_1$  - снижение уровня фибриногена (%);  $x_2$  - снижение уровня АТ III (%);  $x_3$  – повышение СД16 (%);  $x_4$  - повышение IgM (%);  $x_5$  – количество симптомов, способствующих развитию нарушений углеводного обмена.

Заключение. Предложенная система прогнозирования развития нарушения толерантности к глюкозе или сахарного диабета после очередного обострения заболевания у больных хроническим панкреатитом, базирующаяся на комплексной оценке иммунологических, гемостазиологических показателей, клинической картине заболевания, обладает 74,2% чувствительностью при 72,7% специфичности, что позволяет рекомендовать ее для практического применения в гастроэнтерологии.

### 153. ВЛИЯНИЕ ХИМИОТЕРАПИИ НА РЕГЕНЕРАТОРНЫЕ ПРОЦЕССЫ В ПЕЧЕНИ КРЫС С КАРЦИНОСАРКОМой WALKER-256

Кунц Т. А., Мичурина С. В., Овсянко Е. В.

ГОУ ВПО Новосибирский Государственный Медицинский Университет Росздрава, Новосибирск, Россия

Цель исследования: изучение морфологических преобразований в печени в условиях онкопатологии на фоне цитостатической терапии.

Материалы и методы: опыты проведены на самцах крыс Wistar с исходной массой 180-200 г. Трансплантацию клеток перевиваемой карциносаркомы WALKER-256 осуществляли в мышцу бедра в дозе  $10^6$  клеток. Для цитостатической терапии использовали циклофосфан (из расчета 25 мг/кг внутривенно). Животные разделены на группы: крысы с карциносаркомой на 5-е сутки после введения опухолевых клеток без лечения, а также на 7-е и 14-е сутки после однократного введения циклофосфана. Взятие образцов печени, изготовление и окраску гистологических препаратов (гематоксилином Майера-эозином) проводили по стандартным методикам. Морфометрический анализ выполняли в соответствии с рекомендациями Автандилова Г. Г. (1990). На срезах печени определяли долю площади (%), занимаемой цитоплазмой и ядрами гепатоцитов, подсчитывали численные плотности гепатоцитов. На основе полученных данных вычисляли ядерно-цитоплазматическое отношение в гепатоцитах и долю диплокариоцитов в общем пуле паренхиматозных клеток. Статистическая обработка результатов заключалась в подсчете средних величин (M) и их стандартных ошибок (m). Достоверность различий оценивали с использованием критерия Стьюдента при 95 % уровне значимости.

Результаты и обсуждение: на 7-е сутки после однократного введения циклофосфана крысам с карциносаркомой WALKER-256 наблюдается постепенное снижение выраженности микроциркуляторных нарушений в синусоидном компартменте тканевого микрорайона печени: при сохранении незначительной дилатации кровеносных синусоидных капилляров отмечается исчезновение в них эритроцитарных агрегатов по сравнению с группой без лечения. По-видимому, противоопухолевое и противометастатическое действие циклофосфана нормализует состояние печени в целом: активируются процессы тканевого дренажа, увеличивается поступление кислорода в гепатоциты. Дистрофические изменения со стороны паренхиматозных клеток значительно уменьшаются, в ядрах гепатоцитов выявляются 2-3 четко дифференцируемых ядрышка. В ответ на смещение гомеостаза в печени происходит мобилизация адаптационных процессов, повышается синтетический потенциал гепатоцитов, создаются условия для нормального митоза. В этих условиях полиплоидные клетки делятся с образованием одноядерных клеток, что ведет к замедлению полиплоидизации (достоверное уменьшение численных плотностей диплокариоцитов и их доли в общем пуле гепатоцитов) и снижению относительной площади ядер по сравнению с группой животных без лечения. Усиление процессов внутриклеточной регенерации приводит к возрастанию относительной площади цитоплазмы гепатоцитов, не связанному с ростом плоидности клеток и сопровождающемуся уменьшением ядерно-цитоплазматического отношения ( $p < 0.05$ ). Однако, на 14-е сутки после воздействия препарата на фоне прогрессирования опухолевого процесса выявляются признаки разбалансировки гемо- и лимфоциркуляции печени, появлению застойных явлений в капиллярах. Микроциркуляторные нарушения печени приводят к

гипоксии гепатоцитов, вызывающей снижение их регенераторного потенциала. На фоне этого морфометрически выявлено увеличение ядерно-цитоплазматического отношения за счет уменьшения площади цитоплазмы и увеличения площади ядер гепатоцитов ( $p < 0.05$ ) по сравнению с более ранним сроком. Следует отметить появление в ткани печени клеток карциносаркомы и активация миграции лимфоидных элементов в печеночные дольки.

Выводы: изменения в печени животных-опухоленосителей при воздействии химиотерапии свидетельствуют о снижении явлений эндотоксикоза и компенсаторных реакций органа на 7-е сутки после введения циклофосфана. На более позднем сроке (14 суток) по мере прогрессирования новообразования при отсутствии лечения степень мобилизации функций печеночных клеток на выравнивание нарушенной гемодинамики снижается, гепатоциты утрачивают регенераторный потенциал, и печень становится мишенью для клеток опухоли с последующим развитием метастазов.

#### 154. РОЛЬ ВОЗРАСТНОГО ГИПОГОНАДИЗМА ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ 2 ТИПА

Курникова А.А., Шукшина Л.М., Сайфутдинов Р.И.  
 ГОУ ВПО «Оренбургская государственная медицинская академия Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию», г. Оренбург

Актуальность. Низкий уровень тестостерона, в настоящее время, рассматривается как новый фактор риска метаболического синдрома, способствующий развитию сахарного диабета 2 типа (СД 2) и сердечно-сосудистой патологии. Коррекция этих нарушений дает возможность увеличить продолжительность и улучшить качество жизни.

Цель работы: изучить распространенность гипогонадизма у мужчин с СД 2 типа.

Материалы и методы: объектом исследования были 60 больных СД 2, находившихся на лечении в эндокринологическом отделении Областной клинической больницы за период 2006-2009 года. Средний возраст мужчин составил  $46 \pm 5$  лет. Пациенты с СД 2 типа – мужчины были разделены на 2 группы без признаков возрастного андрогенного дефицита и с таковым. Обследованные были интервьюированы по опроснику МИЭФ («Международный индекс эректильной дисфункции»), AMS (симптомы стареющих мужчин), ADAM (андрогенный дефицит стареющих мужчин). Всем пациентам, помимо сбора соматического и сексуального анамнеза, определяли в сыворотке крови уровень общего тестостерона, эстрадиола, лютеинизирующего гормона (ЛГ), фолликулостимулирующего гормона (ФСГ), пролактина, а также липидный спектр крови, гликемический профиль, уровень гликозилированного гемоглобина ( $HbA_{1C}$ ), мочевого кислоты, простатспецифического антигена (ПСА), выполнялся общий анализ крови, вычислялся индекс массы тела (ИМТ), измерялась окружность талии (ОТ).

Результаты. У мужчин с СД 2 выявлено снижение свободного тестостерона в сравнении с группой здоровых мужчин, что сопровождалось снижением

либидо, ухудшением качества эрекции и оргазма, удовлетворенности половым актом, удовлетворенности половой жизнью. Частота эректильной дисфункции среди обследованных пациентов составила 67,5% и в 72,6% случаев она была связана с клинико-лабораторным синдромом гипогонадизма. В группе пациентов с низким уровнем тестостерона были достоверно выше уровни общего холестерина, липопротеинов низкой плотности, триглицеридов.

**Выводы:** низкий уровень тестостерона является фактором, поддерживающим дислипидемию и аргументом в пользу необходимости в подобной ситуации не ограничиваться приемом статинов, а искать возможности заместительной терапии андрогенами. Назначение препаратов тестостерона позволит улучшить не только половую функцию мужчин, но и повлиять на другие составляющие метаболического синдрома, в частности на параметры углеводного обмена, липидный спектр и чувствительность тканей к инсулину.

### 155. ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ НЕСПЕЦИФИЧЕСКОГО ЯЗВЕННОГО КОЛИТА ПРЕПАРАТОМ «РЕМИКЕЙД»

Лазуткина Е.Л., Трусова Л.А., Гладун Е.А., Долгая Н.Г., Симоненко А.А., Сулова Ю.В.

ГОУ ВПО «Амурская государственная медицинская академия», ОГУЗ «Амурская областная клиническая больница», Благовещенск, Россия

**Цель исследования.** Оценка клинического и эндоскопического эффекта лечения препаратом «Ремикейд» пациента, страдающего неспецифическим язвенным колитом.

**Материалы и методы.** Больной Ф., 23 лет, обратился с жалобами на жидкий частый стул с примесью крови, тошноту, повышение температуры тела до 38<sup>0</sup>С, боль в животе, периодическую рвоту. При поступлении гипертермия до 38,9<sup>0</sup>С, болевой абдоминальный синдром, жидкий частый стул (до 20-25 раз в сутки) с примесью крови, анорексия, тошнота, периодически рвота. Общее состояние тяжелое. Стул – малыми порциями с кровью алой и сгустками, до 25 раз в сутки.

В клиническом анализе крови гипохромная анемия тяжелой степени, умеренный лейкоцитоз (Le до 13,0\*10<sup>9</sup>/л), лимфопения, ускорение СОЭ. При биохимическом исследовании крови: гипопропротеинемия, гипоальбуминемия, гиперфибриногенемия, положительный С – реактивный белок (66,6Ед), снижение сывороточного железа до 2,49мкмоль/л.

При проведении ультразвукового исследования органов брюшной полости определяется вздутие петель кишечника, на отдельных участках они заполнены жидким содержимым, отечность стенки кишки, её васкуляризация, диффузные изменения кишки, диффузные изменения паренхимы печени с умеренным увеличением левой доли. При осмотре проктологом выявлена отечность, гиперемия слизистой с геморрагиями, в просвете слизь, кровь. Взята биопсия слизистой толстого кишечника, которая подтвердила диагноз: Неспецифический язвенный колит. При проведенной ирригоскопии обнаружены рентгенологические признаки неспецифического язвенного колита с тотальным поражением кишечника.

Был выставлен клинический диагноз: Неспецифический язвенный колит. Тотальное поражение. Тяжелое течение. Непрерывно рецидивирующий. Рецидивирующее кишечное кровотечение. Осложнения: Железодефицитная анемия тяжелой степени. Синдром мальабсорбции. Гипопротеинемия, гипоальбуминемия.

Назначена консервативная терапия: сульфасалазин в дозе 4 г, глюкокортикостероиды. Эффекта не получено. Консилионно увеличена доза ГКС до 100 мг/сутки. Отмечается временная положительная динамика. Через пять суток возобновился частый до 25 раз в сутки стул с большим количеством алой и сгустками крови, выраженный болевой абдоминальный синдром, анемия тяжелой степени.

С учетом отсутствия эффекта в течение месяца от проводимой терапии ГКС больному решено назначить антицитокиновый препарат (Инфликсимаб или Ремикейд). Препарат вводился в стандартной дозе 5мг/кг веса по стандартной схеме.

**Результаты и их обсуждения.** На фоне проводимой терапии Ремикейдом отмечалась положительная динамика: полностью купировался болевой синдром, синдром кишечной диспепсии, наблюдалась положительная динамика при проведении ректороманоскопии через две недели после начала введения препарата. На данный момент пациент каждые 8 недель получает внутримышечные инъекции Ремикейда, отменён приём глюкокортикостероидов, уменьшена доза сульфасалазина. Достигнута полная ремиссия заболевания.

**Выводы.** Применение в лечении неспецифического язвенного колита ремикейда способно качественно повысить эффективность усилий врача, обеспечив успех индукционной и поддерживающей терапии в случаях заболеваний, резистентных к другим лекарственным препаратам.

### 156. ВОЗМОЖНОСТИ ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАФИИ ВЫСОКОГО РАЗРЕШЕНИЯ В ВЫЯВЛЕНИИ ПРИЧИН НЕСТАБИЛЬНОСТИ ТЕЧЕНИЯ ИБС

Латфуллин И.А.<sup>1</sup>, Ким З.Ф.<sup>2</sup>, Тептин Г.М.<sup>3</sup>, Мамедова Л.Э.<sup>3</sup>,

1 - МУЗ «ГБСМП-1», г.Казань, 2 - ГОУ ВПО «Казанский государственный медицинский университет», 3 - Казанский государственный университет, г.Казань, Россия

Нестабильная стенокардия (НС) с депрессией сегмента ST (дST) на ЭКГ во время ангинозного приступа характеризуется большой частотой внутрибольничных осложнений, высокой вероятностью реинфарктирования, неблагоприятным долговременным прогнозом и высокой летальностью. Одной из клинических особенностей НС с дST является её рецидивирование, усугубляющее течение ИБС, приводя к повторным госпитализациям и преждевременной смерти пациентов, что обуславливает актуальность поиска дополнительных неинвазивных и доступных методов индикации электрофизиологической неоднородности миокарда.

Цель исследования: выявление взаимосвязи, по собственным данным, клинко-морфологических особенностей течения нестабильной стенокардии с депрессией сегмента ST и показателей ЭКГ ВР.

Материалы и методы. Группа 1 - 6 больных НС с дST на ЭКГ от 1 до 7 мм: 5 женщин (83,33%) и 1 мужчина (16,67%) - средний возраст пациентов 67,67 ± 8,23 года. У всех пациентов развился ОИМ: в 5 случаях (83,33%) с зубцом Q и 1 (16,67%) – без зубца Q.

Макроскопическое изучение сердца с последующим забором биологического материала осуществлялось по методике ВОЗ, в дальнейшем проводилась традиционная гистология, световая микроскопия гистосрезов верхних и средних отделов атриоventрикулярного узла, а также субэндокардиальных отделов передней, боковой и задней стенок левого желудочка (окрашенных гематоксилином-эозином, по Ван-Гизону и по Рего), иммуногистохимия, компьютерный анализ изображения. Общее количество препаратов – 62.

Группа 2 - 85 больных НС с дST: 53 женщины (62,35%), средний возраст 71,53±2,68 года, и 32 мужчины (37,65%), средний возраст 67,91±3,35 года. У 33 больных (38,82%) развился ОИМ. Всем 85 больным проводили исследование поздних потенциалов желудочков (ППЖ) без временного и пространственного усреднения кардиосигнала при поступлении больного в стационар, а также на 3, 7, 14 сутки госпитализации. Для выявления ППЖ применяли традиционные критерии Simson.

Результаты. Прицельное изъятие гистопрепаратов сердца выявило глубокие обменные изменения миокарда. Хроническими проявлениями НС с дST явились крупно- и мелкоочаговый диффузный кардиосклероз, стенозирующий фиброгиалиноз артерий стромы миокарда, периваскулярный фиброз и выраженная гипертрофия сердечной мышцы, образование новых сосудов в фибротизированной строме, а также набухание ядер кардиомиоцитов, появление кариолиза, наличие перинуклеарных просветлений, накопление пигмента «старения» – липофусцина. Остро возникающие изменения отмечены преимущественно в кардиомиоцитах, прилегающих к клеткам проводящей системы сердца: нарушения микрогемодинамики, перимускулярная инфильтрация очагового характера, повышенный цитоз (гистиолимфоцитарная инфильтрация) соединительной ткани, контрактурная дегенерация I – III степени, фрагментация мышечных волокон

ППЖ обнаружены у 23 пациентов (27,06%): 13 (56,52%) женщин и 10 (43,48%) мужчин. У 16 (69,57%) пациентов острая субэндокардиальная ишемия миокарда оказалась проходящей, тогда как у 7 (30,43%) трансформировалась в ОИМ: 5 – без зубца Q и 2 – с зубцом Q. ППЖ несколько чаще встречались у пациентов с проходящей ишемией или ОИМ без зубца Q (29,78%), чем у пациентов с перенесенным ранее инфарктом миокарда (ИМ) или ОИМ с зубцом Q (23,68%). Частота выявления ППЖ зависела от локализации процесса и регистрировалась в 33,33% случаев переднего, в 8,33% – переднебокового, в 60% – нижнебокового ИМ; в 30,77% случаев проходящей ишемии передней, в 35,29% – переднебоковой, в 50% – нижней стенок левого желудочка и в 23,52% случаев циркулярной ишемии миокарда. Регистрация ППЖ

характеризовалась динамичностью: на 1-3 сут госпитализации были выявлены у 14 человек (60,87%), к 7 сут - у 8 человек (34,78%) и к 14 сут – у 5 пациентов (21,74%). При этом, исходная частота регистрации ППЖ была высока в группе больных стенокардией (87,5%), ниже – при ИМ без Q (75%) и ППЖ не выявлены (0%) у больных с развившимся впоследствии Q ИМ. В случае проходящей ишемии частота выявления ППЖ достигла максимума к 3 суткам (100%) и прогрессивно уменьшалась к 14 суткам (37,5%, p<0,05), что свидетельствует о стабилизации состояния, восстановлении адекватного венозного кровотока и метаболизма кардиомиоцитов, а также эффективности проводимой терапии.

Выводы. При НС с дST на ЭКГ во время ангинозного приступа наблюдается ряд характерных изменений кардиомиоцитов и стромы миокарда в задне-перегородочной области левого желудочка, определяющих метаболическую, энергетическую и электрическую нестабильность миокарда, что может определять исход заболевания. В качестве маркера функциональной гетерогенности миокарда вследствие его ишемии у больных НС с дST могут быть использованы ППЖ, выявление которых ассоциировано с возможным благоприятным исходом заболевания.

## 157. ГЕПАТОПРОТЕКТОРНЫЕ ЭФФЕКТЫ ТРАНСКРАНИАЛЬНОЙ ЭЛЕКТРОСТИМУЛЯЦИИ ЗАЩИТНЫХ (ЭНДОРФИНЕРГИЧЕСКИХ) МЕХАНИЗМОВ МОЗГА:

### ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНО-КЛИНИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

Лебедев В.П.<sup>1</sup>, Малыгин А.В.<sup>1</sup>, Мелихова М.В.<sup>2</sup>, Емельянов Д.Н.<sup>3</sup>, Гумаренко А.В.<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Институт физиологии им.И.П.Павлова РАН, <sup>2</sup>ФГУН Институт токсикологии ФМБА, Санкт-Петербург; <sup>3</sup>Волгоградский государственный медицинский университет, Волгоград, Россия.

Цель исследования. Известно, что неинвазивная транскраниальная электростимуляция (ТЭС) эндорфинных механизмов мозга вызывает комплексный гомеостатический эффект, включая стимуляцию процессов регенерации поврежденных тканей разного типа, в том числе эпителия слизистой желудка и двенадцатиперстной кишки. С учетом того, что гепатоциты (ГЦ) эмбрионально происходят из эпителия первичной кишки, предполагалось, что под воздействием ТЭС может происходить нормализация функциональной активности поврежденных ГЦ и ускорение их регенерации.

Материалы и методы. Острые повреждения ГЦ воспроизводили в экспериментах на крысах с помощью внутрижелудочного (в/ж) введения хлоруглеродов (дихлорэтана, четыреххлористого углерода) на протяжении 3-4 дней. Хронический токсический гепатит моделировали в/ж введением дихлорэтана 1 раз в три дня в течение 5 недель. Степень повреждения ГЦ оценивали биохимически по показателям их цитолиза (включая печёчно-специфические ферменты), синтетической и антиоксидантной функций, а также гистологически. Пролиферативную активность гепатоцитов в течение 72 часов после частичной (2/3) гепатэктомии по

интенсивности включения [<sup>3</sup>H]-тимидина и величине митотического индекса. Воздействие ТЭС осуществляли в адаптированном для крыс режиме аппаратом «Трансаир». Для доказательства участия эндорфинергических механизмов использовали блокирование опиоидных рецепторов налоксоном и угнетение ферментов деградации опиоидных пептидов D-лейцином. Интенсивность позитивных эффектов ТЭС сравнивали с таковыми стандартного гепатопротектора «Эссенциале» (Э).

Курс транскраниальной электростимуляции (10 процедур) в виде монотерапии был проведён у 40 больных хроническим гепатитом алкогольной этиологии. Для проведения ТЭС-терапии использовался аппарат «Трансаир-01». Оценивали изменения того же набора печеночных ферментов, а также внутripечёночную гемодинамику при помощи биполярной реоэнцефалографии, а также содержание продуктов перекисного окисления липидов и активность ферментов антиоксидантной защиты.

**Результаты.** После острого отравления под влиянием ТЭС (4 сеанса) происходило интенсивное восстановление всех оцениваемых показателей функции ГЦ. У животных этой группы нормализовались показатели нагрузочных проб, цитолиза и синтетической функции печени, а также исчезли признаки деградации и жирового перерождения гепатоцитов. Эффект Э был существенно слабее эффектов ТЭС, а эффекты их комбинации были менее выражены, чем при монотерапии каждым из них в отдельности. Налоксон в значительной мере устранял эффекты ТЭС, при этом все исследуемые показатели статистически достоверно не отличались от группы животных, не получавших лечение. D-лейцин усиливал действие ТЭС. При хроническом отравлении ТЭС поддерживала нормальное функциональное состояние ГЦ, не вызывая при этом признаков разрастания междольковой соединительной ткани, опасного возникновением цирроза. После частичной гепатэктомии под влиянием ТЭС возникало отчетливое опережение в приросте массы и увеличении весовых коэффициентов печени. Одновременно с этим через 24 часа после операции наблюдалось увеличение в 1,6 раза числа меченых ядер и в 2,4 раза возрастало количество митозов по сравнению с контролем.

У больных после курса ТЭС-терапии как средства монотерапии существенно уменьшалась повышенная концентрация в плазме крови печёночно-специфических ферментов. Возрастала активность ферментов антиоксидантной защиты. Уменьшилось содержание продуктов перекисного окисления. Улучшились показатели внутripеченочной гемодинамики, возросли амплитудные показатели систолического и диастолического индексов. Важно, что пациенты отмечали существенное улучшение общего самочувствия.

**Выводы.** Экспериментальные данные показывают, что ТЭС, активирующая эндорфинергические механизмы мозга, может являться эффективным немедикаментозным гепатопротекторным воздействием, не создающим опасности возникновения цирроза. При применении ТЭС-терапии как средства монотерапии для лечения больных алкогольным гепатитом печени отмечены многосторонние положительные влияния на выраженность цитолитического синдрома, процессы

перекисного окисления липидов, состояние ферментной антиоксидантной защиты, гемодинамику печени и поэтому может быть с успехом использована при лечении заболеваний печени.

## 158. О ВОЗМОЖНОСТЯХ ПРИМЕНЕНИЯ ТРАНСКРАНИАЛЬНОЙ ЭЛЕКТРОСТИМУЛЯЦИИ ЗАЩИТНЫХ (ЭНДОРФИНЕРГИЧЕСКИХ) МЕХАНИЗМОВ МОЗГА ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ САХАРНОГО ДИАБЕТА:

### ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНО-КЛИНИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

Лебедев В.П.<sup>1</sup>, Малыгин А.В.<sup>1</sup>, Биличенко С.В.<sup>1</sup>, Рогова Н.В.<sup>2</sup>, Петров В.И.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Институт физиологии им.И.П.Павлова РАН, Санкт-Петербург; <sup>2</sup>Волгоградский государственный медицинский университет, Волгоград, Россия.

**Цель исследования.** В настоящее время разработка средств и методов лечения сахарного диабета (СД), оказывающих влияние на различные звенья патогенеза этого заболевания, является актуальной задачей. Предполагалось, что одним из эффективных методов лечения СД может стать транскраниальная электростимуляция (ТЭС) эндорфинергических механизмов мозга, сопровождающаяся существенным повышением уровня β-эндорфина в крови. Вероятность этого предположения основана на том, что β-клетки поджелудочной железы происходят из эпителия первичной кишки и обильно снабжены опиоидными рецепторами.

**Материалы и методы.** Эксперименты выполнялись на моделях аллоксанового и стрептозотоцинового диабета у крыс. Исследовали влияния ТЭС (аппарат «Трансаир», адаптированный для крыс) на уровень глюкозы крови, сравнивали выраженность эффекта с таковым у известных противодиабетических средств (сиофора в дозе 50 и 100 мг/кг и глибенкламида в дозе 0,4 мг/кг), а также возможность комбинированного воздействия ТЭС и этих препаратов. Иммуноферментным методом исследовали влияние ТЭС на содержание инсулина крови. Проводили гистологическое и гистохимическое исследование влияния ТЭС на способность поврежденных β-клеток хвостовой части поджелудочной железы к репаративной регенерации и продукции инсулина.

В клиническое исследование (открытое, простое, рандомизированное) включались пациенты с сахарным диабетом 2 типа (СД2) в состоянии субкомпенсации или декомпенсации углеводного обмена. Все пациенты с СД2 разделялись по ИМТ на 2 группы – без ожирения и с ожирением, затем в каждой из этих двух групп проводилась рандомизация пациентов. В группу СД2 без ожирения основная подгруппа получала курс ТЭС-терапии, подгруппа сравнения – микронизированный глибенкламид. В группе СД2 с ожирением основная подгруппа получала ТЭС-терапию; группа сравнения – сиофор, дополнительная группа – ТЭС-терапию + сиофор. В каждой подгруппе было от 16 до 20 больных. У всех пациентов до и после курса назначенной терапии изучали суточный профиль инсулинемии и гликемии. Уровень инсулина в сыворотке крови определяли иммунологическим методом (наборы фирмы DRG-

Diagnostics, Германия). Уровень глюкозы определяли в цельной капиллярной крови из пальца с помощью портативного глюкометра (фирма Roche, Германия).

**Результаты.** ТЭС способствовала нормализации уровня глюкозы к 7-8 дню после введения аллоксана, а после введения стрептозотоцина – к 28-30 дню, в то время как в нелеченых группах этот срок составил соответственно 20-22 день (аллоксан) или же уровень глюкозы оставался выше исходных значений (стрептозотин). Блокатор опиоидных рецепторов устранял антигипергликемический эффект ТЭС. Антигликемический эффект ТЭС был более выраженным, чем таковой у сиофора и глибенкламида в выбранных дозах. Эффект ТЭС усиливается только в комбинации с сиофором. ТЭС повышала сниженный уровень инсулина крови у крыс диабетом. Гистологически отмечена регенерация поврежденных  $\beta$ -клеток и восстановление в них грануляции проинсулина.

После курса ТЭС-терапии достоверно снижался уровень гликемии во всех группах больных, особенно у пациентов с СД2 без ожирения. Это влияние превосходило эффект глибенкламида по нормализации фаз секреции инсулина и отсутствию гипогликемических состояний. У пациентов с ожирением при ТЭС-терапии также наблюдалась нормализация фаз секреции инсулина. При исходно выраженной в этих группах больных гиперинсулинемии и инсулинорезистентности ТЭС-терапия не вызывала роста гиперинсулинемии и отмечено достоверное снижение постпрандиальной гликемии. Возможно ТЭС-терапия приводит к небольшому снижению инсулинорезистентности, что повышает эффективность эндогенного инсулина и, как следствие, снижение постпрандиальной гликемии. Монотерапия сиофором у пациентов с ожирением была эффективнее монотерапии ТЭС, однако комбинация ТЭС-терапии с сиофором дала полную компенсацию нарушений углеводного обмена.

**Выводы.** Выявлен антигипергликемический эффект ТЭС при экспериментальном диабете, а также наличие стимулирующего влияния ТЭС на процессы репаративной регенерации поврежденных  $\beta$ -клеток островков Лангерганса поджелудочной железы с восстановлением их инсулинпродуцирующей функции. Результаты клинического исследования убедительно доказывают, что включение ТЭС-терапии в комплексное лечение больных СД2 значительно улучшает показатели углеводного обмена, позволяет оптимизировать терапию таких больных и имеет определенные перспективы широкого клинического применения.

### 159. ЧАСТОТА И СПЕКТР ЗАБОЛЕВАНИЙ ЖКТ У БОЛЬНЫХ АКНЕ

Леденцова С.С., Смирнова И.О., Петунова Я.Г., Смирнова О.Н.

МАНО «Поликлиника Санкт-Петербургского Государственного Университета», Санкт-Петербург, РФ

Акне (угревая болезнь) – хроническое рецидивирующее заболевание кожи, с гиперпродукцией кожного сала и закупоркой гипеплазированных сальных желёз с последующим их воспалением. Многие авторы указывают на частое сочетание УБ с заболеваниями органов желудочно-кишечного тракта (ЖКТ), которые

оказывают влияние на течение кожного процесса (А.В. Самцов, 2009).

Целью исследования послужило изучение частоты и спектра заболеваний ЖКТ у больных акне различной степени тяжести.

Нами обследовано 62 пациентов (41 женщин, 21 мужчин) с акне в возрасте от 17 до 52 лет. Форму и клиническую тяжесть заболевания оценивали по шкале Американской Академии Дерматологии. У 12 (19,35%) была выявлена комедональная форма лёгкая степень тяжести, у 19 (30,65%) папулёзная средней степени тяжести, у 25 (40,32 %) пациентов была диагностирована папуло-пустулёзная тяжёлая форма заболевания, и очень тяжёлая узловато-кистозная форма акне наблюдалась у 6 (9,68%) пациентов. При диагностике заболеваний ЖКТ помимо общеклинического обследования, фиброгастроуденоскопии и ультразвукового исследования органов брюшной полости серологическими методами исключалась паразитарная инвазия (описторхоз, эхинококкоз, трихинеллез, токсокароз, лямблиоз).

Жалобы, характерные для заболеваний ЖКТ, предъявляли 37 из 62 (59,7 %) больных с акне. Хронический гастрит выявлен у 16 из 37 пациентов, в том числе ассоциированный с *Helicobacter pylori* у 11. В 7 наблюдениях диагностирована язвенная болезнь желудка, ассоциированная с *Helicobacter pylori* у 5 пациентов. Дискинезия желчевыводящих путей диагностирована у 11 больных, хронический холецистит – у 10 (в том числе у 4 калькулёзный), хронический панкреатит – у 12. В 10 наблюдениях пациенты страдали сочетанной патологией: хроническим холециститом, дискинезией желчевыводящих путей и хроническим панкреатитом. Гепатит «В» у 1 человека и патология не выявлена 1 человек. В ходе обследования 25 пациентов, не пръявляющих характерных жалоб, у 7 выявлена паразитарная инвазия больных: лямблиоз у 5 и токсокароз у 2 из них.

При сопоставлении данных о выявленной патологии ЖКТ с тяжестью течения УБ, выявлено, что для пациентов с тяжёлым и очень тяжёлым акне была характерна сочетанная патология, нередко в стадии обострения. В структуре преобладали заболевания желудка и ЖВП. Напротив, практически у половины пациентов с легкими и средне-тяжёлым акне (45%) патологии ЖКТ выявлено не было.

Таким образом, для пациентов с акне характерна сочетанная патология ЖКТ. Тяжёлые формы, часто сочетаются с различными заболеваниями ЖКТ, среди которых преобладает патология желудка и желчевыводящих путей. Пациентам необходимо комплексное дерматологическое лечение и коррекция заболеваний ЖКТ.

### 160. ПРИМЕНЕНИЕ ЭНДОСКОПИЧЕСКИХ СПОСОБОВ ОСТАНОВКИ КРОВОТЕЧЕНИЯ У БОЛЬНЫХ ЦИРРОЗАМИ ПЕЧЕНИ

Лесовик В.С., Васильченко М.И., Зыков Д.В.

2 Центральный военный клинический госпиталь им. П.В.Мандрыка МО РФ, г.Москва

Кровотечения из варикозно расширенных вен пищевода и желудка продолжают оставаться одной из



дискриминантный анализ (ДА), позволяющий классифицировать объекты оптимальным способом (минимум вероятности ложной классификации). Для проведения ДА необходимо выполнение следующего условия: измеренные характеристики должны быть представлены количественно. Этому условию удовлетворяют результаты биохимических анализов.

В общем виде дискриминантные функции  $h_k$  для  $k$  – ой группы имеют вид:

$$h_k = b_{k0} + \sum_{i=1}^p b_{ki} \cdot X_i = b_{k0} + b_{k1} \cdot X_1 + b_{k2} \cdot X_2 + \dots + b_{kp} \cdot X_p$$

где  $p$  – число переменных,  $k$  – номер группы,  $X_i$  – значение  $i$  – переменной. Коэффициенты  $b_{ki}$  рассчитываются по результатам ДА имеющихся данных.

Основанием отнесения случая к  $k$  – ой группе является наибольшее значение дискриминантной функции  $h_k$ , т.е. у пациента диагностируется  $k$ -я стадия АБП  $z_k \in Z$  при  $y_k = \max\{y_1, y_2, y_3\}$ .

Качество классификации оценивается  $\Lambda$ -статистикой Уилкса (принимает значения от 0 до 1, при меньших значениях качество классификации выше).

Для решения указанных задач диагностики предварительно были обследованы различные группы пациентов с АБП: стеатоз (39 человек, из них 30 мужчин и 9 женщин), хронический гепатит (35 человека, из них 27 мужчин и 8 женщин), цирроз печени класс А по Чайлд-Пью (32 человека, из них 22 мужчины и 10 женщин). Программа обследования включала 64 клинических, сонографических и биохимических критерия (Х 64).

**Результаты и их обсуждение.** В процессе проведения дискриминантного анализа полученных данных были выявлены наиболее значимые параметры для классификации пациентов (в среднем вероятность распознавания составила 80%): индекс массы тела, холестерин, ГГТП, коэффициент де Ритиса, протромбиновое время.

Коэффициенты дискриминантных функций ( $b_i$ ) приведены ниже.

Для стеатоза: индекс массы тела (Х27) - 3,3762; холестерин (Х53) - 3,1601; ГГТП (Х55) - 0,1603; коэффициент де Ритиса (Х57) - 5,7746; протромбиновое время (Х63) - 1,2595;  $b_0$ (constant) – (-75,8828).

Для гепатита: индекс массы тела (Х27) - 2,3692; холестерин (Х53) - 4,5363; ГГТП (Х55) - 0,1536; коэффициент де Ритиса (Х57) - 13,2486; протромбиновое время (Х63) - 2,5145;  $b_0$ (constant) – (-96,0089).

Для цирроза: индекс массы тела (Х27) - 1,135; холестерин (Х53) - 7,343; ГГТП (Х55) - 0,657; коэффициент де Ритиса (Х57) - 1,423; протромбиновое время (Х63) - 3,595;  $b_0$ (constant) – (-114,823).

В данном случае Wilks' Lambda = 0,0329360 (качество классификации),  $p < 0,0000$ ...

Таким образом, при диагностировании одной из трех стадий АБП требуется использовать 5 критериев и необходимо применить модель следующего вида:

$$Z = \begin{cases} z_1 & \text{при } y_1 = \max\{y_1, y_2, y_3\}, \\ z_2 & \text{при } y_2 = \max\{y_1, y_2, y_3\}, \\ z_3 & \text{в противном случае,} \end{cases}$$

$$\begin{aligned} y_1 &= -75,8828 + 3,3762 \cdot x_{27} + 3,1601 \cdot x_{53} + 0,1603 \cdot x_{55} + 5,7746 \cdot x_{57} + 1,2595 \cdot x_{63}, \\ y_2 &= -96,0089 + 2,3692 \cdot x_{27} + 4,5363 \cdot x_{53} + 0,1536 \cdot x_{55} + 13,2486 \cdot x_{57} + 2,5145 \cdot x_{63}, \\ y_3 &= -114,823 + 1,135 \cdot x_{27} + 7,343 \cdot x_{53} + 0,657 \cdot x_{55} + 1,423 \cdot x_{57} + 3,595 \cdot x_{63}. \end{aligned}$$

Здесь  $x_{27}$  – индекс массы тела,  $x_{53}$  – холестерин,  $x_{55}$  – ГГТП,  $x_{57}$  – коэффициент де Ритиса,  $x_{63}$  – протромбиновое время.

**Выводы.** Применение разработанной нами математической модели, основанной на ДА, позволит оптимизировать диагностику прогрессирования АБП в клинической практике. В свою очередь достижение желаемых результатов лечения при этом заболевании во многом определяется своевременным установлением его стадии [Буеверов А.О., Маевская М.В., Ивашкин В.Т. 2005].

### 163. ГЕПАТИТ А: ОСОБЕННОСТИ ЭПИДЕМИОЛОГИИ И КЛИНИКИ

Лошкарева В.Н., Софронова Л.В., Семериков В.В.

Государственное образовательное учреждение высшего профессионального образования «Пермская государственная медицинская академия имени академика Е.А. Вагнера», Пермь, Россия.

**Цель исследования.** Изучение особенностей эпидемиологии и клиники гепатита А на фоне проведения массовой вакцинации.

**Материалы и методы.** Изучены показатели заболеваемости гепатитом А на территории города Перми за последние 20 лет. Проанализировано течение гепатита А у 82 детей города Перми, получавших лечение в инфекционном отделении "Детской городской клинической больницы № 3" в период с 2004 по 2009 год.

**Результаты и их обсуждение.** Колебания показателей заболеваемости гепатитом А за период с 1990 по 2009 годы составили от 3.16 на 100 тысяч населения в 2009 году до 268.3 на 100 тысяч - в 1995 году. Подъемы заболеваемости отмечены в 1990, 1995, 2001, 2007 годах. Заболеваемость гепатитом А на территории города Перми носила неравномерный характер и имела отчетливую тенденцию к снижению. Основными группами риска являлись дети 3 – 6 и 7 – 14 лет. В 2007 году показатель заболеваемости гепатитом А вырос в 6 раз в сравнении с предыдущим годом и составил 23.01 на 100 тысяч. В апреле 2008 года была проведена массовая иммунизация организованных детей 3 - 6 лет и школьников 1 – 4 классов. Всего было привито 38 450 детей, что составило 50% от общей численности детей, входящих в группу риска. В результате проведенной иммунизации уровень заболеваемости гепатитом А в 2008 году снизился в 6 раз, при этом показатели заболеваемости в прививаемых группах снизились в 10 раз. В группе неорганизованных детей 3-6 лет, где иммунизация не проводилась, показатель заболеваемости снизился в 2 раза.

Госпитализация детей с гепатитом А проводилась в инфекционное отделение «Детской городской клинической больницы № 3». За 4 года, предшествовавших иммунизации, в отделении получили

лечение 66 детей с гепатитом А, после проведения вакцинации, за 2 года в отделение было госпитализировано 16 детей. Мальчики составили 56,2%, девочки 43,8%. Не было отмечено сочетания гепатита А с вирусными гепатитами В и С.

Дети с желтушной формой гепатита составили 70,0%. Заболевание чаще протекало в среднетяжелой (50,6%) и легкой (43,8%) форме. Тяжелое течение диагностировано у 4,9% детей, все случаи до проведения вакцинации. У 86,4% больных заболевание протекало остро, однако, ежегодно имело место затяжное течение гепатита А. У 78,0% детей гепатит протекал с наличием продромального периода. Начало заболевания сопровождалось подъемом температуры у 69,8% детей, катаральные явления отмечены у 32,8% пациентов. При этом до проведения массовой иммунизации катаральные явления имели 40,9% детей с гепатитом А, после – у 15%.

Повышение билирубина в основном происходило за счет прямой фракции, у 30,1% отмечалось также повышение и непрямой фракции билирубина. Повышение уровня АЛТ отмечено у всех больных, тимоловой пробы - у 94,5%. Сулемова проба оставалась в пределах нормы у 65,1% детей. У 72,6% пациентов количество лейкоцитов было в пределах возрастной нормы, лейкопения выявлена у 16,4%, в 2 раза реже встречался лейкоцитоз (8,2%). Увеличение СОЭ отмечалось у 79,4% больных.

При выписке у всех детей отсутствовали жалобы, желтуха, симптомы интоксикации, боли в животе, тошнота, рвота, размеры печени имели тенденцию к нормализации. У 12,3% пациентов при выписке из отделения печень оставалась увеличенной более 2 см. К моменту выписки из стационара произошла нормализация уровня билирубина у 91,7 % пациентов, уровня АЛТ у 61,6%, тимоловой пробы у 13,6%. СОЭ к моменту выписки оставалось увеличенным у 64,3% больных.

**Выводы.** Полученные данные свидетельствуют о высокой профилактической эффективности иммунизации детей против гепатита А.

Клинические проявления гепатита А у наблюдавшихся нами детей в основном совпадали с литературными данными. В нашем исследовании у пациентов чаще имело место повышение непрямой фракции билирубина и увеличение СОЭ. После проведения массовой вакцинации течение гепатита А реже сопровождалось наличием катаральных явлений, не было случаев тяжелого течения заболевания.

#### 164. ДИНАМИЧЕСКАЯ ЭЛАСТОГРАФИЯ ПЕЧЕНИ В КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ У БОЛЬНЫХ ТОКСИЧЕСКИМ ГЕПАТИТОМ

Маев И.В., Каракозов А.Г., Еремин М.Н.

ГОУ ВПО МГМСУ Росздрава, кафедра пропедевтики внутренних болезней и гастроэнтерологии Москва, Россия

**Цель исследования.** Определить динамику степени фиброза печени при токсических ее поражениях для оценки эффективности проводимой терапии и определения прогноза заболевания.

**Материалы и методы.** В исследование вошли пациенты с гепатитами токсической этиологии, которым кроме стандартного обследования (физикальное, ЭГДС, ЭКГ, УЗИ, мультиспиральная КТ органов брюшной полости, пункционная биопсия печени, лабораторная диагностика) двукратно проводилась эластография печени и биохимический тест крови - исходно и через 6 месяцев. «Фиброскан» – это аппарат, датчик которого генерирует колебания, передаваемые на подлежащие исследуемые ткани печени и создающие упругие волны, подвергающие модуляции отраженный ультразвук. Скорость распространения упругих волн определяется эластичностью печеночной ткани. Суммарный объем подвергающейся исследованию ткани составляет в среднем 6см<sup>3</sup>, что многократно превышает таковой при пункционной биопсии. Полученный результат выражается в килопаскалях (кПа) затем эти данные сопоставляются с индексом гистологической активности по системе «METAVIR» что позволяет определить степень фиброза печени от F0 до F4.

**Результаты и обсуждения.** В период с мая 2009г по настоящее время обследовано 32 пациента с токсическим гепатитом алкогольного и лекарственного генеза, все лица мужского пола, средний возраст 43,2года +/- 4,6года. Исходно по данным эластографии средний показатель эластичности печени составил 7,8кПа (от 3,2 до 11,8кПа). По среднему показателю эластичности печени пациенты распределились следующим образом: F0 - 4,3кПа (5 человек); F1 - 6,5кПа (9 человек); F2 – 8,7кПа (13 человек); F3 – 11,2кПа (5 человек); F4 (0 пациентов). 26 пациентов на протяжении 6 месяцев получали терапию препаратом урсодексихолевой кислоты в дозе 10мг\кг веса в сутки. Через 6 месяцев, от начала лечения, по данным повторной эластографии печени, средний показатель эластичности составил 6,4кПа (от 2,3 до 10,6кПа). Достоверность отличий не подсчитывалась в виду малого количества пациентов.

**Выводы.** Применение ультразвуковой эластографии печени целесообразно проводить через 6 месяцев от начала терапии. Метод является неинвазивным, безопасным, может повторяться неоднократно (оценка эффективности лечения). Препараты урсодексихолевой кислоты улучшают прогноз заболевания, уменьшая (стабилизируя) фиброгенез в печени. Исследование требует продолжения, увеличения количества больных со статистической обработкой полученных результатов.

#### 165. ВСТРЕЧАЕМОСТЬ АНОМАЛИЙ ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ У ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

Майорова Е.М.

Кафедра терапии, ГОУ ДПО «КГМА» Росздрава, г.Казань, Россия.

**Цель:** изучить встречаемость аномалий желчного пузыря (ЖП) у больных ЖКБ, бескаменным холециститом (БХК), хроническим гепатитом (ХГ), циррозом печени (ЦП), ГЭРБ, хроническим гастритом (ГХ), ЯБЖ, ЯБДПК и хроническим панкреатитом (ХП).

**Материалы и методы:** в РКБ №3 сплошным методом на УЗИ ( HDI-1500 датчик 3,5 мгц, стандартные положения) обследовано 123 человека.

**Результаты:** аномалии выявлены у 40 чел. (32,5%). ЖКБ – 7 ж., средний возраст без аномалий – 64,0±4,03 лет, с аномалиями – 67 лет, аномалии у 1 ж. (14,3%) с перетяжкой, перегибы и S-образный ЖП не выявлены. БКХ -13 ж. и 7 м., средний возраст у лиц без аномалий – 51,2±5,38 лет, с аномалиями 42,6±5,90 лет, аномалии у 2 ж. и 2 м. (20%): перегибы – у 2, перетяжки – у 3, S-образный ЖП – у 3. ХГ – 4 ж. и 10 м., средний возраст у лиц без аномалий – 36,7±2,90 лет, с аномалиями – 42,2±4,64 года, аномалии – у 3 ж. и 2 м. (35,7%): перегибы – у 1, перетяжки – у 5, S-образный ЖП – у 1. ЦП – 7 ж. и 6 м., средний возраст у лиц без аномалий – 49,6±4,39 лет, аномалии – у 1 ж. и у 1 м. (15,4%): перегибы – нет, перетяжка – у 2, S-образный ЖП – у 1. ГЭРБ – 2 ж. и 16 м., средний возраст без аномалий – 41,9±2,14 лет, с аномалией – у 2 ж. и 6 м. (27,1%): перегибы – у 2, перетяжки – у 7, S-образный ЖП – у 4. ГХ – 6 ж. и 9 м., средний возраст у лиц без аномалий – 36,4±2,77 лет, с аномалией – 40,6±5,67 лет, аномалии – у 5 ж. и у 5 м. (66,7%): перегибы – у 5, перетяжки – у 6, S-образный ЖП – у 7. ЯБЖ – 6 ж. и 3 м., средний возраст у лиц без аномалий – 61,7±4,45 лет, с аномалией 42,5±6,5 лет, аномалии – у 1 ж. и 1 м. (22,25): перетяжка – у 2, перегибов и S-образного ЖП нет. ЯБДПК – 6 ж. и 6 м., средний возраст у лиц без аномалий – 35,2±8,73 лет, с аномалией 37,6±5,19 лет, аномалии – у 2 ж. и у 5 м. (58,3%): перегибы – у 4, перетяжки – у 5, S-образный ЖП – у 6. ХП – 7 ж. и 7 м., средний возраст у лиц без аномалий – 53,8±3,87 лет, с аномалией – 44 года, аномалии – у 1 м. (7,1%): перегиб и перетяжка.

**Выводы:** аномалии ЖП чаще всего обнаруживаются при ГХ, ЯБДПК и ГЭРБ.

#### 166. ВОЗРАСТ ДЕБЮТА БОЛЕЗНИ КРОНА И НЕСПЕЦИФИЧЕСКОГО ЯЗВЕННОГО КОЛИТА У ДЕТЕЙ

Малахинова Н.А.

Российский Государственный Медицинский Университет (РГМУ), Москва, Россия

**Цель исследования:** определить возраст дебюта болезни Крона и неспецифического язвенного колита у детей.

**Материалы и методы.** В исследование было включено 150 детей с воспалительными заболеваниями кишечника, из них было 50 пациентов с болезнью Крона и 100 – с неспецифическим язвенным колитом, у которых дебют заболевания произошел в возрасте до 18 лет. Больные находились на стационарном лечении в Российской Детской Клинической Больнице, Научном Центре Здоровья Детей РАМН, Детской Городской Клинической Больнице №13 города Москвы. На момент обследования возраст больных был от 1 года до 17 лет 11 месяцев. Средний возраст у больных с неспецифическим язвенным колитом был равен 11,37 ± 1,2 года, при болезни Крона – 13,26 ± 0,91 года. При неспецифическом язвенном колите пациенты мужского пола составили 51 (51%) и женского пола 49 (49%), а при болезни Крона 29 (58,0%) и 21 (42%), соответственно.

**Результаты и их обсуждение.** Воспалительные заболевания кишечника манифестировали в различные возрастные периоды до 18 лет. При сравнении возраста манифестации заболевания у пациентов с болезнью

Крона и неспецифическим язвенным колитом выявлено, что дебют неспецифического язвенного колита в 2,2 раза чаще происходил в возрасте от 0 до 3 лет и составил 31% против 14% при болезни Крона. Манифестация заболевания в возрастной группе от 4 до 6 лет при болезни Крона (10%) и неспецифическом язвенном колите (12%) не имела существенных отличий. В младшем школьном возрасте 7-11 лет заболело 42% детей с болезнью Крона и 35% детей с неспецифическим язвенным колитом. В старшем школьном возрасте болезнь Крона развилась у 34% детей, а неспецифический язвенный колит – у 22% детей. Время манифестации воспалительных заболеваний кишечника в среднем составило 8,26 ± 0,76 лет, в том числе при болезни Крона 9,60 ± 1,12 лет и для неспецифического язвенного колита – 7,59 ± 0,99 лет.

**Выводы:** наиболее часто манифестация воспалительных заболеваний кишечника у детей происходила в возрастных группах от 7 до 11 лет – у 56 детей (37,3%) и от 12 до 17 лет – у 39 детей (26%). В возрастной группе от 2 месяцев до 3 лет при неспецифическом язвенном колите дебют заболевания отмечался в 2,2 раза чаще, чем при болезни Крона.

#### 167. ЛОКАЛИЗАЦИЯ ПОРАЖЕНИЯ ПРИ БОЛЕЗНИ КРОНА У ДЕТЕЙ

Малахинова Н.А.

Российский Государственный Медицинский Университет (РГМУ), Москва, Россия

**Цель исследования:** определить локализацию поражения при болезни Крона у детей.

**Материалы и методы.** В исследование было включено 50 пациентов с болезнью Крона. Больные находились на стационарном лечении в Российской Детской Клинической Больнице, Научном Центре Здоровья Детей РАМН, Детской Городской Клинической Больнице №13 города Москвы. На момент обследования возраст больных был от 1 года до 17 лет 11 месяцев. Средний возраст был равен 13,26 ± 0,91 лет. Распределение пациентов по полу: мальчиков 29 (58,0%) и девочек 21 (42%). Длительность заболевания в среднем составила 3,86 ± 0,86 года. По монреальской классификации болезни Крона (2005) были выделены следующие локализации поражения: илеит, колит, илеоколит, верхние отделы желудочно-кишечного тракта и илеит, верхние отделы желудочно-кишечного тракта и колит, верхние отделы желудочно-кишечного тракта и илеоколит.

**Результаты и их обсуждение.** В исследуемой группе с болезнью Крона илеоколит был диагностирован у 29 детей (58%), илеит – у 8 детей (16%), колит – у 3 больных (6%). Поражение верхних отделов желудочно-кишечного тракта и илеоколит отмечались у 7 детей (14%), поражение верхних отделов желудочно-кишечного тракта у 2 детей (4%) сочеталось с илеитом и у 1 пациента (2%) – с колитом. Поражения верхних отделов желудочно-кишечного тракта можно распределить по частоте встречаемости у детей в данной группе следующим образом: желудок (90%), двенадцатиперстная кишка (40%), пищевод (30%), ротовая полость (20%). Высокий процент встречаемости илеоколита и поражения верхних отделов желудочно-

кишечного тракта может быть обусловлен концентрацией пациентов с тяжелой степенью болезни Крона в Российской Детской Клинической Больнице и Научном Центре Здоровья Детей РАМН.

**Выводы.** В результате данного исследования наиболее часто при болезни Крона выявлено поражение подвздошной кишки (78%), но особо следует отметить, что в 72% случаев у детей был определен илеоколит. В исследуемой группе отмечается высокий процент поражения верхних отделов желудочно-кишечного тракта (20%).

### 168. СЛУЧАЙ ЭНДОСКОПИЧЕСКОГО ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТА «КАПРОФЕР» ДЛЯ ОСТАНОВКИ ЛЕГЧЕГО КРОВОТЕЧЕНИЯ

Малов В.И., Мусорина В.П., Скажутина Л.Н., Заворыкина Л.Ю.

ГУЗ «Краевая клиническая больница», г. Чита, главный врач Лиханов И.Д.

**Цель исследования.** Установить возможность использования препарата «Капрофер» для остановки легочного кровотечения, не поддающегося другим методам гемостаза.

**Материалы и методы.** Остановку кровотечения проводили у больной Д.В., 29 лет, проходившей лечение в отделении гнойной хирургии по поводу деструктивной пневмонии, локализовавшейся в верхней доле правого легкого. Раствор капрофера в разведении 1:4, 5 мл вводили в устье верхнедолевого бронха справа (при бронхоскопии было установлено поступление алой крови из заднего сегмента (В<sub>2</sub>) правого верхнедолевого бронха).

**Результаты и их обсуждение.** До применения исследуемого препарата больной была проведена в рентгеноперационной эндоваскулярная окклюзия ветвей правой бронхиальной артерии, но через 2 суток кровотечение возобновилось. Попытки остановки кровотечения местным применением адреналина, винпосола, ферракрила, раствора ε-аминокапроновой кислоты были неэффективными. Попытка инструментальной остановки методом клапанной бронхоблокации была невозможна в связи с несоответствием диаметров бронхоскопа и клапанного бронхоблокатора. Введение капрофера кровотечение остановило. В последующие дни обильного кровохарканья не было. Препарат «Капрофер», в соответствии с инструкцией и по данным литературы, рекомендован для остановки кровотечений в стоматологической практике [Э. Бабаян, 1984, В.П. Савенков с соавт., 2000] и при диффузных кровотечениях из множественных эрозий и язв, разрывов слизистой оболочки кардиопищеводной зоны и из распадающихся опухолей желудка [Ф.И. Капуцкий с соавт., 1999; Л.Я. Тимен с соавт., 1995; А.Я. Гриненко с соавт., 2004; Leedman van M.E et al., 2000; Spiegel V.M. et al., 2003]. Указаний на возможность использования препарата при остановке кровотечений другой локализации в литературе, доступной через Интернет, нами не найдено.

**Заключение.** В отдельных случаях допустимо использование препарата «Капрофер» для остановки кровотечений из бронхиального дерева.

### 169. ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИММУНОКОРРЕКЦИИ ПРЕПАРАТОМ «ВИФЕРОН» У ДЕТЕЙ С ИММУНОДЕФИЦИТНЫМ СОСТОЯНИЕМ, ВАКЦИНИРОВАННЫХ ПРОТИВ ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА «В»

Мансурова А.А., Жумадилов Ж.Ш., Эфендиев И.М.

Государственный медицинский университет города Семей, Медицинский Университет «Астана», Республика Казахстан

Вакцинация против вирусного гепатита «В» (ВГВ) является наиболее существенным подходом к профилактике данного заболевания на современном этапе. Напряженность специфического иммунитета у детей оказывается различной, причины чего до конца не изучены. Одними из возможных факторов являются различия состояния неспецифического иммунитета. Поэтому коррекция иммунодефицитного состояния, развивающегося у детей раннего возраста при воздействии различных факторов, может способствовать улучшению результатов вакцинации против вирусного гепатита «В».

**Цель настоящего исследования** - изучить влияние препарата «Виферон» на выработку специфических анти-НВs антител у детей с иммунодефицитным состоянием (ИДС), вакцинированных против ВГВ.

**Материалы и методы исследования.** Проведено иммунологическое обследование 395 новорожденных и далее этих же детей в 2 и 4 месяца (в соответствии со схемой вакцинации 0-2-4). В 35 случаях из 70 детей с ИДС проводилась иммунокоррекция препаратом «Виферон». Иммунокоррекцию препаратом «Виферон-1» проводили в течение 5 дней от начала 1-й вакцинации, затем за 7-10 дней перед второй и за 7-10 дней перед третьей вакцинацией. Показатели иммунного статуса определяли методом моноклональных антител. Исследование уровня анти-НВs антител проводили методом ИФА в сроки через 1 месяц после введения каждой иммунизирующей дозы вакцины.

**Результаты исследования и их обсуждение.** В ходе исследования выявлено наличие достоверных различий по содержанию специфических антител у детей в зависимости от их исходного иммунного статуса. После 1-й вакцинации выявлено достоверно более низкое значение содержания анти-НВs антител в группе с диагностированным в тот же срок иммунодефицитным состоянием. Различия с группой сравнения составили 44,2% (p<0,01). После 2-й вакцинации имелась динамика к повышению содержания анти-НВs антител в обеих выделенных группах. Однако у детей без ИДС степень этого повышения относительно исходного уровня составила 141,1%, а в группе с ИДС – только 66,7%. Степень различий между группами увеличилась и составила на данном этапе исследования 159,1% (p<0,01). После 3-й вакцинации степень повышения анти-НВs антител относительно второго срока обследования составила в группе без ИДС – 111,7%, а с наличием ИДС – 65,1%. Различия по среднему показателю между группами были очень выраженными и достигли 232,1% (p<0,01). В результате изучения напряженности поствакцинального иммунитета при применении виферона у детей с ИДС установлено, что после 1-й вакцинации величина содержания анти-НВs

антител у иммунокомпроментированных детей почти в 2 раза ниже, чем в группе сравнения ( $p < 0,05$ ). После 2-й вакцинации анализ был проведен с учетом иммунокоррекции. Выявленные различия свидетельствуют об эффективности проводимой иммунокоррекции. Так, различия с контрольной группой без проведения иммунокоррекции достигают 61,4% ( $p < 0,01$ ), при проведении иммунокоррекции – 30,7% ( $p < 0,01$ ), но между группами также отмечается достоверная разница в пользу проведения иммунокоррекции, достигающая 79,5% ( $p < 0,01$ ). После 3-й вакцинации степень снижения содержания анти-НВs антител у детей с ИДС группы сравнения достигает 69,9% ( $p < 0,01$ ), при проведении иммунокоррекции – 35,4% ( $p < 0,01$ ). Различия между группами детей с ИДС в зависимости от проводимой коррекции достигают 114,6% ( $p < 0,01$ ).

**Выводы.**

1. Отмечается четкая зависимость среднего содержания анти-НВs антител от состояния клеточного иммунитета у новорожденных и детей первого полугодия жизни. Имело место нарастание степени различий данного показателя по времени.
2. Проведение иммунокоррекции препаратом «Виферон» способствует высоко достоверному повышению титра протективных антител при вакцинации против вирусного гепатита «В».

**170. ПЕРСИСТЕНЦИЯ ИНФЕКЦИИ HELICOBACTER PYLORI И СОСТОЯНИЕ КОЖИ**

Маркелова Н.И., Силаева А.И., Насанкаева Е.К., Бурдина Е.Г., Минушкин О.Н.

ФГУ «Поликлиника N 2» УД Президента РФ, Москва, Россия

В последнее десятилетие появились данные, свидетельствующие о системных проявлениях инфекции *Helicobacter pylori* (НР), приводящей к развитию внежелудочной патологии.

Так, хроническая крапивница (ХК) и розовые угри на фоне заболеваний желудочно-кишечного тракта впервые описана еще Гиппократом. Современные исследования указывают на взаимосвязь ХК с персистенцией НР. У 50-90% пациентов с розацеа (аспе *rosacea*) выявлены клинические и гистологические признаки гастрита, ассоциированного с *Helicobacter pylori*, у 33% - дуоденита. Вместе с тем в последние годы опубликованы работы, в которых содержатся весьма противоречивые выводы.

**Цель:** изучить структуру заболеваний верхнего отдела желудочно-кишечного тракта, ассоциированных с инфекцией *H. pylori* у больных с аспе *rosacea* и крапивницей.

**Материалы и методы.** За 8 лет обследовано 1062 больных (средний возраст  $47,4 \pm 8,1$  год, мужчин 483, женщин 579, в соотношении 1:1,2) с аспе *rosacea* эритематозной, папулопустулезной формами (I группа,  $n=624$ ) и ХК (II группа,  $n=438$ ). Исследование включало: клиническое обследование, общий анализ крови, определение общего и аллергоспецифических IgE, проведение радиоаллергосорбентного теста (RAST) для выявления аллергии на лекарственные препараты,

кожные скарификационные тесты для установления атопических реакций, паразитологическое исследование (клещевой боррелиоз, аскаридоз, трихинеллез, лямблиоз, токсокароз и др.), эндоскопическое исследование с морфологическим изучением гастробиоптатов и определением местной уреазной активности НР, проведение уреазного дыхательного теста до и после эрадикации (10-14 дневный курс) в установленные сроки.

**Результаты.** Инфекция НР диагностирована у 86,7% ( $n=541$ ) I группы и 7,5% ( $n=33$ ) II группы. Из них, по данным морфо-эндоскопического исследования, хронический гастродуоденит выявлен у 84,6% ( $n=458$ ) и 45,5% ( $n=15$ ), соответственно по группам, в том числе с хроническими эрозиями у 20% ( $n=106$ ) и 15,2% ( $n=5$ ), соответственно; язвенная болезнь желудка - у 4,9% ( $n=26$ ) и 30,0% ( $n=10$ ), соответственно; язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки - у 10,5% ( $n=57$ ) и 24,2% ( $n=8$ ), соответственно. Эрадикация была проведена у 102 с аспе *rosacea* и у 29 с ХК, достигнута у 89,2% ( $n=91$ ) и 82,6% ( $n=24$ ), соответственно. Больные I группы после успешной эрадикации в 74,7% ( $n=68$ ) отмечали либо полный регресс высыпаний, либо существенное снижение выраженности симптомов и частоты обострений. У 25,3% с аспе *rosacea* не отмечено каких-либо изменений кожного процесса и частоты обострений в течение периода проспективного наблюдения, что оценивалось как полное отсутствие эффекта от проводимой терапии.

У больных II группы крапивница регрессировала после успешной эрадикации.

**Выводы.**

1. У больных, страдающих аспе *rosacea* и хронической крапивницей, частота персистенции *Helicobacter pylori* составила 86,7% и 7,5%.
2. Успешная эрадикация приводит к регрессу кожных проявлений у 74,7% и 82,6%, соответственно, что позволяет считать персистенцию НР одной из причин этих заболеваний.
3. У больных с аспе *rosacea* и хронической крапивницей необходимо проведение эндоскопического исследования верхних отделов желудочно-кишечного тракта с тестированием на наличие *Helicobacter pylori*, а в случае положительного результата, проведение эрадикационного лечения.

**171. АКТИВНОСТЬ ЭНЗИМОВ ПУРИНОВОГО МЕТАБОЛИЗМА В ЛИМФОЦИТАХ КРОВИ БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ**

Мартемьянов В.Ф., Стажаров М.Ю., Мозговая Е.Э., Бедина С.А., Евдокимова Е.В.

НИИ клинической и экспериментальной ревматологии РАМН, г. Волгоград

**Актуальность.** Клинический полиморфизм ревматоидного артрита (РА) нередко затрудняет как его диагностику, так и определение степени активности ревматоидного процесса и назначение адекватной терапии. Общепринятые острофазовые лабораторные показатели (СОЭ, СРБ и др.) не всегда способствуют реализации этих задач. Поэтому поиск новых

параклинических тестов в этом аспекте нам представляется весьма перспективным.

**Цель исследования.** Выявить энзимологические особенности лимфоцитов в зависимости от клинических особенностей ревматоидного артрита.

**Материалы и методы.** Под наблюдением в условиях стационара находились 80 больных РА, из которых 57 (71,3%) женщин и 23 (28,7%) мужчин. Средний возраст больных — 42,5±0,9 лет, средняя продолжительность заболевания — 8,53±0,33 лет. I степень активности ревматоидного процесса наблюдалась у 16 (20%) больных, II степень — у 50 (62,5%) и III степень — у 14 (17,5%) больных. Серопозитивная форма РА отмечалась у 61 больного (76,3%), медленно прогрессирующее течение (МПТ) определялось у 52 (65%) больных, быстро прогрессирующее (БПТ) — у 28 (35%), преимущественно суставная форма — у 53 (66,2%), системные поражения — у 27 (33,8%), I стадия поражения суставов — у 8 (10%), II стадия — у 41 (51,3%) больных, III — у 24 (30%), IV — у 7 (8,8%), ФК-2 у 38 (47,5%), ФК-3 у 38 (47,5%) и ФК-4 у 7 (8,8%) больных. Контрольную группу составили 30 практически здоровых людей. В лизатах лимфоцитов, выделенных по методике Воупт (1980), определялись по оригинальным методикам активности 4-х энзимов пуринового метаболизма: гуаниндезаминазы (ГДА), гуанозиндезаминазы (ГЗДА), гуанозинфосфорилазы (ГФ) и пуриннуклеозидфосфорилазы (ПНФ). Активность энзимов выражали в нмоль/мин/мл на 1 мл, содержащий  $1 \times 10^7$  лимфоцитов (до лизиса). Статистическая обработка данных проводилась с использованием программы STATISTICA 6.0.

**Результаты.** У больных РА (всей группы) при поступлении на лечение, по сравнению со здоровыми, в лизатах лимфоцитов выше активность ГЗДА ( $p < 0,001$ ), ГФ ( $p = 0,004$ ), ниже активность ГДА ( $p < 0,001$ ) и ПНФ ( $p = 0,004$ ). При I степени активности процесса, по сравнению со здоровыми, выше активности ГДА, ПНФ, ГД (все  $p < 0,001$ ) и ниже ГЗДА ( $p = 0,004$ ); при II степени — ниже активности ГДА, ПНФ, выше активности ГД и ГЗДА (все  $p < 0,001$ ); при III степени — ниже активности ГДА, ПНФ, ГД и выше ГЗДА (все  $p < 0,001$ ). Сравнительные исследования показали, что у больных РА с I степенью, по сравнению с II степенью, выше активности ГДА, ПНФ, ГД и ниже ГЗДА (все  $p < 0,001$ ); по сравнению с III степенью, аналогичные различия (все  $p < 0,001$ ). При II степени, по сравнению с III степенью, выше активности ГДА, ПНФ, ГД и ниже ГЗДА (все  $p < 0,001$ ).

У больных с РА с серопозитивной формой, по сравнению с серонегативной, ниже активность ГФ ( $p = 0,006$ ) и выше активность ГЗДА ( $p = 0,004$ ). У больных с системными поражениями, по сравнению с преимущественно суставной формой, ниже активность ГДА ( $p < 0,001$ ), ГФ ( $p = 0,003$ ) и ГЗДА ( $p < 0,001$ ). У больных с БПТ, по сравнению с больными с МПТ, ниже активность ГДА, ПНФ, ГД и выше ГЗДА (все  $p < 0,001$ ).

У больных РА с I стадией, по сравнению с II стадией, выше активность ГДА ( $p = 0,006$ ), ПНФ ( $p = 0,005$ ), ГД ( $p = 0,005$ ); по сравнению с III стадией, выше активность ГДА ( $p < 0,001$ ), ПНФ ( $p = 0,006$ ), ГФ ( $p < 0,001$ ) и ниже ГЗДА ( $p < 0,001$ ); по сравнению с IV

стадией, статистически значимых различий не определялось. При III стадии, по сравнению с IV, статистически значимых различий также не определялось.

У больных с ФК-2, по сравнению с ФК-3, выше активность ГДА, ПНФ, ГД и ниже ГЗДА (все  $p < 0,001$ ); по сравнению с ФК-4, ниже активность ГЗДА ( $p < 0,001$ ), выше ПНФ ( $p = 0,045$ ) и ГФ ( $p = 0,039$ ). При ФК-3, по сравнению с ФК-4, статистически значимых различий не определялось.

Таким образом, проведенные исследования показали заинтересованность энзимов пуринового метаболизма в патогенетических механизмах РА. Причем, клинические особенности РА отражаются на энзимном профиле крови.

**Вывод.** При диагностике степени активности ревматоидного процесса, наряду с клинико-лабораторными и инструментальными данными, клиническими особенностями заболевания, определенную помощь могут оказать показатели активности ГДА, ГЗДА, ГФ и ПНФ в лизатах лимфоцитов.

## 172. АКТИВНОСТЬ ЭНЗИМОВ ПУРИНОВОГО МЕТАБОЛИЗМА В КРОВИ БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ С МИНИМАЛЬНОЙ АКТИВНОСТЬЮ ПАТОЛОГИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА

Мартемьянов В.Ф., Кукушкина Е.В., Бедина С.А., Мозговая Е.Э., Стажаров М.Ю., Евдокимова Е.В.

НИИ клинической и экспериментальной ревматологии РАМН, г. Волгоград

**Актуальность.** В клинической практике, даже у больных с точно установленным диагнозом ревматоидного артрита (РА), диагностика минимальной активности ревматоидного процесса (I степень) нередко вызывает затруднения. Чаще всего это связано с субклиническим течением артрита и неизменными параклиническими показателями, отражающими интенсивность воспалительного процесса (СОЭ, СРБ и др.). Это ведет к запоздалой диагностике активного ревматоидного процесса, несвоевременному назначению адекватной терапии и прогрессированию деструктивных изменений в суставах. Поэтому поиск новых параклинических показателей, способствующих выявлению минимальных проявлений активности ревматоидного процесса является актуальной задачей в ревматологии.

**Цель исследования:** оценить возможность использования показателей активности энзимов пуринового метаболизма: гуаниндезаминазы (ГДА), гуанозиндезаминазы (ГЗДА), гуанозинфосфорилазы (ГФ) и пуриннуклеозидфосфорилазы (ПНФ) в индикации минимальной активности ревматоидного процесса.

**Материалы и методы.** Под наблюдением в условиях стационара находились 16 больных РА с I степенью активности процесса. Средний возраст больных — 46,8±1,7 ( $\sigma = 6,8$ ) лет, средняя продолжительность заболевания — 10,9±1,0 ( $\sigma = 4,0$ ) лет. Медленно прогрессирующее течение наблюдалось в 81,3% случаев, преимущественно суставная форма — в 75% случаев. Контрольную группу составили 30 практически

здоровых людей. Активность энзимов определяли в трех биологических средах: лизатах лимфоцитов, эритроцитов и плазме крови. Выделение клеток крови проводили в силиконированной посуде по методике Bouum (1980) с использованием лимфосепа. Активность ГДА и ГЗДА определяли по методу Caraway W. (1966), ГФ — по методу Yamada M. et al. (1989), ПНФ — по методу Robertson B. et al (1973). Активность энзимов выражали в нмоль/мин/мл, причем, для лимфоцитов при содержании в 1 мл —  $10^7$  клеток, для эритроцитов — в 1мл —  $10^9$  клеток (до лизиса). Также определялись СОЭ, белковые фракции крови, иммуноглобулины, сиаловые кислоты. Статистическая обработка данных проводилась с использованием программы STATISTICA 6.0.

**Результаты:** Существенной зависимости активности энзимов от пола и возраста в крови здоровых людей не выявлено. В плазме здоровых активность (нмоль/мин/мл) ГДА составила ( $M \pm m$ )  $1,13 \pm 0,04$  ( $\sigma=0,2$ ), ГЗДА —  $2,12 \pm 0,06$  ( $\sigma=0,3$ ), ГФ —  $1,0 \pm 0,03$  ( $\sigma=0,18$ ), ПНФ —  $0,84 \pm 0,02$  ( $\sigma=0,1$ ), в лизатах эритроцитов: активность ГДА —  $17,0 \pm 0,35$  ( $\sigma=1,92$ ), ГЗДА —  $11,2 \pm 0,16$  ( $\sigma=0,89$ ), ГФ —  $4,82 \pm 0,09$  ( $\sigma=0,5$ ), ПНФ —  $179,6 \pm 3,3$  ( $\sigma=18,1$ ), в лизатах лимфоцитов: активность ГДА —  $11,1 \pm 0,16$  ( $\sigma=0,86$ ), ГЗДА —  $7,65 \pm 0,14$  ( $\sigma=0,76$ ), ГФ —  $11,5 \pm 0,26$  ( $\sigma=1,45$ ), ПНФ —  $34,9 \pm 0,62$  ( $\sigma=3,39$ ). У больных РА с I степенью при поступлении на лечение, по сравнению со здоровыми, в плазме выше активность ГДА ( $p < 0,001$ ), ПНФ ( $p < 0,001$ ), ниже ГЗДА ( $p = 0,042$ ), в лизатах эритроцитов и лимфоцитов выше активности ГДА, ПНФ, ГФ и ниже ГЗДА (все  $p < 0,001$ ). Если же учитывать не среднестатистические величины активности энзимов, а индивидуальные энзимные показатели, как это бывает в клинической практике, то за референтные пределы активности ферментов здоровых людей ( $M \pm 2\sigma$ , условная норма) в плазме активность ПНФ выходила в 68,8% случаев (выше), ГДА — в 50% (выше), в эритроцитах — ГДА в 68,8% (выше), ПНФ — в 87,5% случаев (выше), в лимфоцитах активность ГДА и ПНФ — в 87,5% случаев (выше), ГФ в 100% случаев (выше). В то же время у этих же больных РА выходили за границы нормы показатели СРБ, альфа-2-глобулинов в 37,5% случаев, СОЭ, гамма-глобулинов, сиаловых кислот и иммуноглобулинов G — в 31,3% случаев.

**Выводы.** 1. Показатели активности ПНФ в плазме, ГДА, ПНФ в эритроцитах, ГДА, ПНФ, ГФ в лимфоцитах являются более чувствительными в отражении минимальной активности ревматоидного процесса, чем общепринятые острофазовые лабораторные показатели (СОЭ, СРБ и др.).

2. Наиболее информативными в индикации минимальной активности ревматоидного процесса являются показатели активности ГФ в лизатах лимфоцитов, которые в 100% случаев выходят за верхние границы нормы.

### 173. ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ НИЗКОЧАСТОТНОГО ИМПУЛЬСНОГО МАГНИТНОГО ПОЛЯ С ИНДИВИДУАЛЬНЫМИ ПАРАМЕТРАМИ ВОЗДЕЙСТВИЯ В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ ЭССЕНЦИАЛЬНОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

Маслов А.Г., Федотов В.Д., Карпов Е.М.

Кафедра госпитальной терапии НижГМА, г. Нижний Новгород

**Актуальность.** К настоящему дню накоплено большое количество экспериментального и клинического материала по воздействию низкочастотного магнитного поля на живой организм. Однако наибольшей проблемой применения низкочастотной магнитотерапии в комплексной терапии АГ является отсутствие своевременного убедительного теоретического обоснования по подбору эффективных параметров воздействия.

**Цель:** уточнить эффективность применения низкочастотного импульсного магнитного поля с индивидуализированными параметрами воздействия в комплексной терапии эссенциальной артериальной гипертензии на госпитальном этапе лечения.

**Материалы и методы.** В сотрудничестве с Российским федеральным ядерным центром - Всероссийским научно-исследовательским институтом экспериментальной физики (г. Саров) разработана методика индивидуализации низкочастотной магнитотерапии, (схема последовательности режимов воздействия импульсным магнитным полем, программное обеспечение, позволяющее автоматизировать процесс подбора индивидуальных параметров. При разработке метода использовался подход, основанный на предположении о том, что получить положительный эффект возможно при изменении функционирования системы соответствующим режимом до неустойчивого состояния, а затем переводом ее другим режимом на новый уровень, характеризующийся нормализацией функциональных показателей системы.

Подбор параметров магнитного поля осуществлялся на основе варибельности сердечного ритма. Данная система комбинаций режимов воздействия МП находится в рамках параметров, разрешенных МЗ РФ к применению в магнитотерапии.

В ходе исследования было обследовано 40 пациентов 40-50 лет, с эссенциальной артериальной гипертензией 1-2 степени на базе кардиологического отделения областной клинической больницы им. Н.А.Семашко, 20 из которых получали гипотензивную терапию, а другие 20 в дополнение к фармакотерапии сеансы магнитотерапии по вышеуказанной методике. Оценивалась: суточная динамика АД, варибельность сердечного ритма, ЭКГ, УЗДГ сосудов головного мозга, ЭКГ, данные опросника А.М. Вейна, жалобы.

**Результаты.** Проведение десятидневного курса общей низкочастотной магнитотерапии с экспозицией каждого сеанса 30 минут, приводит к: снижению артериального давления до целевых значений уже 7 дню наблюдения (гипотензивный эффект наблюдался как во время одного сеанса (на 12% ( $p \leq 0,05$ )), так и по окончании всего курса воздействия (на 20% ( $p \leq 0,05$ )), урежению ЧСС на 14,7% ( $p \leq 0,05$ ) и менее выраженному увеличению численных значений всех изучаемых показателей кардиоинтервалограммы, причем в группе с применением магнитотерапии рост этих показателей оказался менее выраженным, т.е. переход организма пациентов в новое состояние был менее резким; заметному снижению частоты регистрируемых

нарушений сердечного ритма; тенденции к восстановлению симметрии скорости кровотока по средним мозговым артериям, и к повышению уровня индекса циркуляторного сопротивления; снижению проявлений вегетативной дисфункции на 43% ( $p < 0,05$ ); уменьшению количества жалоб.

**Выводы:** низкочастотная импульсная магнитотерапия в составе комплексной терапии повышает эффективность лечения артериальной гипертензии на госпитальном этапе лечения.

#### 174. КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ С ВИРУСНЫМ ГЕПАТИТОМ В

Маукаева С.Б., Рахыпбеков Т.К., Шаймарданов Н.К., Диканбаев А.Ш.

Государственный медицинский университет г.Семей, город Семей, Республика Казахстан

**Цель исследования** - сравнить качество жизни у больных вирусным гепатитом В и здоровых людей.

**Материалы и методы.** Проведено одномоментное анкетирование 40 больных с вирусным гепатитом В. Диагноз был поставлен на основании клинико-лабораторных данных. В качестве контроля была использована группа здоровых людей (по данным анамнеза) – 40 человек. Группы сопоставимы по возрасту и полу. Средний возраст в группе больных составил  $33,74 \pm 13,14$  лет, здоровых –  $33,6 \pm 12,2$ . Соотношение по полу М:Ж=1:1. Для анкетирования был использован опросник SF-36. Для статистической обработки материала была использована программа «Биомедстатистика».

**Результаты и их обсуждение.** Анализ данных выявил у больных вирусным гепатитом В значительное снижение уровня качества жизни по сравнению со здоровыми лицами во всех сферах: физической, эмоциональной, психологической и социальной. По большинству их шкал опросника были получены достоверные различия в группах сравнения и контроля. Относительно контрольной группы практически здоровых лиц показатели качества жизни больных вирусными гепатитами были снижены по всем шкалам. Степень снижения по шкале «физическая активность» составила 16,0%, ( $p < 0,05$ ); «роль физических проблем в ограничении жизнедеятельности» - 14,2% ( $p < 0,05$ ). Наиболее значительным было снижение качества жизни по шкалам «общее здоровье» (на 35,7%,  $p < 0,01$ ), «роль эмоциональных проблем в ограничении жизнедеятельности» (на 43,25,  $p < 0,01$ ), а также «сравнение самочувствия с предыдущим годом» (на 36,9%,  $p < 0,01$ ).

**Выводы.** Качество жизни больных с вирусным гепатитом В ниже, чем в здоровой популяции. Опросник позволяет выделить наиболее значимые компоненты, влияющие на качество жизни пациента. Полученные данные свидетельствуют о целесообразности применения методики изучения качества жизни в клинической практике для объективной оценки физического и социально-ролевого статуса, общего благополучия больных вирусным гепатитом В.

#### 175. ПРИМЕНЕНИЕ В-БЛОКАТОРА ЭГИЛОКА В УСЛОВИЯХ ЭКСТРЕННОЙ ПОМОЩИ

Махатова А.Р., Бейсенбаева А.К., Дюсупова З.Б.  
Государственный медицинский университет  
г.Семей, г.Семей, Казахстан

Бета-адреноблокаторы (БАБ) являются одной из наиболее хорошо изученных групп сердечно-сосудистых средств и относятся к препаратам первого ряда при артериальной гипертензии (АГ), ишемической болезни сердца (ИБС), хронической сердечной недостаточности (ХСН) и сердечных аритмиях. В контролируемых клинических исследованиях - основе доказательной медицины, показано, что применение БАБ существенно улучшает прогноз у больных АГ и ИБС [Freemantle N. et al. 1999. Hansson L. et al. 1999]. Бета-адреноблокаторы короткого действия являются препаратами выбора при оказании неотложной помощи при гипертоническом кризе и тахикардиях, так как обеспечивают быстрое наступление эффекта. Нашим выбором для проведения клинического эксперимента, стал современный бета-блокатор Эгилок (метопролол), который отвечает всем требованиям для оказания экстренной помощи.

**Цель исследования.** Выявить клиническую эффективность применения Эгилока у больных с гипертоническим кризом и тахикардиями.

**Материалы и методы.** В исследование были включены следующие пациенты - 1 группа: гипертонический криз (ГК) с ЧСС выше 90 уд/мин (70 пациентов), 2 группа: тахикардии (20 пациентов). Эгилок применялся в дозе 50-100 мг ос или п/язк. Объекты исследования: уровень АД, ЧСС, ЭКГ, субъективная симптоматика.

**Результаты исследования и их обсуждение.** Возраст больных, обратившихся за помощью по поводу гипертонического криза составил  $59 \pm 4,9$  лет. Средние показатели АД составили  $185/100 \pm 6,1$  мм.рт.ст. и ЧСС -  $115 \pm 8,5$  уд/мин. Среди больных преобладали лица с длительным анамнезом ГБ, у некоторых из них имели место сопутствующие заболевания - хронический пиелонефрит, ИБС, атеросклероз. Максимальный эффект от применения Эгилока во всех возрастных группах зарегистрирован между 20 и 35 минутами. В среднем, снижение систолического АД составило 36%, и диастолического - 15% от исходного. Снижение ЧСС наблюдалось в среднем в течение 20 минут. Количество случаев с положительным гипотензивным эффектом при монотерапии Эгилоком составило 89%. Средняя доза Эгилока, достаточная для получения гипотензивного эффекта при однократном применении, составили 50 мг. Для усиления гипотензивного эффекта Эгилока в группе больных с АД выше 200/100 мм.рт.ст. проводилась дополнительная симптоматическая терапия (лазикс, сульфат магния, дибазол и др.). Положительное влияние Эгилока на купирование тахикардии при гипертоническом кризе, является важным патогенетическим фактором в профилактике серьезных сердечно-сосудистых осложнений (ИМ, угрожающие жизни аритмии, инсульт) и внезапной смерти у больных АГ. При коррекции ЧСС у пациентов с синусовой тахикардией (20 случаев) при нормальном АД применялась доза 25 мг сублингвально. В среднем, урежение пульса было отмечено примерно через 20 минут у 85% пациентов. Эгилок пациентами переносился хорошо, побочных явлений не выявлено.

**Выводы.**

1. Эгилек в дозе 50-100 мг оказывает выраженный гипотензивный эффект при гипертоническом кризе с сопутствующей тахикардией.

2. Сублингвальное применение Эгилека при купировании синусовой тахикардии может широко использоваться в практике врача.

**176. ПРИМЕНЕНИЕ ПРЕПАРАТА МИЛДРОНАТ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА**

Махатова А.Р., Иргебаева Ж.А.

Государственный медицинский университет г. Семей, г. Семей, Казахстан

Ишемическая болезнь сердца остается актуальной на сегодняшний день и является основной причиной смерти и инвалидизации населения. Основным фактором, определяющим высокий риск прогрессирования ИБС является дисфункция левого желудочка. Степень дисфункции желудочка высокодостоверно коррелирует с летальностью. Эти исследования послужили основой для подбора комплексной адекватной терапии, которая должна была учитывать вышеперечисленные изменения в миокарде при ИБС. Милдронат (ПАО «Гриндекс», Латвия) - антиишемическое средство с уникальным механизмом действия, регулятор метаболических процессов в организме. Это препарат улучшающий потребление кислорода клеткой, повышающий способность клеток функционировать в неблагоприятных условиях, защищающий наиболее активно работающие клетки организма от гибели в результате ишемии.

**Цель исследования:** изучение влияния милдроната на клинико-функциональные показатели у больных ИБС.

**Материал и методы.** Обследовано 20 больных ИБС, стенокардией напряжения 11-111 функционального класса (СН. ФК 11- 111) и сердечной недостаточностью (СН) 11 ФК (NYHA). Средний возраст составил 58,4±1,2 лет. Обследуемые пациенты принимали на фоне стандартизированной терапии препарат милдронат по следующей схеме: 5 мл 10% раствора на 150,0 физиологического раствора в/в капельно в течение 10 дней. Затем 30 дней по 1 капсуле (500 мг) x 2 раза в день. Контрольную группу (20 человек) составили пациенты, получавшие только стандартизованную терапию, включавшую в себя нитраты, бета-блокаторы, антиагреганты. Продолжительность курса лечения составила 1 месяц. Методы исследования: общеклинические (общие анализы крови и мочи); функциональные (ЭКГ- в 12 стандартных общепринятых отведениях; ЭХОКГ и ВЭМ-проба для определения толерантности к физической нагрузке);

**Результаты исследования и их обсуждение.** В группе пациентов, получавших в лечении милдронат к концу курса лечения (30 сутки) отмечается достоверный, по сравнению с исходными данными и по сравнению с контрольной группой, прирост объема выполненной работы, продолжительности нагрузки, двойного произведения, что может косвенно свидетельствовать о возрастании толерантности к физической нагрузке, обусловленной улучшением процессов микроциркуляции в миокарде. В динамике (на 30 сутки) в основной группе

пациентов на фоне лечения милдронатом не происходит дилатации левого желудочка как в систолу, так и в диастолу. В то время как в контрольной группе наблюдается достоверное увеличение конечного диастолического и тенденция к увеличению конечного систолического размеров левого желудочка, что является прогностически неблагоприятным признаком и сопряжено с повышенным риском ремоделирования левого желудочка.

**Выводы:**

1. Милдронат клинически эффективен и безопасен у больных ИБС;

2. У больных ИБС на фоне лечения милдронатом отмечалось повышение толерантности к физической нагрузке и уменьшение прогрессирования дилатации левого желудочка.

**177. ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ КАРВЕДИЛА ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У БОЛЬНЫХ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА**

Махатова А.Р., Сатанова А.Б

Государственный медицинский университет г. Семей, г. Семей, Казахстан

Среди причин хронической сердечной недостаточности ведущее место (более 90% случаев) занимает ишемическая болезнь сердца (ИБС). Бета-адреноблокаторы влияют на ремоделирование левого желудочка. Особое место среди них занимает карведилол, обладающий иным спектром действия, чем традиционные β-адреноблокаторы. В отличие от β<sub>1</sub>-селективных блокаторов карведилол, блокирует также β<sub>2</sub>- и α<sub>1</sub>-адренорецепторы. Считают, что именно наличие вазодилатирующего действия делают перспективной и эффективной применение препарата карведилол в лечении сердечной недостаточности.

**Цель исследования.** Оценка эффективности карведилола при лечении больных с ИБС, осложненной хронической сердечной недостаточностью.

**Материал и методы исследования.** Нами обследованы 56 больных с ИБС, время наблюдения 2 месяца. Критериями отбора: наличие в анамнезе инфаркта миокарда и наличие признаков ХСН II –III ФК по NYHA. Средний возраст больных составил 55,18±3,2 года. Все пациенты были распределены на две группы: I группа – 25 больных, которым назначали традиционную медикаментозную терапию; II группа – 31 пациентов, получавшие наряду с традиционной терапией, бета-адреноблокатор – карведилол. Препарат титровался следующим образом: 1-е и 2-е недели – доза карведилола составила 3,125 мг 2 раза в день, 3-е и 4-е недели – 6,25 мг 2 раза в день. В дальнейшем карведилол титровался в амбулаторных условиях до достижения дозы 50 мг/сут. Методы исследования: общеклинические, ЭКГ, ЭхоКГ, велоэргометрический тест для оценки толерантности к физической нагрузке.

**Результаты исследования и их обсуждение.** Оценка результатов исследования свидетельствует о том, что у подавляющего большинства (85%) пациентов обеих групп на 3-й-4-й неделе терапии улучшилось общее состояние. Значительно уменьшилась выраженность одышки, слабости. В 1-й группе клиническая

эффективность была хорошей у 8 пациентов, удовлетворительной у 12 больных, отсутствие эффективности у 5 больных. Во 2-й группе у 50% пациентов клиническая эффективность расценена «хорошей», у 12 – «удовлетворительной», у 1 - эффект отсутствовал. Анализ динамики толерантности к физической нагрузке показал, что в обеих группах по сравнению с исходными величинами улучшилась переносимость физической нагрузки. Во 2-ой группе толерантность к физической нагрузке претерпела более выраженную положительную динамику и к этапу завершения наблюдения имела достоверно значимую разницу по сравнению с исходными показателями. Во II группе больных (на фоне терапии карведилолом) по сравнению с I группой обследованных уменьшились КДО, КСО и увеличивалась ФВ левого желудочка.

**Выводы.** Включение карвидила в схему комбинированной терапии больных с хронической сердечной недостаточностью на фоне ИБС позволяет улучшить переносимость физических нагрузок прямо пропорционально длительности терапии. Карведил улучшает сократительную функцию миокарда, снижая КДО, КСО и повышая фракцию выброса левого желудочка.

#### 178. НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ПРИМЕНЕНИЯ ДИАГНОСТИЧЕСКОЙ И ЛЕЧЕБНОЙ ВИДЕОЛАПАРОСКОПИИ У БОЛЬНЫХ ЭХИНОКОККОЗОМ ПЕЧЕНИ

Махмадов Ф.И., Курбонов К.М., Холов К.Р.

Кафедра хирургических болезней №1 (зав. член-корр. АН РТ, профессор Курбонов К.М.), ТГМУ, г. Душанбе, Таджикистан

**Цель исследования.** Изучить обоснованность и эффективность применения новой технологии у больных эхинококкозом печени.

**Материал и методы.** Видеолапароскопические вмешательства выполнены 69 (27,9%) больным эхинококкозом печени в возрасте от 16 до 66 лет и они представлены в виде трех технологий: лапароскопическая эхинококкэктомия (17 пациентов), эндовидеоскопия остаточной полости при традиционной эхинококкэктомии печени (49) и чресфистульная эндовидеоскопия остаточной полости печени (3). Лапароскопическую эхинококкэктомию (ЛЭЭ) производили по общепринятой методике PAIR (пункция - аспирация содержимого - инъекция сколексоцидного агента - реаспирация), дополняемой лапароскопической резекцией стенки кисты и дренированием остаточной полости.

Апаразитарность операции обеспечивалась применением нескольких салфеток, изолирующих кисту от брюшной полости в ходе лапароскопической пункции эхинококковых кист печени. Антипаразитарная обработка осуществлялась 3-5-минутной экспозицией 0,5%-го спиртового раствора фенбендазола.

Чресфистульная эндовидеоскопия остаточной полости печени применено при лечении 3 больных с функционирующим дренажом остаточной полости печени в различные сроки после оперативного лечения эхинококкоза печени. Использовали фиброхоледоскоп фирмы «Пентакс» (Япония).

**Результаты.** Выбор вида оперативного вмешательства был сделан индивидуально. В 6 случаях из 23 предпринятых лапароскопических операций осуществлен переход на лапаротомию в связи с полным внутривисцеральным расположением эхинококковой кисты (4) и имеющейся дополнительной кисты в недоступном сегменте для лапароскопии (2).

Благодаря тщательному осмотру полости и внутренней стенки фиброзной капсулы в 7 случаях удалены незамеченные во время открытого этапа операции зародышевые элементы паразита. В 4 случаях интраоперационно выявлены и закрыты мелкие цистобилиарные свищи с использованием эндохирургического инструментария. При использовании чресфистульной эндовидеоскопии остаточной полости у 1 больного выявлен и коагулирован цистобилиарный свищ.

Чресфистульная эндовидеоскопия остаточной полости печени применено при лечении 3 больных с функционирующим дренажом остаточной полости печени после оперативного лечения эхинококкоза печени. Во всех случаях первичная операция была завершена наружным дренированием остаточной полости печени в связи с нагноением эхинококковых кист, что сформировали наружные гнойно-желчные свищи.

**Заключение.** Применение новой технологии в виде: видеولاпароскопии, диагностической и лечебной эндовидеоскопии остаточной полости печени в интра- и послеоперационном периодах, позволили улучшить результаты лечения больных с эхинококкозом печени.

#### 179. ЭНДОСКОПИЯ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ОСЛОЖНЕННОГО ЭХИНОКОККОЗА ПЕЧЕНИ

Махмадов Ф.И., Курбонов К.М., Мудинов С.М., Одинаев Р.О., Каримов З.

Кафедра хирургических болезней №1 (зав.член-корр. АН РТ, профессор Курбонов К.М) ТГМУ им. Абуали ибни Сино, г. Душанбе, Таджикистан

**Цель исследования.** Оценить значимость эндоскопии в комплексном лечении осложненного эхинококкоза печени (ОЭП).

**Материал и методы.** С целью декомпрессии внепеченочных желчных протоков и улучшения результатов лечения выполнено двухэтапное лечение больных эхинококкозом печени, осложнившиеся механической желтухой. В 18 наблюдениях на первом подготовительном этапе выполнена инструментальная декомпрессия (эндоскопическая папиллосфинктеротомия, эндоскопическая санация желчного дерева, эндоскопическая дилатация стриктур и эндоскопическое назобилиарное дренирование), обеспечивающая купирование острого приступа и ликвидацию холангита. Достижение последнего, в основном, зависела от общего состояния больных, длительности желтухи, локализации паразитарной кисты и характера поражения органа.

Эндоскопическая папиллосфинктеротомия (ЭПСТ) была произведена 11 больным. В ходе проведения ЭПСТ производили инструментальное удаление фрагментов хитиновой оболочки, дочерних кист эхинококка (7). Нормализация показателей билирубина и результатов

других исследований, а также общего состояния пациента наступала соответственно на 8-11 сутки с момента разрешения холестаза. Осложнений в послеоперационном периоде не наблюдали.

С целью одновременной декомпрессии остаточной полости эхинококковой кисты и общего желчного протока, нами после эндоскопической папиллосфинктеротомии, удаления фрагментов хитиновой оболочки из просвета общего желчного протока, произведено назобилиарное дренирование. Сочетанная эндоскопическая папиллосфинктеротомия и назобилиарное дренирование применено 7 пациентам. Показаниями для сочетанного выполнения этих манипуляций считались: выраженная картина паразитарного холангита (4) и отек области большого дуоденального соска (3), что препятствовало пассажу желчи. Во время выполнения эндоскопического удаления хитиновых оболочек осматривали просвет большого дуоденального соска и дистальной части холедоха. При этом в 3 случаях обнаружено явление катарального холангита, в 3 случаев – эрозивного холангита и в 1 случае картина эрозивно-язвенного холангита. Учитывая явление инфекционно-аллергического паразитарного холангита, в послеоперационном периоде желчные протоки промывали 0,5% раствором Бетадина и антибиотиками через полихлорвиниловый катетер. Нормализация показателей билирубина у этих больных наступала соответственно на 8-9, 10-11, и 16-17 сутки после вмешательства. После улучшения состояния больных проведено контрастирование желчевыводящих путей. В 5 (71,4%) случаях контрастное вещество попадало в полость эхинококковой кисты, а в 2 (28,6%) случаях эхинококковая киста не контрастировалась, что указало на эффективность консервативного лечения цистобилиарных свищей.

**Результаты.** На основании вышесказанного, очевидно, что в комплексном лечении больных эхинококкозом печени, осложненной механической желтухой, декомпрессивные вмешательства являются важным звеном. При этом нужно подчеркнуть также высокую эффективность методов в снижении интоксикации и купировании печеночной недостаточности. Однако, различные способы декомпрессии неоднозначны по своей эффективности в зависимости от их этиологии.

Патогенетически обоснованная пердоперационная подготовка больных с осложненным эхинококкозом печени, включая дезинтоксикационные, антиоксидантные, гепатопротекторные средства в комплексе с другими лекарственными препаратами и декомпрессивными вмешательствами представляются ведущими звеньями в комплексе лечения этого тяжелого контингента больных. При этом очевидна их высокая эффективность в снижении интоксикации и купировании скрытой печеночной недостаточности. Наиболее эффективным при осложненном эхинококкозе печени механической желтухой были ЭПСТ и назобилиарное дренирование, которые позволили разрешить холестаз в течение 8-10 суток от начала декомпрессии соответственно и выполнить радикальное оперативное вмешательство в наиболее благоприятных условиях.

**Заключение.** Оперативное вмешательство при механической желтухе паразитарного генеза носит

срочный или отложенный характер и выполняется после комплексной, патогенетически обоснованной предоперационной подготовки и инструментальной диагностики. Лечебный эффект предоперационного инструментального вмешательства у больных с осложненным эхинококкозом печени объясняется ликвидацией желчной гипертензии, отведением токсической желчи, что способствует скорейшему купированию холангита. Все это в совокупности способствует нормализации печеночной гемодинамики и улучшению функционального состояния гепатоцитов.

## 180. ЭПИДЕМИОЛОГИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ЗАПОРА У ДЕТЕЙ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Мацукатова Б.О., Эрдес С.И.

Клиника детских болезней ММА им. И.М.Сеченова, Москва, Россия.

**Цель исследования:** изучить распространенность, возрастную-половую характеристику и клинические особенности хронических запоров, в соответствии с III Римскими критериями.

**Материалы и методы.** С помощью специально разработанного вопросника проанкетировано 1216 детей или их родителей (48% мальчиков, 52% девочек) в возрасте от 1 месяца до 18 лет - жителей Центрального, Северного и Южного Федеральных Округов РФ. Анкета содержала 21 вопрос, в том числе – о кратности стула, наличии и выраженности других признаков в соответствии с III Римскими критериями, наследственности, применяемому лечению и субъективной оценке качества жизни.

**Результаты.** В соответствии с Римскими критериями III хронический запор выявлен у 59% детей. Из них 66% детей беспокоила задержка дефекации до 3 раз в неделю и реже, 81% - затруднение акта дефекации, 82% - натуживание. Изменение консистенции стула в виде «овечьего» периодически наблюдается у 63%, твердый стул – у 69%. В течение последних 6 месяцев спастические боли в животе отмечали у себя 61% детей. Близкие родственники 50% детей страдают запорами. С целью борьбы с запорами 73% детей изменяли характер питания, 14% - использовали растительные масла, 9% – слабительные средства. При оценке качества жизни детей запор сильно влиял на общее состояние здоровья 23% детей, на повседневную деятельность и учебу - 22%. У части детей, не имевших задержку стула, имели место затруднение дефекации (23%), изменение консистенции стула (14%), спастические боли в животе (34%), чувство неполного опорожнения кишечника при дефекации (19%).

**Выводы.** При определении частоты и установлении диагноза хронического запора у детей важно учитывать не только задержку стула, но и другие симптомы в рамках III Римского консенсуса. Для своевременной диагностики и назначения терапии, а также предотвращения осложнений необходимо внедрять в повседневную педиатрическую практику скрининговые программы выявления запоров.

## 181. ВЛИЯНИЕ ВАЛСАРТАНА НА ПОКАЗАТЕЛИ СУТОЧНОГО МОНИТОРИРОВАНИЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У

## ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ II – III СТЕПЕНИ

Маянская С.Д., Фролова Э.Б., Михопарова О.Ю., Малышева Е.В.

Кафедра кардиологии и ангиологии, КГМА, МЗ РТ, Клинический госпиталь МСЧ МВД по РТ, г. Казань

**Актуальность.** Адекватный подбор антигипертензивных препаратов для лечения артериальной гипертензии (АГ) с высоким риском сердечно-сосудистых осложнений является актуальной проблемой современной кардиологии. Для оценки эффективности индивидуальной фармакотерапии АГ в настоящее время широко используется суточное мониторирование артериального давления (СМАД), позволяющее исключить феномен “белого халата”, охарактеризовать вегетативную дисфункцию, гемодинамическую нагрузку на «органы-мишени», а также получить ряд других важных параметров, недоступных для анализа при «офисном» измерении АД (Almirall J. et al., 2009; Neutel J.M. et al., 2010).

**Цель работы.** Оценить характер влияния валсартана на показатели СМАД у пациентов с умеренной и тяжелой АГ.

**Материалы и методы.** Под наблюдением находилось 17 пациентов (мужского пола) в возрасте от 45 до 60 лет с диагнозом АГ 2-3 степени (согласно рекомендациям ВНОК, 2008 г). Всем пациентам при соблюдении общегоспитального режима проводили СМАД на мониторе Schiller MT-300 (Швейцария). СМАД осуществляли дважды: на фоне «стандартной» антигипертензивной терапии и через 6 недель после добавления к этой терапии валсартана (в дозе 160 мг однократно, ежедневно). В качестве «стандартной» терапии применялись антагонисты кальциевых каналов, диуретики (при необходимости добавлялись бета-блокаторы). Эффективность проведенной терапии оценивали по показателям качества жизни пациентов с помощью опросника SF-36. Статистическую обработку полученных результатов проводили в системе статистического анализа “STATISTICA (версия 6.0)”.

**Результаты.** На фоне терапии валсартаном отмечалось снижение среднесуточного САД (на 4,2%,  $p < 0,05$ ); среднего САД за ночь (на 7,5%,  $p < 0,05$ ); среднего ДАД за сутки (на 5,3%,  $p < 0,05$ ) и среднего ДАД за ночь (на 7,3%,  $p < 0,01$ ). Максимальное значение ДАД за сутки понижалось на 5,4% ( $p < 0,05$ ) преимущественно за счет ночного интервала СМАД (на 6,8%) ( $p < 0,005$ ). Анализ минимальных показателей выявил достоверное снижение суточного САД (на 5,3%,  $p < 0,05$ ), на фоне уменьшения ночного его показателя (на 6,5%,  $p < 0,01$ ). Минимальные значения ДАД за сутки уменьшались на 6,7% ( $p < 0,05$ ); в течение дневного (на 3,3%,  $p < 0,05$ ) и ночного (на 7,5%,  $p < 0,001$ ) интервалов. При оценке характера суточной кривой до лечения нарушение циркадного ритма по типу “non-dipper” отмечалось у 12 пациентов, “night-peaker” – у 3, “dipper” – у 2. На фоне валсартана “non-dipper” тип выявлялся у 7 пациентов, “dipper” – у 10 (“night-peaker” тип – не регистрировался).

По данным опросника SF-36 на фоне лечения валсартаном у пациентов с АГ (в 76,5% случаев) отмечалось снижение роли физических проблем в ограничении жизнедеятельности, улучшение оценки

состояния здоровья, оптимизация эмоционального статуса, рост социальной активности, а также снижение склонности к депрессивным и тревожным состояниям.

### **Выводы:**

1. Валсартан является эффективным антигипертензивным препаратом для лечения умеренной и тяжелой АГ.

2. Валсартан заметно понижает уровни суточного АД в основном за счет «ночных» его показателей, тем самым уменьшает гемодинамическую нагрузку на «органы-мишени» в это время суток.

3. Терапия валсартаном улучшает показатели качества жизни у пациентов с АГ II-III степени. Препарат хорошо переносится пациентами.

## 182. КОРРЕЛЯЦИОННЫЙ АНАЛИЗ УРОВНЯ ЭНДОТОКСЕМИИ И ВЫРАЖЕННОСТИ ГЕПАТОЦЕЛЛЮЛЯРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У БОЛЬНЫХ ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ

Микуров А.А., Гарбузенко Д.В.

Государственная медицинская академия, Челябинск, Россия

Эндоотоксемия у больных циррозом печени лежит в основе большинства осложнений, свойственных данному заболеванию, и во многом определяет его прогноз.

**Цель исследования.** Провести корреляционный анализ уровня эндоотоксемии у больных циррозом печени и выраженности гепатоцеллюлярной недостаточности, оцененной в соответствии с критериями Child-Pugh.

**Материалы и методы.** Уровень эндоотоксемии был исследован у 53 больных циррозом печени, среди которых к категории Child A относились 12 пациентов, Child B – 27, Child C – 14.

Количество эндоотоксина грамотрицательных бактерий в крови изучали при помощи кинетического хромогенного теста, являющегося вариантом лимулус амебоцитного лизатного теста (ЛАЛ-теста). Он заключается в способности лизата амебоцитов мечехвоста специфически реагировать с эндоотоксинами (липополисахаридами) грамотрицательных бактерий. Принцип теста состоит в том, что эндоотоксин, вызывая в клетках каскадную реакцию, активировать энзим, расщепляющий клеточный протеин на три полипептидные цепочки, две из которых отвечают за гелирование гемолимфы. Нами был применён специальный ЛАЛ-реактив с хромогенным субстратом, при этом измерялась интенсивность окрашивания реакционной смеси. Интерпретация результатов проводилась на микропланшетах с использованием спектрофотометра Bio-Tek ELx808. Проверка гипотезы о равенстве средних в исследуемых группах осуществлялась на основе критерия Манна-Уитни.

**Результаты.** Максимальное количество эндоотоксина в крови было обнаружено у больных циррозом печени, относящихся к категории Child C ( $23,71 \pm 5,64$  нг/мл), минимальное - в группе Child A ( $0,91 \pm 0,32$  нг/мл). У пациентов Child B эти значения составили  $6,29 \pm 0,97$  нг/мл. Различия показателей уровня эндоотоксемии у больных категории Child B и C по сравнению с Child A, а так же Child C по сравнению с Child B оказались статистически значимыми ( $p < 0,05$ ).

**Заключение.** Результаты исследования показали прямую корреляционную зависимость между уровнем эндотоксемии у больных циррозом печени и выраженностью гепатоцеллюлярной недостаточности.

### 183. ФАКТОРЫ РИСКА ВОЗНИКНОВЕНИЯ НЕДОСТАТОЧНОГО ЭФФЕКТА АНТИСЕКРЕТОРНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ.

Миронова В.В.

ГОУ ВПО Тверская ГМА, Тверь, Россия

**Цель работы:** оценить частоту и выявить факторы риска возникновения недостаточного эффекта стандартных доз антисекреторной терапии (АТ) генериками омепразола у больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки (ЯБДК).

**Материалы и методы:** обследовано 77 больных ЯБДК (60 мужчин и 17 женщин; средний возраст 32,8±2,6 года). Все пациенты получали лечение: омепразол 40 мг в сутки. Всем больным проводилось клиническое обследование, ЭГДС, суточная интрагастральная рН-метрия на 4-е сутки антисекреторной терапии. Терапия считалась достаточной, если время с рН >3,0 ед. было 75% суток и более. Все пациенты были разделены на 2 группы - с достаточным эффектом антисекреторной терапии (ДАТ; n=50) и недостаточным (НАТ; n=27).

**Результаты:** в группе НАТ преобладали мужчины моложе 30 лет (отношение шансов 1,28; ДИ =0,5-3,29). По наличию курящих и некурящих пациентов, а так же по частоте употребления алкоголя и массе тела различий в группах получено не было. Осложненное течение язвенной болезни достоверно чаще встречалось в группе НАТ (52%), при ДАТ осложнения встречались только в 3,8%. Изжога при НАТ была представлена чаще (53%), чем при ДАТ (48%), отношение шансов 1,35 (ДИ=0,53-3,47). В группе пациентов с НАТ чаще, чем у пациентов с ДАТ, встречались эрозивный эзофагит и гастродуоденит – 77% и 64% соответственно; отношение шансов 1,69 (ДИ=0,6-4,74).

**Выводы:** у трети больных ЯБДК назначение стандартных доз генериков омепразола не приводит к достаточному уровню кислотосупрессии. Наиболее значимыми факторами риска возникновения недостаточного эффекта антисекреторной терапии являются: молодой возраст для мужчин, осложненное течение ЯБДК в анамнезе, жалобы на изжогу и выявление при ЭГДС эрозивного эзофагита и /или гастродуоденита.

### 184. АКТИВНОСТЬ ДИГИДРООРОТАТ-ДЕГИДРОГЕНАЗЫ КРОВИ ПРИ ОСТЕОАРТРОЗЕ

Мозговая Е.Э., Мартемьянов В.Ф., Зборовская И.А.

НИИ КиЭР РАМН, г. Волгоград

**Актуальность.** Остеоартроз (ОА) – самое частое заболевание суставов. Клинические симптомы заболевания наблюдаются более чем у 10 – 20% населения земного шара (Smith M.M., Ghosh P., 1998). Согласно предварительным результатам диагностического этапа межрегиональной программы «Социальные и экономические последствия

ревматических заболеваний» ОА является наиболее частой причиной суставных жалоб у взрослого населения России (49%), в то время как РА - в 3%, а другие ревматические заболевания в 20% случаев. Демографическая ситуация в стране позволяет предположить, что число больных с ОА в России будет только нарастать. Настораживает, что в рамках проведенного исследования врачи диагностировали ОА лишь в половине случаев (48,5%) и не назначали соответствующего лечения (Галушко Е.А. и др., 2009).

**Цель.** Повышение качества диагностики ОА, выявление участия дигидрооратдегидрогеназы (ДОДГ) в патогенезе данного заболевания.

**Материал и методы.** Наблюдали 32 больных ОА. Из них было 20 (62,5%) женщин и 12 (37,5%) мужчин. Средний возраст больных – 47,8±6,2 лет. Средняя продолжительность заболевания – 9,9±2,5 лет. При рентгенологическом исследовании I стадия поражения суставов была выявлена у 8 (24,9%), II – у 18 (56,3%), III – у 6 (18,8%) больных. У 19 (59,4%) пациентов были обнаружены признаки синовита. Моно-олигоартроз отмечали в 8 (25,0%), полиостеоартроз – в 24 (75,0%), узелковую форму ОА – в 6 (18,8%), безузелковую форму ОА – в 26 (81,2%) случаях. ФНС-0 установлена у 18 (56,3%), ФНС-1 – у 9 (28,1%), ФНС-2 – у 5 (15,6%) больных. Активность ДОДГ определяли в лизатах эритроцитов, лимфоцитов, плазме крови при госпитализации, через 10 дней и перед выпиской из стационара. Выделение лимфоцитов проводили по методу А. Вурум (1968). Активность ДОДГ определяли по методу Н.С. Friedmann (1960). Энзимные исследования осуществлялись на фоне стандартной общепринятой терапии. Контролем служили 30 практически здоровых лиц. Статистическая обработка полученных результатов проводилась с использованием программного пакета Statistica 6.0. Уровень значимости принимался равным 0,05. При проверке гипотезы о равенстве средних 2-х независимых групп применяли U-критерий Манна-Уитни, при проверке гипотезы о равенстве средних 2-х зависимых групп – критерий Вилкоксона.

**Результаты.** Границы нормы показателей активности ДОДГ в лизатах эритроцитов, лимфоцитов и плазме крови (M-2s ÷ M+2s) составили: ДОДГэр - 0,0 – 2,82 нмоль/10<sup>8</sup>эр./мин; ДОДГл - 2,28 – 6,43 нмоль/10<sup>7</sup>л/мин; ДОДГпл - 1,12 – 6,09 нмоль/мл/мин. Не было выявлено зависимости энзимных показателей от пола и возраста испытуемых лиц.

При поступлении на лечение больных ОА (группа в целом) наблюдали повышение активности ДОДГ, по сравнению с группой здоровых лиц: ДОДГэр (p<0,001), ДОДГл (p=0,008), ДОДГпл (p<0,001).

При первичном обследовании больных ОА с синовитом, по сравнению с контролем, выявили более высокую активность ДОДГэр, ДОДГл, ДОДГпл (все p=0,001). Через 10 дней лечения у этих больных наблюдалось снижение активности энзима во всех биологических средах (p<0,001), а к моменту выписки из стационара активность ДОДГ еще более приблизилась к показателям группы здоровых лиц. По сравнению с поступлением на лечение нормализовалась активность ДОДГ в лимфоцитах и плазме крови, сохранялась повышенная активность ДОДГэр (p=0,015).

В группе больных ОА без синовита, в сравнении со здоровыми лицами, при поступлении на лечение было обнаружено повышение активности только ДОДГэр ( $p=0,030$ ), активность фермента в лимфоцитах и плазме крови сохранялась на уровне нормальных значений. В процессе проводимой терапии наблюдали снижение активности ДОДГ во всех 3-х средах, однако через 10 дней выявленные различия были не достоверными. По окончании курса лечения произошло дальнейшее снижение активности ДОДГэр ( $p=0,004439$ ), ДОДГл ( $p=0,041390$ ). В отличие от данных, полученных при первичном обследовании, активность ДОДГэр и ДОДГл была ниже ( $p=0,012$ ;  $p=0,045$ , соответственно). Энзимные показатели во всех биологических средах не отличались от показателей группы практически здоровых лиц.

При сравнении энзимных показателей больных ОА в зависимости от наличия синовита было выявлено, что у больных с синовитом активность ДОДГ в лизатах лимфоцитов, эритроцитов и плазме крови была выше, чем у больных ОА без синовита (все  $p < 0,001$ ).

О наличии синовита при ОА свидетельствуют: активность ДОДГэр  $> 1,00$  нмоль/ $10^8$ эр./мин; активность ДОДГл  $> 4,45$  нмоль/ $10^7$ лимф./мин; активность ДОДГпл  $> 4,28$  нмоль/мл/мин.

**Выводы.** Таким образом, при ОА выявлены изменения активности ДОДГ в лизатах лимфоцитов, эритроцитов и плазме крови, зависящие от выраженности воспалительных явлений в пораженных суставах. Полученные данные свидетельствует об участии в патогенезе ОА изменений в системе обмена пиримидиновых нуклеотидов. Включенные в исследование энзимные тесты могут быть рекомендованы для рассмотрения в качестве дополнительных диагностических критериев ОА и явлений синовита в пораженных суставах.

### 185. КОРРЕЛЯЦИЯ МЕЖДУ КЛИНИЧЕСКОЙ И БИОЛОГИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТЬЮ ПРИ НЕСПЕЦИФИЧЕСКОМ ЯЗВЕННОМ КОЛИТЕ.

Мордасова В.И., Свиридова Т.Н., Зверева Е.Е., Тимченко Л.И., Карасева В.В.

ГУЗ Воронежская Областная клиническая больница №1, ГОУ ВПО «Воронежская Государственная медицинская академия им. Н.Н. Бурденко Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию», Воронеж, Россия.

Для правильной клинической интерпретации и разработки оптимальной программы лечения конкретного пациента с неспецифическим язвенным колитом (НЯК) каждый клинический случай заболевания следует оценить по локализации и протяженности воспалительного процесса в толстой кишке, характеру течения и тяжести обострения.

**Цель:** в исследовании изучалась корреляция между клинической активностью НЯК (классификация по Трулав и Виттс) и уровнем фекального кальпротектина.

**Материалы и методы:** в исследование включено 14 пациентов с НЯК в возрасте от 21 до 43 лет (средний возраст 35 лет), из них женщин 9 (64%), мужчин – 5 (36%). Всем больным проводилось эндоскопическое исследование (фиброколоноскопия) с морфологической верификацией диагноза, рентгенологические методы и

определялся фекальный биомаркер кальпротектин (методом ИФА).

**Результаты исследования:** средняя длительность заболевания составила 4,5 года. По распространенности поражения пациенты распределились следующим образом: тотальный колит – 4 больных (28,6%), субтотальный – 3 больных (21,4%), левосторонний – 5 больных (35,7%), дистальный – 2 пациента (14,3%). По степени тяжести заболевания пациенты были разделены на две группы: среднетяжелое течение отмечалось у 9 человек (64,3%) – I группа, тяжелое течение – у 5 человек (35,7%) – II группа. В каждой группе, с учетом степени активности заболевания определялась концентрация фекального кальпротектина. В I группе средняя концентрация фекального кальпротектина составила 450,1 мкг/г, во II группе – 537,5 мкг/г. В целом в обеих группах уровень фекального кальпротектина наблюдался от 90 до 600 мкг/г (средняя величина – 493,8 мкг/г, что составляет 9,9 N).

**Выводы:** в данном исследовании показана четкая корреляция между степенью клинической активности НЯК и уровнем фекального кальпротектина.

### 186. СВЯЗЬ МЕЖДУ КЛИНИКО-ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТЬЮ БОЛЕЗНИ КРОНА ТОЛСТОЙ КИШКИ И УРОВНЕМ ФЕКАЛЬНОГО КАЛЬПРОТЕКТИНА.

Мордасова В.И., Свиридова Т.Н., Речмедина В.И., Ольховик И.Ю.

ГУЗ Воронежская Областная клиническая больница №1, ГОУ ВПО «Воронежская Государственная медицинская академия им. Н.Н. Бурденко Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию», МУЗ ГП №3, МУЗ городская больница №10 Воронеж, Россия.

В настоящее время клинические показатели активности Болезни Крона (БК) еще недостаточно изучены. Точная оценка активности заболевания имеет большое значение для правильного лечения пациентов с целью индукции и поддержания ремиссии.

**Цель:** выявить зависимость между клинико-эндоскопической и биологической активностью болезни Крона толстой кишки.

**Материалы и методы:** под наблюдением находилось 6 пациентов с БК толстой кишки в возрасте от 27 до 80 лет (средний возраст составил 46 лет); женщины и мужчины среди них распределились поровну. Всем больным проводилось эндоскопическое исследование (фиброколоноскопия) с морфологической верификацией диагноза, рентгенологические методы исследования, определялся индекс активности заболевания (по Best W.R.) и концентрация биологического маркера – фекального кальпротектина (методом ИФА).

**Результаты исследования:** средняя длительность заболевания составила 7,2 года. По локализации поражения пациенты характеризовались следующим образом: илеоцекальный отдел – 4 больных (66,7%), толстая кишка – 2 больных (33,3%); у одного пациента имелось поражение перианальной области. С учетом индекса активности БК (по Best W.R.) пациенты были распределены на две группы: умеренная активность отмечалась у 4 человек (66,7%) – I группа, высокая

активность у 2 человек (33,3%) – II группа. В каждой группе, с учетом степени активности заболевания определялась концентрация фекального кальпротектина. В I группе концентрация фекального кальпротектина колебалась от 75 мкг/г до 320 мкг/г (средняя величина 197,5 мкг/г), во II группе - от 370 мкг/г до 500 мкг/г (средняя величина 435 мкг/г). В среднем уровень фекального кальпротектина в обеих группах составил 287,5 мкг/г (5,8 N).

**Выводы:** данное наблюдение позволяет сделать вывод, что уровень фекального кальпротектина коррелирует с эндоскопической и клинической активностью БК толстой кишки.

### 187. ИЗУЧЕНИЕ ВЛИЯНИЯ ВЫРАЖЕННОСТИ БРОНХИАЛЬНОЙ ОБСТРУКЦИИ НА СТРУКТУРНО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ЛЕВОГО И ПРАВОГО ЖЕЛУДОЧКОВ У ПАЦИЕНТОВ С СОЧЕТАНИЕМ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ И АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

Мошкина А.А., Зонов О.А., Зонова Ю.А.

Кафедра терапии ИПО, Кировская ГМА, г. Киров

**Актуальность:** По данным ряда научных источников известно, что в последние годы отмечается достоверное увеличение удельного веса пациентов с сочетанными заболеваниями, в том числе сочетание бронхиальной астмы (БА) с артериальной гипертензией (АГ) в среднем составляет 34,8 %.

**Цель:** изучить влияние бронхиальной обструкции на гемодинамические показатели у больных с БА на фоне АГ.

**Материалы и методы:** обследовано 60 человек (42 женщины и 18 мужчин), средний возраст 54+/-4.2 года с сочетанием АГ I-II степени и БА средней степени тяжести вне обострения. Группу сравнения составили 30 человек с изолированной АГ средний возраст 59+/-3.6 лет, мужчины и женщины 12 (40%) и 18 (60%) соответственно. Частота выявленных необратимых изменений органов мишеней у всех пациентов не превышала 50.5%. Диагноз БА выставлен согласно критериям GINA 2008. Время от начала манифестации бронхообструктивного синдрома в среднем составил 12.5+/-2.8 лет, средний временной промежуток от начала постановки диагноза ГБ – 9.3+/-1.7 лет. У обследованных имелись статистически незначимые различия среднего артериального давления (АД) 112.3+/-1.68 и 109.2+/-1.53 мм.рт.ст соответственно (p=0.001). По ЭХО-КС оценивали структуру и функцию миокарда, в том числе наличие диастолической дисфункции (ДД) левого и правого желудочков (ЛЖ и ПЖ). Полученные данные были обработаны методом вариационной статистики, сравнение двух независимых групп осуществлялось методом Краскела-Уоллиса.

**Результаты:** в ходе проведенного анализа протоколов ЭХО-КС двух групп пациентов (1 группа – с АГ в сочетании с БА средней степени тяжести, 2 группа с изолированной АГ) получены следующие результаты, выявлено: увеличение размеров левого предсердия в 1 и 2 группах соответственно (4.05+/-0.15 и 3.9+/-0.081 см.), индекса массы миокарда ЛЖ (148.9 +/-10.86 и 145.2+/-10.36 г/см<sup>2</sup>), среднего давления в легочной артерии (33.9+/-2.35 и 30.3+/-2.36), индекса конечного

диастолического размера ЛЖ (3.1+/-0.15 и 3.0+/-0.12) и переднее-заднего размера ПЖ (2.45+/-0.34 и 2.3+/-0.16 см.), p>0.05 во всех случаях. ДД I типа отмечалась значительно чаще у лиц с сочетанной патологией (для ЛЖ - 68.3% и 39.2%, p=0.042; для ПЖ – 92.4% и 31.5% p=0.014). Систолическая дисфункция не была зарегистрирована ни в одной группе, фракция выброса (ФВ) по Гейхольцу - 61.3+/-3.2%.

**Выводы.** Наличие БА средней степени тяжести у лиц с АГ I-II степени ассоциируется с увеличением частоты ДД как левого, так и правого желудочков, преимущественно по I типу, при небольшом прогрессировании других нарушений легочной и внутрисердечной гемодинамики. При лечении больных с сочетанной патологией необходимо стремиться в равной степени к устойчивой компенсации БА и АГ для профилактики структурно-функциональных изменений сердечной мышцы.

### 188. ТАГАНСОРБЕНТ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ САЛЬМОНЕЛЛЕЗА И ДИЗЕНТЕРИИ

Муковозова Л.А., Тусупова К.Н., Копашева С.Ю., Маукаева С.Б., Токаева А.З., Нуралинова Г.И., Кулжанова Ш.А., Смаил Е.М.

Государственный медицинский университет г. Семей, Казахстан

**Цель исследования** – повышение эффективности лечения больных сальмонеллезом и дизентерией путем включения энтеросорбента – тагансорбента в общий комплекс терапевтических средств.

**Материалы и методы.** Оценки лечебного эффекта тагансорбента осуществлялись у 230 больных гастроинтестинальной формой сальмонеллеза (150), дизентерией (80) в возрасте от 19 до 56 лет (мужчин 139, женщин 91). Диагноз сальмонеллеза ставился на основании характерных клинических проявлений, эпидемиологических данных и подтверждался у всех больных выделением сальмонелл из кала (100%), у 1,3% одновременно – из крови, а также обнаружением специфических антител в нарастающих титрах в реакции пассивной гемагглютинации (РПГА) у 36,0% больных. Тяжелое течение сальмонеллеза наблюдалось у 51 больного (34,0%), среднетяжелое – у 72 (48,0%) и легкое у 27 (18,0%). Тагансорбент на фоне базисного лечения из числа обследованных больных сальмонеллезом получали 75 человек. Диагностика дизентерии осуществлялась на основании клинических, эпидемиологических и лабораторных данных (бактериологически диагноз подтвержден у 80% больных, серологически – у 14% лиц). Колитическая форма дизентерии была у 54 больных, гастроэнтероколитическая – у 26 лиц. По степени тяжести преобладало среднетяжелое (84,4%) течение болезни, реже наблюдалось тяжелое (8,8%) и легкое (6,8%) течение болезни. Среди больных острой дизентерией 40 пациентов на фоне этиопатогенетической терапии получали тагансорбент, а 40 больным назначалось только этиопатогенетическое лечение. Больным сальмонеллезом и дизентерией на фоне комплексного лечения дополнительно применяли тагансорбент. Тагансорбент фармацевтического предприятия «Сорбент» (г. Усть-Каменогорск) применяли per os (в ½ стакана кипяченной воды) за 2 часа до приема

других препаратов. Разовая и суточная доза тагансорбента определялась методом титрования и назначалась с учетом тяжести течения болезни: при легком течении – 3г 1 раз в сутки; при среднетяжелом течении по 3г 2 раза в сутки (утром и вечером), при тяжелом течении 3г 3 раза в сутки и соответственно суточные дозы составляли: 3г, 6г, 9г. У всех больных независимо от формы тяжести препарат назначался в течении 3-5 дней (до прекращения диареи).

Результаты и их обсуждение. Наши наблюдения при сальмонеллезе показали, что лечебный эффект тагансорбента по непосредственным результатам оказался значительно выше, чем при традиционной терапии. Клиническая эффективность тагансорбента проявлялась существенным сокращением длительности основных симптомов сальмонеллеза. Так, в более ранние сроки в сравнении с контрольной группой регрессировали: лихорадка (в 1,4 раза), озноб (в 1,5 раза), головная боль (в 1,6 раза), головокружение (в 1,5 раза), слабость (в 1,6 раза), судороги (в 1,5 раза), боли в животе (в 1,6 раза), тошнота (в 1,2 раза), рвота (в 1,2 раза) и диарея (в 1,7 раза). Остальные клинические признаки сальмонеллеза (адинамия, сухость слизистых и др.), также имели тенденцию к более быстрому угасанию, но без достоверных различий с группой сравнения. Оценку эффективности лечения тагансорбентом у больных дизентерией проводили на основании клинических критериев: продолжительности основных клинических симптомов на фоне лечения. Наши наблюдения показали, что применение тагансорбента дает отчетливый клинический эффект уже в период купирования активного инфекционного процесса. У больных получавших тагансорбент, достоверно в более ранние сроки купировались такие основные симптомы, как слабость, тошнота, боли в животе, спазм сигмы, диарея, чем у больных группы сравнения. Следует отметить, что на фоне применения тагансорбента уменьшалась продолжительность и других клинических признаков дизентерии (лихорадка, головная боль, снижение аппетита, тенезмы, ложные позывы), хотя и без достоверных различий.

Выводы. Таким образом, клиническая эффективность тагансорбента и его благоприятное влияние на нормальную микрофлору кишечника позволяют рекомендовать этот препарат для широкого применения в лечении ОКИ. Препарат прост в применении, доступен, безопасен и хорошо переносится больными. Отсутствие побочных действий и противопоказаний позволяют использовать этот препарат не только в условиях стационара, но и в амбулаторных условиях.

### **189. ОСТАНОВКА ЖЕЛУДОЧНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ МЕТОДОМ АРГОНОПЛАЗМЕННОЙ КООГУЛЯЦИИ**

Мусорина В.П., Скажутина Л.Н., Малов В.И., Заворыкина Л.Ю.

ГУЗ «Краевая клиническая больница», г. Чита, главный врач Лиханов И.Д.

Цель исследования. Анализ эффективности применения метода аргоноплазменной коагуляции (АПК) в остановке желудочных кровотечений.

Материалы и методы. Материалом исследования служили пациенты с острыми желудочными кровотечениями, доставленные в хирургическое отделение. АПК проводили аргоноплазменным коагулятором KLS martin ME MB1 (производитель Германия). Для выполнения АПК проводили от источника высочастотного напряжения через инструментальный канал гастрофиброскопа фирмы «Олимпус» зонд-апликатор немецкой фирмы «ERBE», длиной 200 см, диаметром 2,2 мм, с торцевым расположением сопла. Зонд устроен таким образом, что в канал подачи аргона вмонтирован высокочастотный электрод. За 30 мин. до проведения экстренного эндоскопического исследования пациентам проводили стандартную премедикацию: внутримышечно вводили Sol. Promedoli 2%–1,0; Sol. Sibasoni 0,05%–2,0; Sol. Methacini 0,1%–4,0. Во время проведения экстренной эндоскопии определяли состояние источника кровотечения, показывая к АПК. Для непосредственного воздействия на ткани зонд-апликатор выдвигали на 5–10 мм из канала фиброскопа и располагали в 5–8 мм от поверхности слизистой оболочки. При объемной скорости подачи аргона 2 л/мин и электрической мощности 60 вт производили АПК поверхности субстрата 4–5 импульсами по несколько секунд каждый до достижения надежного гемостаза, что определяли визуально. При продолжающемся кровотечении подвергали коагуляции непосредственно кровоточащий сосуд.

Результаты и их обсуждение. За полтора года применения АПК провели остановку кровотечений у 92 больных, 48 мужчин и 44 женщин в возрасте от 18 до 78 лет. Все пациенты поступили в стационар в экстренном порядке. Предварительное обследование в минимальном варианте включало в себя электрокардиографию, общий анализ крови, исследование гематокрита, определение группы крови и резус-фактора, содержания глюкозы в крови, исследование коагулограммы. Все больные дали письменное согласие на проведение эндоскопического вмешательства. У 52 больных причиной кровотечения была язвенная болезнь (из них у 3 пациентов – пептическая язва анастомоза), у 19 – острые эрозии желудка, у 4 – синдром Дъелафуа, у 17 – синдром Мэллори-Вейса. У 86 пациентов (94,4%) применение АПК привело к окончательной остановке кровотечения. Это совпадает с данными других авторов [Н.В. Лебедев с соавт., 2007] или несколько выше установленной исследователями, у которых эффективность АПК при острых язвенных поражениях равнялась 87–88% [Кузьмин-Крутецкий М.И., 2001; Е.Д. Фёдоров с соавт., 2008]. Если сравнить с другими эндоскопическими методиками (по литературным данным), то эффективность биполярной диатермокоагуляции сравнительно ниже (80%), и еще меньше эффект от инъекционного метода (79,7%) [Н.В. Лебедев с соавт., 2007]. Конкурирует по эффективности с АПК, по данным тех же авторов, метод радиоволновой коагуляции (у 87,5% позволяет провести окончательную остановку кровотечения). У 6 пациентов нам не удалось произвести окончательную остановку кровотечения (2 больных с синдромом Дъелафуа, 1 – с пептической язвой анастомоза и 3 – с язвой желудка), но проведение первичного гемостаза позволило отсрочить оперативное

вмешательство и провести полноценную предоперационную подготовку.

Заключение.

1. Применение метода аргоноплазменной коагуляции для первичной остановки кровотечения в ходе экстренной фиброгастроскопии позволяет провести окончательную остановку кровотечения у 94,4% пациентов.
2. Метод АПК более эффективен, чем другие эндоскопические методы остановки кровотечения и экономически выгоден.

**190. СИНДРОМ ФЕЛТИ**

(клинический случай).

Насыбуллина Р.С., Рубанова Э.Ф., Пак Э.В., Кожевникова Н.В., Черемисина А.Ю., Садыкова Д.М.

Кафедра терапии, ГОУ ДПО «КГМА» Росздрава, г. Казань

Синдром Фелти - симптомокомплекс, характеризующийся полиартритом, спленомегалией, лейкопенией, анемией и тромбоцитопенией. Рассматривают как вариант системного течения ревматоидного артрита (РА) у взрослых. Статистические данные: частота 1% больных РА. Преобладающий возраст — старше 40 лет. Преобладающий пол — женский (3:1).

Больная Л, 52 года. Инвалид 2 группы с детства по поводу ДЦП. Поступила в клинику 29.12.09 с жалобами на сжимающие боли в левом боку, усиливающиеся после еды, особенно после жирной пищи и при натуживании. Характер болей переменный, длительность около 2 часов, купировались без медикаментозного воздействия, запоры

Постоянные боли в суставах кистей и стоп, длительная скованность по утрам (6-8 часов), требующая длительного разминания. Anamnesis morbi:

боли в левом боку начали беспокоить 2 последних недели до госпитализации. Особенно острые боли беспокоили 25.12.09. Была вызвана СП, после инъекции но-шпы в/м интенсивность боли уменьшилась, но до конца болевой синдром не купировался. Через 2 дня участковым терапевтом для исключения острой хирургической патологии больная была направлена в РКБ№1, откуда доставлена в терапевтическое отделение РКБ№3 с диагнозом: Панцитопения, спленомегалия, Анемия тяжелой степени.

Anamnesis vitae: родилась недошенной на сроке 32 недели. Диагноз ДЦП был поставлен при рождении. Родители злоупотребляли алкоголем в течении многих лет. У матери это 2 роды, старший брат, со слов пациентки, рос и развивался нормально. В школу пошла с 7 лет, закончила 8 классов 11 спец.интерната. Menses с 16-48 лет регулярные, обильные.

С 25 лет начали беспокоить боли в пястных, пястно-фаланговых и лучезапястных суставах, появилась припухлость, скованность по утрам. Через некоторое время суставы начали деформироваться, точно назвать время, когда началась деформация, не может.

Перенесенные заболевания: в возрасте примерно 5-6 лет была произведена операция на левой ноге, по видимому, в связи с паретической стопой.

В марте 2008 года госпитализирована в ЧЛХ в связи с абсцессом в околоушной области. Была произведена операция и сделано переливание крови в связи с низким Нб.

Данные объективного исследования: состояние больной удовлетворительное. Астенический тип телосложения. Рост-165 см, вес-48 кг, ИМТ-18,5. Кожные покровы и слизистые: бледные. Выраженный кифосколиоз, воронкообразное вдавление грудины, асимметрия сосков.

Подкожно-жировой слой: выражен слабо, толщина складки<1см. Лимфатические узлы не пальпируются. Цитовидная железа не увеличена.

Осмотр суставов. Суставы кистей рук: деформация типа «бутоньерки»-стойкое сгибание проксимального межфалангового сустава и разгибание дистального межфалангового сустава, вызванные слабостью центральных волокон сухожилия разгибателя. Ульнарная девиация пальцев с неполными вывихами в пястно-фаланговых суставах. Стопы: поперечное плоскостопие, подвывихи плюснефаланговых суставов. Деформация стоп по типу латеральной девиации.

Органы дыхания без отклонений.

Сердечно-сосудистая система. Аускультативно: Тоны сердца приглушены, ритмичные, выслушивается систолический шум на верхушке и у левого края грудины. ЧСС-65 ударов в минуту. А/д=120/80 мм.рт.ст.

Система пищеварения. Язык бледной окраски, влажный, чистый. Зубы почти полностью разрушены, поражены кариесом. Живот в горизонтальном положении распластан, мягкий, умеренно болезненный в области левого подреберья.

Печень пальпируется под краем правой реберной дуги, край печени мягкий, гладкий безболезненный. Селезенка пальпируется ниже пупка на 4 см. Край селезенки острый, ровный, гладкий, умеренно болезненный.

Органы мочевыделения без отклонений.

В анализах крови обращает внимание снижение лейкоцитов до 2,6\*10<sup>9</sup> /л; эритроцитов до 3,99\*10<sup>12</sup>/л; тромбоцитов до 155\*10<sup>9</sup>/л; гемоглобин 72 г/л; Ц.п.=0,54; СОЭ-48 мм / ч. Микроангиопатия+; Пойкилоцитоз +

Анизохромия умеренная.

Биохимические данные. РФ-128 мг/л; Fe-3,0 мкм/л

ИФА: иммуноглобулины А, М, G в пределах нормы; ЦИК-0,057 Е.О.П. N(0,017-0,047)

Рентген ОГК: Эмфизема. Усиление легочного рисунка по сетчато-ячеистому типу преимущественно по средним и нижним легочным полям. Рентгенография кистей и стоп в прямой проекции: выраженные признаки артрита 3-4 степени.

Узи органов брюшной полости: со стороны печени, желчного пузыря и поджелудочной железы патологии не выявлено. Обращает на себя внимание увеличение размеров селезенки - 175x86. Паренхима однородная, эхогенность повышена, селезеночная вена- 9мм.

РКТ: спленомегалия, портальная гипертензия, данных за тромбоз селезеночной вены не выявлено.

Рентгеноскопия пищевода и желудка: гипотония пищевода, желудка. Гастроптоз. ГПОД.

Эхо-кс: небольшой пролапс митрального клапана с незначительной регургитацией, недостаточность трикуспидального клапана I-II

Консультация невролога. Диагноз: ДЦП в виде нижнего спастического парализа.

Заключительный диагноз:

Сeropотизивный ревматоидный артрит, активность III, рентген стадия IV, суставно-висцеральная форма (синдром Фелти: спленомегалия, панцитопения; поражение легких: пневмофиброз; ЖКТ гипотония пищевода, желудка, ГПОД; пролапс митрального клапана с незначительной регургитацией, недостаточность трикуспидального клапана I-II степени.

ДЦП в виде нижнего спастического парализа.

Лечение: Феррум-лек 2,0 в/м; Преднизолон -10 мг утром, 5 мг в обед, 5 мг вечером; Омепразол 20 мг х2 раза в день; Сорбифер-дурулес по 20 мг 2 раза в день.

В процессе лечения состояние улучшилось: боли в левом боку не беспокоят, уменьшились боли в суставах, стала активнее, наметилось улучшение показателей крови: L=3,7\*10<sup>9</sup>мм/л; СОЭ=17 мм/ч; Hb=89г/л; Eг=4,75\*10<sup>12</sup> мм/л.

Выписана с рекомендацией продолжить прием преднизолона 20 мг с последующим постепенным снижением дозы (1/4 таб. в неделю) под контролем клинических и биохимических показателей крови, ЛФК. Рекомендовано явиться через три месяца на контрольное обследование и коррекцию лечения.

Данный клинический случай интересен в плане диагностики редкого синдрома Фелти суставно-висцеральной формы РА с благоприятным течением.

### 191. ДИСФУНКЦИЯ АРТЕРИОВЕНОЗНОЙ ФИСТУЛЫ У БОЛЬНЫХ НА ГЕМОДИАЛИЗЕ: РОЛЬ ГИПЕРГОМОЦИСТЕИНЕМИИ

Нездоймина Н.Н., Щербаков А.В.

Кафедра внутренних болезней ВПТ ГОУ ВПО ЧГМА Росздрава, г. Челябинск, Россия

**Актуальность.** Дисфункция сосудистого доступа (ДСД) остается одной из ведущих клинических проблем у больных, получающих лечение программным гемодиализом. Нередко дисфункция артериовенозной фистулы возникает без очевидных причин, что предполагает актуальность исследований, направленных на выявление дополнительных факторов ДСД. Среди возможных факторов риска ДСД обсуждается гипергомоцистеинемия.

**Цель работы:** определить взаимосвязь между нарушением функционирования сосудистого доступа и уровнем гомоцистеина в сыворотке у пациентов, находящихся на лечении программным гемодиализом (ГД).

**Материалы и методы.** В ретроспективный анализ были включены 83 больных с терминальной ХПН, получавших лечение ГД в период 2008-2009 гг. в отделении гемодиализа на базе МУЗ ГКБ № 8 г. Челябинска. Анализировалась функция только нативной артериовенозной фистулы. Дисфункция сосудистого доступа определялась как любая дисфункция артериовенозной фистулы, требующая хирургического вмешательства.

Гемодиализ проводили на аппарате Fresenius с использованием бикарбонатного диализирующего раствора и полисульфоновых диализаторов F 8 и F 10 HPS. Продолжительностью сеанса гемодиализа

составляла 4 – 5 часов 3 раза в неделю. Обеспеченная доза диализа (индекс spKT/V) составляла не менее 1,3 по логарифмической формуле Дж. Даугирдаса.

Критерии включения в исследование: 1.больные с терминальной стадией ХПН, находящиеся на лечении программным гемодиализом; 2. информированное согласие пациента на участие в исследовании.

Критерии исключения из исследования: 1. наличие сопутствующей патологии: ИБС (стенокардия, инфаркт миокарда, нарушения ритма и проводимости); сахарный диабет; системные заболевания соединительной ткани; активные заболевания печени; острые воспалительные заболевания; 2. отказ пациента от обследования.

Включенные в исследование пациенты были распределены в две группы с учетом наличия (основная группа, n=25) или отсутствия (контрольная группа, n=58) ДСД.

Достоверных различий между основной и контрольной группами по возрасту, длительности диализа и причин развития ХПН не выявлено (p>0,05).

Уровень гомоцистеина (ГЦ) исследовали методом иммуноферментного анализа на анализаторе «AXIS-SHEILD» (Diagnostics Limited UK).

В качестве группы сравнения обследовано 9 практически здоровых доноров. Статистическая обработка выполнена с использованием пакета статистических прикладных программ STATISTICA 6, 0. Расчет относительного риска (ОР) выполнен с помощью программы Epi Info (версия 5.0b). Данные представлялись как «среднее ± стандартное отклонение», так и границами доверительного интервала (ДИ) с уровнем доверительной вероятности 95%. Значимость различий для количественных данных между группами оценивалась с помощью U-критерия Манна-Уитни. При сравнении долей применяли Z-критерий. Критический уровень значимости (p) при проверке статистических гипотез принимали равным 0,05.

**Результаты.** По результатам проведенного исследования выявлено, что средний уровень ГЦ у пациентов обеих групп был достоверно выше, чем в группе сравнения - 35,91 ± 7,56 мкмоль/л (p<0,01) в основной группе и 22,07±7,56 мкмоль/л (p<0,01) в контрольной группе. В месте с тем, отмечено статистически значимое превышение концентрации ГЦ у пациентов с ДСД по сравнению с пациентами без таковой.

Увеличение квартиля концентрации гомоцистеина сопровождалось ростом частоты ДСД (p<0,05). Таким образом, ОР развития конечной точки в 4-м квартиле по сравнению с 1-м квартилем, составил 3,67 (95% ДИ [4,57;11,36]; p<0,01).

**Выводы.** Полученные результаты позволяют констатировать, что гипергомоцистеинемия увеличивает риск дисфункции сосудистого доступа у больных на программном гемодиализе.

### 192. СОСТОЯНИЕ МИКРОФЛОРЫ КИШЕЧНИКА У БОЛЬНЫХ ПСОРИАЗОМ

Нестеров А.С., Потатуркина-Нестерова Н.И., Рыбин А.В.

ГОУ ВПО Ульяновский государственный университет, г. Ульяновск, Россия

Многочисленные эпидемиологические исследования указывают на увеличение распространения в современных условиях ряда хронических кожных заболеваний, таких как псориаз, атопический дерматит и т.д. Многие исследователи, не отрицая значения наследственного фактора, нейроиммунных и других системных нарушений, тем не менее, придают большое значение взаимосвязи заболеваний кожи с нарушениями микробиологического баланса организма. Значительные исследования посвящены изучению микрофлоры желудочно-кишечного тракта при различных заболеваниях пищеварительной системы. Однако нормофлора кишечника при хронических кожных заболеваниях изучена недостаточно.

Цель исследования. Изучить особенности микробиоценоза кишечника у больных псориазом.

Материалы и методы. Обследовано 96 человек, находящихся на стационарном лечении в областном кожно-венерологическом диспансере г. Ульяновска. Группу сравнения составили 60 практически здоровых людей.

Результаты и их обсуждение. Исследование микробиоценоза кишечника больных обыкновенным псориазом выявило значительные изменения в составе нормофлоры кишечника. Наиболее выраженные изменения зафиксированы со стороны облигатной анаэробной флоры. Отмечено снижение *Bifidobacterium* в 69,3% случаев до значения  $1g\ 6,7 \pm 0,03$  КОЕ/г (в контроле –  $9,5 \pm 0,15$ ), *Lactobacterium* в 40,2% случаев до  $1g\ 7,1 \pm 0,04$  КОЕ/г (в контроле –  $8,7 \pm 0,5$ ) и *Bacteroides* в 65,2% случаев до  $1g\ 8,1 \pm 0,04$  КОЕ/г (в контроле –  $10,1 \pm 0,1$ ). Дефицит *Escherichia* был зарегистрирован в 46,7% случаев. Характерным микроорганизмом для микропейзажа кишечника обследованных больных являлась кишечная палочка с гемолитическими свойствами, частота обнаружения которой составила 45,3%, со средним значением  $1g\ 5,8 \pm 0,2$  КОЕ/г.

Для бактерий рода *Klebsiella*, *Staphylococcus* выявлено повышенное содержание в 54,2% и 48,1% случаев. Уровень их содержания составил  $1g\ 5,6 \pm 0,2$  КОЕ/г (в контроле –  $3,3 \pm 0,5$ ) и  $1g\ 5,7 \pm 0,09$  КОЕ/г (в контроле –  $4,0 \pm 0,3$ ) соответственно.

Выводы. Таким образом, микробиоценоз кишечника обследованных больных сопровождался сменой микроорганизмов. Наблюдалось значительное снижение количества представителей нормальной микрофлоры, таких как бифидобактерии, лактобактерии, бактероиды. Напротив, содержание условно-патогенных микроорганизмов увеличивалось, что является проявлением дисбиоза. Полученные данные позволяют врачам практического здравоохранения подбирать ориентировочные методы лечения дисбиотических состояний кишечника, при отсутствии результатов анализов.

### 193. РОЛЬ *BLASTOCYSTIS HOMINIS* В ПАТОГЕНЕЗЕ ПСОРИАЗА

Нестеров А.С., Нестерова А.В., Рыбин А.В.  
ГОУ ВПО Ульяновский государственный университет, г. Ульяновск, Россия

При псориазе, являющимся одним из самых часто встречающихся хронических дерматозов, в большинстве

случаев диагностируется дисбиоз кишечника, обусловленный наличием условнопатогенных простейших – *Blastocystis hominis*. Однако, на сегодняшний день вопрос об участии *B. hominis* в патогенезе псориаза является неизученным.

Цель исследования. Изучение особенностей течения псориазической болезни на фоне инвазивности бластоцистами.

Материалы и методы. Обследовано 56 пациентов с псориазической болезнью, находившихся на лечении в областном кожно-венерологическом диспансере г. Ульяновска. Группой сравнения являлись 30 практически здоровых людей.

Результаты и их обсуждение. Из всех пациентов, находившихся под наблюдением, лица мужского пола составили 60,7% (34 человека), женского – 39,3% (22 человека). Псориаз у всех исследуемых больных характеризовался осенне-зимней формой заболевания. Длительность обострений у большинства пациентов составляла 1-1,5 месяца, ремиссии – непродолжительные. У 6 пациентов отмечена тяжелая – эритродермическая форма псориазической болезни. Почти половина больных – 47,5% имела клинические и рентгенологические признаки поражения суставов.

С целью изучения инвазивности пациентов *B. hominis* проводилось микроскопическое исследование нативных и окрашенных по Романовскому-Гимзе и железным гематоксилином по Гейденгайну мазков ( $\times 10 \times 40$ ), получаемых из фекалий. В ходе исследования установлено, что простейшими *Blastocystis hominis* инфицировано 89,3% обследованных с псориазической болезнью, что значительно выше аналогичного показателя в группе сравнения (6,7%).

Из 50 выделенных клинических изолятов бластоцист 86% обладали высокой патогенностью. В ходе работы была изучена морфология клинических изолятов *B. hominis*. Вакуолярная форма, являющаяся наиболее патогенной, была выявлена во всех случаях у пациентов с частыми рецидивами псориазического процесса. Только у данной группы больных наблюдалась эритродермическая форма псориазической болезни и выявлены признаки поражения суставов.

Выводы. Полученные результаты позволяют предположить высокую значимость бластоцист в формировании и хронизации псориазического процесса. Это требует разработки полноценной терапии псориаза, с учетом обязательной эрадикации *B. hominis*.

### 194. НАРУШЕНИЕ МИКРОБИОЦЕНОЗА КИШЕЧНИКА У ДЕТЕЙ С ДЕРМАТОРЕСПИРАТОРНЫМ СИНДРОМОМ

Нестерова А.В., Нестеров С.А., Бакиров И.Ш.  
ГОУ ВПО Ульяновский государственный университет, г. Ульяновск, Россия

В последние годы среди пациентов с аллергопатологиями отмечается отчетливая тенденция к увеличению числа больных сочетанными формами кожной и респираторной аллергии. Среди них очень часто наблюдается ассоциация атопического дерматита и аллергического ринита, характеризующаяся тяжелым хроническим течением.

До настоящего времени исследователями всего мира продолжается поиск причин возникновения, рецидивирующего течения и разработка новых подходов комплексной терапии данной патологии. Наряду с выявлением повышенной чувствительности к различным аллергенам, уделяется значительное внимание выявлению очагов хронической бактериальной и вирусной инфекции.

Цель работы. Выявить у детей с дерматореспираторным синдромом (ДРС) характер нарушений микробиоценоза кишечника и оценить эффективность лечебных мероприятий, направленных на коррекцию выявленных изменений микробиоты кишечника.

Материалы и методы. Под нашим наблюдением состояло 42 ребенка, в возрасте от 3-х до 15 лет с сочетанием атопического дерматита и круглогодичного аллергического ринита. Из них, женского пола – 45% (18 человек), мужского пола – 55% (24 пациента). У 5-х детей (12%) была сопутствующая бронхиальная астма. Больные предъявляли жалобы на мучительный зуд и высыпания на коже, затруднение носового дыхания, ринорею, зуд в носу, у некоторых пациентов отмечался сухой кашель и приступы удушья.

Результаты. Проведенное нами исследование микробиоценоза кишечника у детей с ДРС выявило в 95% случаев изменения, дисбиотического характера. Наблюдалось снижение количественных показателей индигенной микробиоты кишечника (бифидобактерии – в 47%, лактобактерий – в 26%, энтерококков – в 21%, кишечной палочки с нормальными ферментативными свойствами – в 5%) случаев соответственно.

Отмечено увеличение количества гемолизирующей кишечной палочки в 36% и лактозонегативной кишечной палочки – в 9,5% наблюдений. Проведенные исследования выявили значительные увеличение обсемененности кишечника условно-патогенными представителями семейства энтеробактерий – клебсиелл и протеев (17% больных). На фоне снижения колонизационной резистентности нормальной микробиоты отмечалось значительное повышение частоты встречаемости грибов рода *Candida spp.* (17% больных). Обнаружено значительное увеличение (42% пациентов) количественных значений в составе микрофлоры кишечника золотистого стафилококка, антигенные детерминанты которого приводят к дополнительной сенсibilизации организма.

Всем пациентам с нарушениями микробиоценоза кишечника в комплекс лечебных мероприятий были добавлены препараты, коррегирующие выявленные изменения. После курса комбинированной терапии наблюдение за пациентами продолжалось в течение 2-х месяцев. За период наблюдения отмечено только 6 случаев рецидивов ДРС в исследуемой группе, хотя по данным медицинской документации у многих детей рецидивы заболеваний возникали ранее не реже 1 раза в месяц.

Выводы. Таким образом, проведенные нами исследования выявили значительные нарушения микробиоценоза кишечника у подавляющего числа детей с дерматореспираторным синдромом. Включение в комплекс терапевтических мероприятий препаратов, коррегирующих дисбиотические изменения кишечника

способствуют ускорению регресса клинических проявлений дерматоза и ринита, а также значительному увеличению сроков ремиссии заболевания.

### 195. ВОССТАНОВИТЕЛЬНОЕ ЛЕЧЕНИЕ В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ НА ПОЛИКЛИНИЧЕСКОМ ЭТАПЕ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ

Низамутдинова Р.С., Камалова З.Р., Дмитриев В.В., Амирова И.В.

БГМУ, поликлиника № 46, г. Уфа

Актуальность проблемы реабилитации пациентов в поликлинических условиях обусловлена необходимостью скорейшего восстановления их работоспособности и профилактики осложнений при заболеваниях внутренних органов.

Возросший образовательный потенциал населения заставляет повысить качественно уровень проведения этой работы внедрять современные технологии.

Цель: анализ деятельности реабилитационного отделения городской поликлиники, в составе которой функционирует дневной стационар.

Материалы и методы: анализу были подвергнуты годовой отчет работы реабилитационного отделения и дневного стационара поликлиники № 46 города Уфы, медицинские карты амбулаторных больных, истории болезни, результаты исследования больных (клинический и биохимический анализы крови, пневмотахометрия, электрокардиография).

Городская поликлиника № 46 является клинической базой кафедрой поликлинической терапии БГМУ, оказывает медико-профилактическую помощь населению в количестве 37200 человек на 22-х терапевтических участках. Трудоспособное население составляет 72%, занятые на производственных предприятиях – 21% от работающих граждан, в бюджетных организациях – 10%, мелких предприятиях и частных организациях - остальные.

Реабилитационное отделение поликлиники г. Уфы функционирует с января 2008 года, располагается на общей площади 806,2 кв.м. На цокольном этаже поликлиники функционирует водолечебница площадью 351,5 кв.м., где установлены водолечебная душевая кафедра «Вуокса Эконом», ванна для подводного душа-массажа «ВАДМ-650/7, ванна бальнеологическая минеральная «ВАБ – Акваполимер», вихревая ванна для нижних конечностей «Lastura Proji». При отделении функционируют кабинеты ЛФК со всем необходимым оборудованием, массажа, рефлексотерапии, электро-, светолечения, лечения ультраволновыми частотами, парафинотерапии, магнитотерапии. Все кабинеты оборудованы новейшей физиоаппаратурой.

Результаты: пациенты, находящиеся на реабилитации, направляются врачами поликлиники и дневного стационара. В дневном стационаре пролечено 734 больных (12203 койко/дней). Больные распределились по следующим заболеваниям: системы кровообращения – 545 человек, костно-мышечной системы – 69, системы пищеварения – 44, нервной системы – 32, органов дыхания – 22 и другие заболевания.

Врачами отделения реабилитации составлены комплексные программы для лечения следующих

заболеваний: хронические обструктивные заболевания легких, реконвалесценты пневмонии, ишемическая и гипертоническая болезни сердца, ожирение, остеохондроз позвоночника, артрозы, артриты. По этим программам за 2009 год пролечено 4005 больных.

Для реабилитации данных пациентов применялись методы физиолечения, бальнеотерапии, ЛФК и массажа (3621 человек), рефлексотерапии (120 человек), гомеопатии и биорезонансной терапии. С 1 октября 2009 года функционирует аппарат «ORMED» для вибромассажа и вытяжения шейно-грудного и поясничного отделов позвоночника. Пролечено 36 больных с патологией позвоночника. Для биорезонансной терапии применялся аппарат «Дета» как в комплексной, так и монотерапии этих заболеваний. Контроль за результатами реабилитации осуществлялся по клиническим и лабораторно-функциональным показателям. Со значительным улучшением закончили реабилитацию 51,6% (2069) пациентов, улучшение и без перемен отмечалось у остальных больных, которым восстановительное лечение было продолжено.

**Выводы:** для восстановительного лечения больных с различными заболеваниями в настоящее время созданы все условия с использованием дневного стационара и реабилитационного отделения в условиях городской поликлиники.

#### 196. ОРГАНИЗАЦИОННО-МЕТОДИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ПРОФИЛАКТИКИ ЗАБОЛЕВАНИЙ В ПОЛИКЛИНИЧЕСКИХ УСЛОВИЯХ

Низамутдинова Р.С., Крюкова А.А., Салахов Э.М., Мирсаитова Э.И., Камалова З.Р., Амирова И.В.

Кафедра поликлинической терапии БГМУ, муниципальная поликлиника № 46, г. Уфа

Формирование здорового образа предусматривает организационные, методические, профилактические, реабилитационные мероприятия. Столь широкий комплекс мер направлен на сохранение здоровья населения, пропаганду здорового образа жизни, мотивирование граждан к личной ответственности за свое здоровье и здоровье своих детей, членов семьи, разработку индивидуальных подходов по борьбе с факторами риска развития заболеваний. На кафедре поликлинической терапии Башкирского государственного медицинского университета в течение 15 лет осуществляется научная, методическая и практическая деятельность, направленная на изучение факторов риска внутренней патологии и их коррекцию в процессе обучения студентов вузов крупного промышленного города (Низамутдинова Р.С., Крюкова А.А., Кудрявцева И.В. (1998, 2005).

**Цель исследования:** изучить распространенность вредных привычек среди студентов вузов и оценить роль центров здоровья в формировании здорового образа жизни населения.

**Материалы и методы исследования:** под наблюдением находились 1867 студентов различных возрастных групп, из них юношей- 52%, девушек – 48%. Исследования включали анкетно-опросный скрининг на выявление факторов риска, спиро- и пневмотахометрию, электрокардиографию.

**Результаты:** пилотные исследования студентов вузов показали высокую распространенность курения у лиц различных возрастных групп: 18-19-ти летние юноши не отрицали курение в 37,1±5,3% случаев, девушки – 8,0±2,1%, среди лиц старше 20 лет, но моложе 25 лет курили 43±% мужчин и 11,6±3,5% женщин. Каждый третий мужчина и каждая четвертая женщина этих возрастных групп употребляли алкоголь. При этом 29,7±4,9% студентов отметили злоупотребление алкоголем одного из родителей. Результаты изучения показателей физического развития студентов показали, что с возрастом наблюдается увеличение массы тела, особенно после 20 лет. О значительном снижении морфофункциональных показателей физического развития свидетельствовал тот факт, что только 17,2±4,3% студентов имели жизненный индекс в пределах возрастной нормы. У 23,2±3,7% обследованных имелись нарушения бронхиальной проходимости, с большей частотой среди курящих или куривших ранее. Было установлено несоответствие морфофункциональных показателей физического развития возрастнo-половым нормативам. Полученные данные легли в основу разработанной целевой программы охраны здоровья обучающейся молодежи и образовательных программ в школах здоровья для студентов.

Разработанная в нашей стране концепция охраны здоровья населения и формирование здорового образа жизни предусматривала разноплановую деятельность в этом направлении, однако, в основном, в декларативной форме: не было выделено дополнительных штатов сотрудников, конкретных методов исследования и необходимой аппаратуры, помещения.

Для реализации комплекса мер по формированию здорового образа жизни у граждан и в соответствии с приказом Минздравсоцразвития России №597 от 19 августа 2009 г. «Об организации деятельности центров здоровья по формированию здорового образа жизни у граждан Российской Федерации, включая сокращение потребления алкоголя и табака» в городской поликлинике № 46 города Уфы в декабре 2009 года открыт центр здоровья с соответствующим оснащением и кадровым составом.

В структуру Центра здоровья включены кабинеты тестирования на аппаратно-программном комплексе, инструментально и лабораторного обследования, кабинет (зал) лечебной физкультуры, кабинет врача, школы здоровья. Функциями центра здоровья являются:

- информирование населения о вредных и опасных для здоровья человека факторах;
- групповая и индивидуальная пропаганда здорового образа жизни;
- профилактика возникновения и развития факторов риска различных заболеваний (курение, алкоголь, гиподинамия и др.)
- обучение граждан, в том числе детей, гигиеническим навыкам и мотивирование их к отказу от вредных привычек, включающих помощь в отказе от потребления алкоголя и табака;
- обучение граждан эффективным методам профилактики заболевания с учетом возрастных особенностей;

- динамическое наблюдение за пациентами группы риска развития неинфекционных заболеваний;
- разработка индивидуальной программы по ведению здорового образа жизни с учетом физиологических, возрастных особенностей и т.д.

**Выводы:** для успешной работы центра здоровья необходима высокая медицинская активность населения, а врачам и медицинским сестрам необходимо по результатам дополнительной диспансеризации сформировать группы практически здоровых пациентов и имеющих отдельные факторы риска для занятий в обучающих школах здорового образа жизни.

### 197. ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНЫЕ АНЕМИИ У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН

Никитин Е.Н., Дудкина Т.А., Манаков В.А., Шишкина А. А.

Кафедра факультетской терапии с курсами эндокринологии и гематологии, ИГМА, г. Ижевск  
 ГУЗ «Первая Республиканская клиническая больница» МЗ УР, г. Ижевск

**Актуальность.** По данным ВОЗ, железодефицитная анемия (ЖДА) у беременных встречается от 21 до 80% и не имеет тенденции к снижению. Это заболевание представляет серьезную проблему экстрагенитальной патологии в акушерстве, поскольку осложняет течение беременности, родов и послеродового периода, состояние плода и новорожденного.

**Цель работы:** оценка распространенности анемий в разные периоды беременности.

**Материалы и методы.** В условиях одной из женских консультаций г. Ижевска Удмуртской Республики обследованы 294 беременные женщины в возрасте от 16 до 42 (в среднем  $24,86 \pm 0,41$ ) лет. У всех беременных женщин определяли показатели периферической крови и обмена железа. Параметры гемограммы исследовали с помощью гематологического анализатора (Sysmex-1000, Япония). Определение концентрации сывороточного железа (СЖ), общей железосвязывающей способности сыворотки крови (ОЖСС) с вычислением латентной железосвязывающей способности сыворотки крови (ЛЖСС) и коэффициента насыщения трансферрина железом (КНТ) проводилось наборами реактивов IRON liquidolor, TIBC (Human, Germany) с использованием фотометрической цветной (хромазуроловой) методики. Все изученные показатели исследовались в I триместре беременности (средний срок гестации  $7,7 \pm 0,7$  недель), во II триместре беременности (средний срок гестации  $15,5 \pm 0,5$  недель), в III триместре беременности (средний срок гестации  $29,7 \pm 0,7$  недель). Критериями диагностики ЖДА у беременных явились: снижение концентрации СЖ  $< 12,5$  мкмоль/л, КНТ  $< 16\%$ , повышение ОЖСС  $> 67$  мкмоль/л и ЛЖСС  $> 50$  мкмоль/л при уровне гемоглобина  $< 110$  г/л.

Статистическая обработка проводилась средствами Microsoft Excel.

**Результаты.** В I триместре у 46 (18,78%) из 245 обследованных беременных женщин анемия была обнаружена впервые, из них у 9 (19,57%) женщин заболевание связано с дефицитом железа. Во II триместре 116 (40,14%) из 289 беременных женщин страдали анемией, причем у 91 (31,49 %) из них она

верифицирована впервые, из которых 32 (35,16%) случая – анемии железодефицитного генеза. В III триместре наблюдалась 291 женщина, у 126 (43,29%) из них установлена анемия, из которых у 63 (21,65%) заболевание было выявлено впервые. Следует отметить, что в III триместре у 39 (61,9%) беременных анемия носила железодефицитный характер. Выявление ЖДА в I триместре беременности, возможно, во многом связано с наличием у женщин до наступления беременности латентного дефицита железа. Частота ЖДА во II и III триместрах беременности (соответственно 35,16% и 61,9%) достоверно отличалась от таковой в I триместре беременности (19,57%,  $p < 0,001$ ). ЖДА легкой степени (гемоглобин в среднем  $103,1 \pm 0,6$  г/л) выявлена у 87,5% женщин, средней тяжести (гемоглобин –  $85,12 \pm 1,4$  г/л) – у 10,0% и тяжелой степени (гемоглобин –  $63,5 \pm 4,94$  г/л) – у 2,5%. Беременные женщины, страдающие ЖДА, получали препараты железа (ферро-фольгамма по 1 капсуле 1-2 раза в сутки натощак за 30 минут до еды) до восстановления показателей крови и обмена железа. При этом отмечался значительный клинический эффект препарата.

#### **Выводы:**

1. У 68,03% беременных женщин наблюдается анемия, причем у 40,0% из них заболевание связано с дефицитом железа.

2. Достоверное увеличение частоты ЖДА во II и III триместрах беременности по сравнению с I триместром свидетельствует о влиянии беременности на возникновение дефицита железа вследствие повышенной его потребности в гестационном периоде.

### 198. ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ПРЕПАРАТОМ ФЕРРО-ФОЛЬГАММА ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНЫХ АНЕМИЙ

Никитин Е.Н., Красноперова Л. Н., Никитин Ю. Е.  
 Кафедра факультетской терапии с курсами эндокринологии и гематологии, ИГМА, г. Ижевск

**Актуальность.** Основным патогенетическим методом лечения железодефицитных анемий (ЖДА) является назначение препаратов железа внутрь. Арсенал железосодержащих препаратов очень велик, в связи с этим важнейшей задачей становится выбор препаратов с оптимальным терапевтическим эффектом.

**Целью исследования** явилась оценка терапевтической эффективности препарата ферро-фольгамма (Вёрваг-Фарма, Германия) при ЖДА.

**Материалы и методы.** Под наблюдением находились 62 больных ЖДА постгеморрагического генеза в возрасте от 18 до 82 (в среднем  $45,82 \pm 1,78$ ) лет. Женщин было 52 человека, мужчин – 10 с длительностью заболевания («анемического» стажа)  $8,3 \pm 0,97$  лет. Диагноз ЖДА устанавливался на основании характерных общеклинических и лабораторных признаков заболевания. Показатели периферической крови исследовались с помощью гематологического анализатора. Определение концентрации сывороточного железа (СЖ), общей и ненасыщенной железосвязывающей способности сыворотки крови (соответственно ОЖСС и НЖСС) и коэффициента насыщения трансферрина железом (КНТ) проводилось наборами реактивов IRON liquidolor, TIBC (Human, Germany). Концентрации ферритина (СФ) и

эритропоэтина (сЭПО) в сыворотке крови исследовались иммуноферментным методом с использованием тест-систем Ferritin EIA (VEDA.LAB., Франция) и Biomerica EPO ELISA (США).

Больные ЖДА лечились до восстановления показателей крови и обмена железа. Целевой уровень гемоглобина у женщин был 120 г/л, у мужчин - 130 г/л. Препарат железа ферро-фольгамма назначался пациентам по 2-3 капсулы (средняя доза элементарного железа –  $106,5 \pm 1,58$  мг) в сутки, натощак за 30-40 минут до еды. Продолжительность лечения на этапе купирования анемии составила 28-45 (в среднем  $31,24 \pm 0,44$ ) дней. При достижении целевых уровней гемоглобина лечение продолжалось еще в течение одного месяца препаратом ферро-фольгамма по 1-2 капсулы в сутки (терапия «насыщения депо»). В дальнейшем при не устраненных причинах развития малокровия (полименорея у женщин) назначалось противорецидивное лечение прерывистыми курсами приема малых доз железа (ферро-фольгамма - 1 капсула в сутки по 7-10 дней ежемесячно). Параметры гемограммы, обмена железа и сЭПО определялись до и в процессе лечения больных, а также через 6 месяцев от начала наблюдения.

**Результаты.** В процессе терапии отчетливо прослеживалась динамика уменьшения или ликвидации клинических признаков малокровия и активизация репаративных процессов в эритроците. Так, общее содержание гемоглобина в крови увеличилось с  $83,26 \pm 1,98$  до  $130,84 \pm 1,76$  г/л, а число эритроцитов – с  $3,62 \pm 0,08$  до  $4,44 \pm 0,07 \times 10^{12}/л$  ( $p < 0,001$ ). Лечение сопровождалось нормализацией гематокрита, среднего содержания и концентрации гемоглобина в эритроцитах (ССГЭ и СКГЭ).

Среднесуточный прирост гемоглобина составил в первые три недели лечения более 2 г/л, а к концу этапа купирования анемии - 1,48 г/л. Приросту числа эритроцитов предшествовал значительный ретикулоцитарный криз, величина которого к 5-9 дню лечения составила в среднем  $1,48 \pm 0,095\%$  ( $0,5-3,1\%$ ), что в 2,55 раза превышало исходные значения ретикулоцитов ( $0,58 \pm 0,05\%$ ,  $p < 0,001$ ).

Концентрация эритропоэтина в сыворотке крови до лечения больных ЖДА была повышена до  $78,24 \pm 7,47$  МЕ/л и обнаруживала достоверные обратные корреляции с уровнем гемоглобина ( $r = -0,54$ ,  $p < 0,001$ ), величиной гематокрита ( $r = -0,4$ ,  $p < 0,05$ ), ССГЭ ( $r = -0,44$ ,  $p < 0,05$ ) и СКГЭ ( $r = -0,46$ ,  $p < 0,01$ ). Эти факты свидетельствовали в целом об адекватном степени анемии повышении продукции этого гормона.

В динамике лечения концентрация сЭПО существенно снизилась до  $4,5 \pm 0,23$  МЕ/л, а отдельные его показатели колебались в пределах 3,12 - 5,52 МЕ/л, не отличаясь от нормы ( $5,34 \pm 0,80$  МЕ/л; 0,57-10,11 МЕ/л). Нормализация уровня сЭПО, безусловно, явилась следствием ликвидации в организме больных ЖДА явлений тканевой гипоксии, что сопровождалось исчезновением общеанемических признаков болезни.

Благоприятное влияние препарата ферро-фольгамма проявилось и в улучшении метаболизма железа в организме больных: отмечалось достоверное повышение в сыворотке крови концентрации железа, ферритина, КНТ и понижение величин ОЖСС и НЖСС.

В отдаленном (через 6 месяцев) периоде наблюдения обследовано 26 пациентов. Показатели периферической крови, эритропоэтина и обмена железа в крови в этой группе больных не отличались от параметров, полученных после курсового одномесечного лечения. Это свидетельствовало о восстановлении динамически устойчивого эритропоза и баланса железа в организме обследованных. Лечение препаратом ферро-фольгамма больные переносили хорошо.

#### Выводы.

1. Лечение ЖДА препаратом железа (Ферро-Фольгамма) обеспечивает быстрое повышение уровня гемоглобина, числа эритроцитов, запасов железа в организме больных параллельно с восстановлением исходно повышенной продукции эритропоэтина.

2. Благоприятное влияние препарата ферро-фольгамма на динамику клинических признаков, показателей метаболизма железа и процессов эритропоза, хорошая переносимость пациентами при длительном применении обосновывают целесообразность широкого его использования для лечения и профилактики ЖДА.

3. Исследование эритропоэтина, как чувствительного индикатора гипоксии, является важным критерием эффективности лечения больных ЖДА.

### **199. ЭРИТРОПОЭТИН У БОЛЬНЫХ ПНЕВМОНИЕЙ И АНЕМИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ**

Никитин Ю. Е., Никитин Е. Н., Вахрушева Т. И., Александрова О. В.

Кафедра факультетской терапии с курсами эндокринологии и гематологии, ИГМА, г. Ижевск

ГУЗ «Первая Республиканская клиническая больница» МЗ УР, г. Ижевск

**Актуальность.** Пневмонии часто осложняются анемическим синдромом. В ответ на снижение продукции эритроцитов и гипоксию тканей происходит компенсаторное повышение образования в почках гормона эритропоэтина. Однако степень и адекватность повышения концентрации указанного гормона в крови больных пневмонией и сопутствующей анемией изучены недостаточно.

**Цель работы** - оценка содержания эритропоэтина в сыворотке крови (сЭПО) в процессе лечения больных пневмонией с сопутствующей анемией.

**Материалы и методы.** Под наблюдением находились 32 пациента с среднетяжелой и тяжелой пневмонией и сопутствующей анемией (10 женщин и 22 мужчин) в возрасте  $43,35 \pm 5,58$  лет. Диагноз пневмонии базировался на характерных клинических признаках болезни (лихорадка, кашель с мокротой, укорочение перкуторного звука, крепитация и/или мелкопузырчатые хрипы, жесткое или бронхиальное дыхание, лейкоцитоз) с учетом рентгенологически подтвержденной воспалительной инфильтрации легочной ткани. Показатели периферической крови исследовались с помощью гематологического анализатора. Определение концентрации сывороточного железа (СЖ), общей и латентной железосвязывающей способности сыворотки крови (ОЖСС и ЛЖСС) коэффициента насыщения трансферрина железом (КНТ) проводилось наборами

реактивов IRON liquidcolor, TIBC (Human, Germany). Концентрации сывороточного ферритина (СФ) и сЭПО исследовались иммуноферментным методом (тест-системы Ferritin EIA (VEDA.LAB., Франция) и Biomerica EPO ELISA (США)).

Больные пневмонией лечились в стационарных условиях. Терапия включала антибиотики широкого спектра действия (цефтриаксон, цефотаксим, амоксицилин, тиенам, сумамед, ципрофлоксацин, таваник), дезинтоксикационные средства, дезагреганты, муколитики и отхаркивающие препараты, физиопроцедуры, ЛФК. Продолжительность лечения больных составила 14-48 (в среднем 29,26±1,45) дней.

**Результаты.** Количество эритроцитов и уровень гемоглобина в крови у больных пневмонией и анемией были снижены и составили в среднем соответственно  $3,8 \pm 0,09 \cdot 10^{12}/л$  и  $108,76 \pm 2,81$  г/л. Обращало внимание, что анемия носила преимущественно гипохромный (МСН –  $28,63 \pm 0,74$  пг), нормоцитарный (MCV –  $95,51 \pm 1,63$  фл) и норморегенераторный (ретикулоциты –  $1,04 \pm 0,15\%$ ) характер. Количество тромбоцитов у пациентов было  $344,42 \pm 21,89 \cdot 10^9/л$ , что значительно превышало их количество у здоровых людей ( $197,9 \pm 7,0 \cdot 10^9/л$ ,  $p < 0,001$ ). Аналогичную закономерность продемонстрировал и показатель СОЭ: у больных пневмонией этот показатель почти в 4 раза был выше, чем в норме (соответственно –  $43,29 \pm 3,29$  мм/час и  $11,5 \pm 0,23$  мм/час,  $p < 0,001$ ). Наблюдался нейтрофильный лейкоцитоз со сдвигом влево до единичных миелоцитов ( $0,28 \pm 0,11\%$ ). Гипертромбоцитоз в сочетании с нейтрофильным лейкоцитозом и выраженным ускорением СОЭ свидетельствовал о тяжелом течении пневмонии на фоне анемии.

Концентрация сЭПО до лечения больных пневмонией была повышена до  $10,26 \pm 2,20$  МЕ/л с колебаниями в пределах от 0,04 до 60,8 МЕ/л (при норме 0,57-10,11 МЕ/л,  $p < 0,001$ ). Графический и корреляционный анализ соотношения между концентрациями в крови гемоглобина и эритропоэтина у обследованных нами пациентов показал линейную кривую зависимости с недостоверной обратной связью между ними ( $r = -0,20$ ,  $p > 0,05$ ), что свидетельствовало о неадекватном уровне анемии, повышении продукции эритропоэтина. Изменения показателей обмена железа характеризовались снижением величин СЖ и КНТ, нормальными или сниженными параметрами ОЖСС и ЛЖСС, выраженным увеличением запасов железа (концентрации СФ), что указывало на состояние относительного дефицита железа в организме больных. Анемия, развившаяся у больных пневмонией, являлась железodefицитной, но перераспределительного генеза. Она подобна по механизму развития анемиям при хронических заболеваниях.

После проведенного курсового лечения пневмоний отмечалась положительная динамика общих и респираторных симптомов болезни. Терапия сопровождалась улучшением параметров гемограммы и обмена железа. Так, к концу курсового лечения пневмоний достоверно снизились показатели нейтрофильного лейкоцитоза и СОЭ. Одновременное повышение лимфоцитоза в крови свидетельствовало о возможной активизации иммунологических процессов. Концентрация гемоглобина в крови достоверно

повысилась, однако его уровень, как и число эритроцитов, гематокрит к моменту выписки больных из стационара не нормализовались. Это согласовалось с динамикой содержания сЭПО, концентрация которого в крови также не нормализовалась, что свидетельствовало о сохранении явлений тканевой гипоксии в организме больных. Все это диктует необходимость применения стимуляторов эритропоэза для купирования анемии у больных пневмонией.

#### **Выводы.**

1. Концентрация эритропоэтина в крови больных пневмонией и сопутствующей анемией достоверно повышается при недостоверной обратной корреляции с уровнем гемоглобина, что свидетельствует о неадекватной степени анемии продукции этого гормона.

2. Исследование эритропоэтина, как чувствительного индикатора гипоксии, является важным критерием эффективности лечения больных пневмонией с сопутствующей анемией.

### **200. ВЛИЯНИЕ РЕАБИЛИТАЦИИ НА ПОКАЗАТЕЛИ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ДЕТЕЙ С ХРОНИЧЕСКИМ ГАСТРОДУОДЕНИТОМ**

Новикова А.А., Ямолдинов Р.Н., Вихарева Е.Г.

ГОУ ВПО Ижевская государственная медицинская академия, г. Ижевск, Россия

**Цель исследования:** Оценка влияния комплекса восстановительного лечения на изменения показателей вегетативной нервной системы у детей с хроническим гастродуоденитом (ХГД).

**Материал и методы.** Под наблюдением находились 30 детей в возрасте 11 – 15 лет, получавших оздоровление в ГУЗ РДС «Сельчка» МЗ УР (главный врач Г.К. Запывалов). Комплекс реабилитации состоял из тренирующего режима, диеты с 5-кратным режимом питания, ЛФК, поливитаминов, водогрязелечения, педагогических программ. Всем детям проводилась активная ортостатическая проба по схеме: 5 минут – покой в положении «лёжа»; 6 минут – в положении «стоя». В течение этого времени регистрировалась электрокардиограмма с последующим анализом вариабельности сердечного ритма (ВСР) с помощью аппаратно-программного комплекса «Варикард» (Институт внедрения новых медицинских технологий «Рамена», г. Рязань). Оценка пробы проводилась в динамике при поступлении и выписке.

**Результаты и их обсуждение.** При поступлении функциональное состояние детей по лестнице состояний – бальной оценки функциональных состояний регуляторных систем распределились следующим образом: 17% (n=5) – физиологическая норма; 31% (n=9) – донозологические состояния; 35% (n=11) – преморбидные состояния; 17% (n=5) – срыв адаптации. После курса восстановительного лечения у 91% (n=27) детей наблюдалось улучшение показателей. Так, при выписке физиологическая норма составила 56% (n=17); донозологические состояния – 35% (n=10); преморбидные состояния – 9% (n=3). У двух детей (8%) – в функциональном состоянии изменений не было. Необходимо отметить, что изменения вегетативного гомеостаза у детей с ХГД в момент поступления

представлены следующим образом: выраженное преобладание симпатической нервной системы – 39% (n=12); умеренное преобладание симпатической нервной системы – 26% (n=8); выраженное преобладание парасимпатической нервной системы – 18% (n=6); умеренное преобладание парасимпатической нервной системы и равновесие симпатического и парасимпатического отделов вегетативной нервной системы по 8% (n=2). По результатам восстановительного лечения отмечалась положительная динамика: равновесие симпатического и парасимпатического отделов вегетативной нервной системы отмечены у 54% (n=17) детей; уменьшился процент выраженного преобладания симпатической нервной системы с 39% до 4% (n=1) и выраженного преобладания парасимпатической нервной системы с 18% до 8% (n=2).

Вегетативные нарушения являются одним из патогенетических механизмов развития заболеваний желудочно-кишечного тракта. Поток симпатических импульсов вызывает чрезмерный выброс медиаторов (катехоламинов), что приводит к нарушению трофики тканей. Важная роль в развитии желудочно-кишечной патологии принадлежит парасимпатической нервной системе. Стресс приводит, прежде всего, к стимуляции функции гипоталамуса. Стимуляция переднего гипоталамуса по парасимпатическим путям вызывает гиперсекрецию соляной кислоты и пепсина, гипермоторику и гипертонус желудка, а стимуляция заднего гипоталамуса, благодаря симпатической импульсации, приводит к спазму сосудов и ишемии.

Ортостатическая проба является одним из информативных методов выявления скрытых изменений со стороны сердечнососудистой системы и механизмов ее регуляции. Переход из положения "лёжа" в положение «стоя» сам по себе не представляет заметной нагрузки для практически здорового человека, а стояние в течение нескольких минут при отсутствии функциональных нарушений также не причиняет существенных неудобств. Однако если регуляторные механизмы не обладают необходимым функциональным резервом или имеется скрытая недостаточность системы кровообращения, то изменение положения тела оказывается для организма стрессорным воздействием. Таким образом, ортостатическое тестирование можно использовать для оценки адаптационных возможностей организма, определения функциональных резервов механизмов регуляции. Для решения этой задачи наиболее адекватен математический анализ ритма сердца. Анализ ВСР является методом оценки состояния механизмов регуляции физиологических функций в организме человека, в частности, общей активности регуляторных механизмов, нейрогуморальной регуляции сердца, соотношения между симпатическим и парасимпатическим отделами вегетативной нервной системы.

**Заключение.** Таким образом, комплексная реабилитация позволяет улучшить показатели функционального состояния детей, стабилизации вегетативного гомеостаза. Анализ variability сердечного ритма с помощью аппаратно-программного комплекса «Варикард» позволяет в динамике оценить изменения в равновесии симпатического и

парасимпатического отделов вегетативной нервной системы с использованием ортостатической пробы.

### 201. КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ГЕПАТОПРОТЕКТОРА «ГОДЕКС» ПРИ ХРОНИЧЕСКИХ ВИРУСНЫХ ГЕПАТИТАХ

Нуралинова Г.И., Маукаева С.Б., Токаева А.З., Рахимжанова К.К.

Государственный медицинский университет г. Семей, г. Семей, Республика Казахстан

**Цель исследования.** Изучение клинической эффективности гепатопротектора «Годекс» при хронических вирусных гепатитах В и С.

**Материалы и методы.** Под наблюдением находилось 10 человек с хроническим вирусным гепатитом В (ХВГВ) и 7 человек с хроническим вирусным гепатитом С (ХВГС). Все больные получали «Годекс» по 2 капсулы 3 раза в день в течение 30 дней. Результаты исследования обработаны общепринятыми методами статистики.

**Результаты и их обсуждение.** В результате лечения субъективные ощущения в анализируемой группе больных с хроническим вирусным гепатитом В наиболее существенно изменялись в положительную сторону в течение второй недели терапии. В последующем наблюдалась стабилизация полученных результатов. При хроническом вирусном гепатите С, когда ключевым симптомом патологии явилась слабость, также отмечалась положительная динамика при регулярном приеме препарата. Результаты исследования объективных клинических показателей в динамике терапии «Годексом» показали, что в целом по группе больных с ХВГВ, положительный эффект наблюдался уже на первом этапе тестирования. Анализ клинических показателей выявил, что у больных быстро, уже в первые 2 недели купировались желтуха и это носило достаточно стойкий характер. При хроническом вирусном гепатите С изменения в объективных клинических показателях отмечались в течение 3 недели терапии. В дальнейшем состоянии больных стабилизировалось, и было лучшим, чем до начала терапии.

**Выводы.** Таким образом, в динамике терапии больных хроническим вирусным гепатитами В и С наблюдается улучшение субъективных и объективных показателей, и это носило в большинстве случаев стойкий характер на протяжении двухмесячного наблюдения.

### 202. ЭНДОВИДЕОХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ НЕПАРАЗИТАРНЫХ КИСТ СЕЛЕЗЕНКИ У ДЕТЕЙ

В.П. Обрядов, В.И. Пазавин, Д.С. Стриженов.

Нижний Новгород, «Нижегородский НИИ детской гастроэнтерологии», «Нижегородская областная детская клиническая больница»

В последние годы отмечается увеличение количества сообщений о непаразитарных кистах селезенки у детей. Учитывая возможность возникновения осложнений в виде нагноения, разрыва кисты и ее злокачественного перерождения, наличие последней является показанием к оперативному лечению. При этом операцией выбора является либо

спленэктомия, либо резекция части селезенки вместе с кистой.

Вместе с тем, внедрение в клиническую практику лапароскопических методов хирургического вмешательства и раннее выявление кистозных образований селезенки, когда последние имеют небольшие размеры, позволило максимально снизить травматичность операции и уменьшить риск, связанных с ней осложнений.

Эндовидеохирургическое лечение непаразитарных кист селезенки выполнено 11 детям в возрасте от 8 месяцев до 16 лет (мальчиков-6, девочек-5). В 10 из 11 случаев кисты селезенки явились случайной находкой при обследовании детей по поводу заболеваний желудочно-кишечного тракта. Лишь в одном наблюдении ребенок жаловался на чувство тяжести в левом подреберье и имелось увеличение селезенки.

Всем детям диагноз был поставлен на основании данных ультрасонографии с доплерографией, которые позволили определить наличие кист, их размеры и топографо-анатомические взаимоотношения с тканью селезенки. Средние размеры кист составили от 3 до 5 см в диаметре, в одном случае диаметр кисты достигал 10 см. По локализации в 4-х наблюдениях кистозные образования располагались в верхнем полюсе селезенки, в 4-х в нижнем полюсе, в 2-х в области тела и у 1 ребенка киста занимала нижний полюс и тело селезенки. При подозрении на паразитарный характер кисты проводилось серологическое исследование.

Эндовидеохирургическое вмешательство осуществлялось с помощью трех троакаров (1 - 10 мм и 2 - 5 мм), которые вводились в стандартных точках. После визуализации кисты производили иссечение свободной от паренхимы капсулы, с последующим разрушением внутренних перегородок и биполярной коагуляцией внутренних стенок. После чего оставшаяся кистозная полость обрабатывалась перекисью водорода и 5% настойкой йода. Затем полость тампонировалась гемостатическим покрытием «Тахокомб» и к ней подводился сальник. В одном наблюдении, из-за больших размеров кистозного образования пришлось выполнить эндоскопическую спленэктомию.

Дети обследовались в сроки от 3-х месяцев до 3-х лет. Рецидивов заболевания не отмечено. Функция селезенки не нарушена.

Таким образом, раннее выявление кист селезенки и эндовидеохирургическое лечение позволяет снизить травматичность оперативного вмешательства и добиться стойкого положительного результата.

### 203. ЛАПАРОСКОПИЯ В ЛЕЧЕНИИ КИСТ СЕЛЕЗЕНКИ У ДЕТЕЙ

Обрядов В.П., Пазавин В.И., Стриженко Д.С., Рожденкин Е.А.

ФГУ Нижегородский НИИ детской гастроэнтерологии, Нижегородская областная детская клиническая больница, Нижний Новгород, Россия

Цель исследования. Показать эффективность лапароскопического метода лечения непаразитарных кист селезенки в детском возрасте.

Материалы и методы. В последние годы отмечается увеличение количества сообщений о непаразитарных

кистах селезенки, выявленных уже в детском возрасте. Учитывая возможность возникновения различных осложнений, таких как нагноение, разрыв кисты или ее злокачественное перерождение, обнаружение последней, по мнению большинства авторов, является показанием к оперативному лечению. При этом операцией выбора является либо спленэктомию, либо резекция части селезенки вместе с кистой.

Вместе с тем, внедрение в клиническую практику лапароскопических методов хирургического вмешательства и совершенствование методов ранней диагностики кистозных образований селезенки, когда последние имеют небольшие размеры, позволяют максимально снизить травматичность операции и уменьшить риск связанных с ней осложнений.

Эндовидеохирургическое лечение непаразитарных кист селезенки выполнено 12 детям в возрасте от 8 месяцев до 16 лет (мальчиков-6, девочек-6). В 11 из 12 случаев кисты селезенки явились случайной находкой при обследовании детей по поводу заболеваний желудочно-кишечного тракта. Лишь в одном наблюдении ребенок жаловался на чувство тяжести в левом подреберье, а также клинически определялось увеличение селезенки.

Всем детям диагноз был поставлен на основании данных ультрасонографии с доплерографией, которые позволили определить наличие кист, их размеры и топографо-анатомические взаимоотношения с тканью селезенки. Для уточнения расположения кисты в трех случаях выполнялась магнитно-резонансная томография. Средние размеры кист составили от 3 до 5 см в диаметре, в одном случае диаметр кисты достигал 10 см. По локализации: в 4-х наблюдениях кистозные образования располагались в верхнем полюсе селезенки, в 4-х в нижнем полюсе, в 3-х в области тела и у 1 ребенка киста занимала нижний полюс и тело селезенки. Во всех случаях серологическим методом до операции была исключена паразитарная этиология кист селезенки.

Эндовидеохирургическое вмешательство осуществлялось с помощью трех троакаров (1 - 10 мм и 2 - 5 мм), которые вводились в стандартных точках. После визуализации кисты производили иссечение свободной от паренхимы капсулы, с последующим разрушением внутренних перегородок и биполярной коагуляцией внутренних стенок. После чего оставшаяся кистозная полость обрабатывалась 3% раствором перекиси водорода и 5% настойкой йода. Затем полость тампонировалась гемостатическим покрытием «Тахокомб» и к ней подводился сальник. В одном наблюдении из-за больших размеров кистозного образования была выполнена эндоскопическая спленэктомию.

Результаты и обсуждение. Среднее пребывание в стационаре оперированных детей составило 9 дней, послеоперационный период протекал без осложнений. Дети динамически обследовались в сроки от 3-х месяцев до 3-х лет. Рецидивов заболевания не отмечено. Функция селезенки не нарушена.

Заключение. Таким образом, раннее выявление кист селезенки и эндовидеохирургическое лечение позволяет снизить травматичность оперативного вмешательства и добиться стойкого положительного результата.

**204. ВЛИЯНИЕ РАЗНЫХ СХЕМ АНТИХЕЛИКОБАКТЕРНОЙ ТЕРАПИИ НА КЛЕТОЧНЫЙ ГОМЕОСТАЗ ЭПИТЕЛИОЦИТОВ ЖЕЛУДКА ПРИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ**

Осадчук А.М.

Самарский государственный медицинский университет, Самара, Россия

Цель исследования – повышение эффективности антихеликобактерной терапии, улучшение репарации слизистой оболочки желудка и повышение качества прогноза развития язвенной болезни двенадцатиперстной кишки.

Материалы и методы. Всего обследовано 175 пациентов: 100 - с ЯБДК, 30 - с хроническим неатрофическим гастритом, 30 – с хроническим атрофическим гастритом и 15 – практически здоровых. В группы обследованных пациентов с язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки, хроническим неатрофическим и хроническим атрофическим гастритом вошли инфицированные *H. pylori*. Больные с язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки были разделены на две равные группы по 50 человек в каждой. В первой группе проводилась эрадикационная терапия первой линии в соответствии с Маастрихтским консенсусом III. Во 2 группе больных с язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки традиционная схема дополнялась назначением де-нола по 500 мг 2 раза в день. После проведения семидневной эрадикационной терапии больные с язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки 1 группы продолжали терапию омезом по 20 мг 2 раза в день до рубцевания язвенных дефектов, а 2 группы - омезом по 20 мг 2 раза в день и де-нолом по 500 мг 2 раза в день до рубцевания язвенных дефектов. Все больные обследованы в динамике по единой программе, включающей клинические методы исследования, фиброгастроуденоскопию, общее морфологическое, иммуногистохимическое исследования, гистиобактериоскопию. Оценка клеточного обновления проводилась на основе изучения экспрессии Vcl-2, Ki-67 и индекса апоптоза эпителиоцитов слизистой оболочки желудка.

Результаты и их обсуждение. Для пациентов обеих групп характерным явилось значительное возрастание индекса апоптоза и - экспрессии Ki-67, Vcl-2. В 1 группе эрадикация достигалась у 74% больных с язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки. Через 6 недель после эрадикации НР констатировалось достоверное снижение числа клеток иммунопозитивных к Ki-67 и падение индекса апоптоза. Экспрессия Vcl-2 достоверно не изменялась. У больных 2 группы элиминация *H. pylori* достигалась в 94% случаев. Спустя 6 недель от начала лечения определялось снижение индекса апоптоза и - экспрессии Ki-67, Vcl-2, в достоверно большей степени, чем в 1 группе. Расчет коэффициентов регрессии математической модели позволяет представлять язвенную болезнь двенадцатиперстной кишки как стадию нарушений клеточного гомеостаза, следующую за хроническим неатрофическим гастритом и предшествующую хроническому атрофическому гастриту.

Выводы. Эрадикационная терапия с де-нолом достоверно увеличивает процент элиминации *H. pylori*, существенно улучшает характеристики клеточного гомеостаза. Расчет индекса апоптоза и экспрессии Ki-67, Vcl-2 позволяет представить язвенную болезнь двенадцатиперстной кишки как стадию, следующую за хроническим неатрофическим гастритом и предшествующую хроническому атрофическому гастриту.

**205. КАНДИДОЗ ПИЩЕВОДА, АССОЦИИРОВАННЫЙ С ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНЬЮ: ОСОБЕННОСТИ ДИФFUЗНОЙ ЭНДОКРИННОЙ СИСТЕМЫ И КЛЕТОЧНОГО ГОМЕОСТАЗА**

Осадчук А.М., Милова-Филиппова Л.А.

Самарский государственный медицинский университет, Самара, Россия

Цель исследования – на основе изучения диффузной эндокринной системы пищевода и клеточного гомеостаза эпителиоцитов слизистой оболочки пищевода выявить новые патогенетические механизмы возникновения кандидоза пищевода на фоне гастроэзофагеальной рефлюксной болезни.

Материалы и методы. 68 пациентов с кандидозом пищевода, ассоциированным с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью, разделены на две группы: первую - 36 больных с кандидозом пищевода на фоне неэрозивной формы гастроэзофагеальной рефлюксной болезни; вторую - 32 больных с кандидозом пищевода на фоне эрозивной формы гастроэзофагеальной рефлюксной болезни. Группа сравнения была представлена 38 больными с кандидозом пищевода. Пациентам с кандидозом пищевода назначалась терапия пимафуцином 0,4 г/сут перорально 14 дней. Для лечения неэрозивной формы гастроэзофагеальной рефлюксной болезни назначался некسيوم в дозе 20 мг/сут в течение 4 нед., эрозивной формы гастроэзофагеальной рефлюксной болезни - 8 нед. Определялось количество эпителиоцитов пищевода, иммунопозитивных к NO-синтазе, эндотелину-1, мелатонину и кальретиину. Подсчитывались индексы апоптоза и пролиферирующего клеточного ядерного антигена. Иммуногистохимические показатели определялись до назначения лечения и спустя 8 нед в периоде ремиссии гастроэзофагеальной рефлюксной болезни.

Результаты и их обсуждение. Развитие кандидоза пищевода и кандидоза пищевода на фоне гастроэзофагеальной рефлюксной болезни сопровождается увеличением количества NO-синтаз-иммунопозитивных клеток и уменьшением числа кальретиин-иммунопозитивных клеток, ассоциирующимися с усилением пролиферативного потенциала эпителиоцитов слизистой оболочки пищевода. Доминирование пролиферативной активности эпителиоцитов над апоптозом препятствует инвазии *S. albicans* в стенку пищевода. Возникновение кандидоза пищевода на фоне эрозивной формы гастроэзофагеальной рефлюксной болезни связано с увеличением числа эндотелин-1-продуцирующих, NO-синтаз-иммунопозитивных и мелатонин-иммунопозитивных клеток, на фоне значительного

снижения количества кальретин-иммунопозитивных клеток. Доминирование апоптозного потенциала над пролиферативной активностью эпителиоцитов слизистой оболочки пищевода способствует формированию эрозий, более глубокой инвазии *S. albicans* в стенку пищевода. Излечение кандидоза пищевода и достижение ремиссии гастроэзофагеальной рефлюксной болезни ассоциируется со значительным улучшением показателей исследуемых компонентов диффузной эндокринной системы, коррелирующими с восстановлением клеточного гомеостаза эпителиоцитов слизистой оболочки пищевода.

**Выводы.** Степень пептического поражения пищевода, глубина инвазии *S. albicans* слизистой оболочки пищевода ассоциируются со степенью нарушения диффузной эндокринной системы и клеточного гомеостаза эпителиоцитов слизистой оболочки пищевода.

#### 206. ИММУНОМОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ХРОНИЧЕСКОГО ГАСТРИТА, АССОЦИИРОВАННОГО С ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНЬЮ

Осадчук М.А.

Военно-медицинский институт, Самара, Россия

**Цель исследования** – обосновать возможность верификации хронического гастрита, ассоциированного и неассоциированного с геликобактерной инфекцией

**Материалы и методы.** В динамике обследовано 92 пациента с хроническим гастритом и 23 практически здоровых человека. У 32 больных хронический гастрит сочетался с незрозивной формой гастроэзофагеальной рефлюксной болезни у 34 – с эрозивной формой гастроэзофагеальной рефлюксной болезни и у 26 пациентов хронический гастрит протекал как самостоятельное заболевание без сопутствующей патологии. Диагностика хронического гастрита базировалась на Сиднейской классификации (1990), а -гастроэзофагеальной рефлюксной болезни на критериях, предложенных в Лос-Анджелесе (1994). Моторно-эвакуаторная функция желудка определялась по показателям функциональной морфологии эндокринных клеток антрального отдела желудка, секретирующих эндотелин-1, нейротензин и N0-синтазу. Для верификации клеток, иммунопозитивных к эндотелину-1 и нейротензину, в качестве первичных антител применяли моноклональные мышинные антитела к эндотелину-1 (Novocastra, титр 1:500), нейротензину (Sigma, St. Louis, USA, титр 1:200), NO-синтазе (ICN, Costa Mesa, USA, титр 1: 2000).

**Результаты и их обсуждение.** У больных с хроническим гастритом, ассоциированным с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью, в слизистой оболочке антрального отдела желудка определялась гиперплазия и гиперфункция эндокринных клеток желудка, продуцирующих нейротензин, эндотелин-1 и N0-синтазу, более выраженная при эрозивной формой гастроэзофагеальной рефлюксной болезни. Следует подчеркнуть, что у больных с эрозивной формой гастроэзофагеальной рефлюксной болезни имела место тотальная гиперплазия эндокринных клеток желудка,

секретирующих эндотелин-1, которая и определяла развитие эрозивного эзофагита.

**Выводы.** Результаты проведенных исследований свидетельствуют о важной роли диффузной нейроэндокринной системы желудка в возникновении и прогрессировании гастроэзофагеальной рефлюксной болезни. По-видимому, назрела необходимость при характеристике гастрита и его делении на неатрофический и атрофический с явлениями метаплазии и дисплазии учитывать и нейроэндокринный статус желудка, от которого зависит его моторно-эвакуаторная дисфункция. Не исключено, что основу формирования гастроэзофагеальной рефлюксной болезни составляют изменения функциональной морфологии эндокринных клеток желудка, секретирующих нейротензин, эндотелин-1 и N0-синтазу.

#### 207. РОЛЬ СОСУДИСТОГО ЭНДОТЕЛИАЛЬНОГО ФАКТОРА РОСТА, ПАНКРЕАТИЧЕСКОГО ПОЛИПЕПТИДА И ГЛЮКАГОНА В ПАТОГЕНЕЗЕ РАКА ЖЕЛУДКА

Осадчук М.А., Балашов Д.В.

Военно-медицинский институт, Самара, Россия

**Цель исследования** – определить роль эпителиоцитов желудка, продуцирующих сосудистый эндотелиальный фактор роста, панкреатический полипептид и глюкагон в возникновении и течении опухолевых заболеваний желудка.

**Материалы и методы.** Всего обследовано 104 больных с заболеваниями желудка, ассоциированными с *H. pylori*: больные с язвенной болезнью желудка – 30 человек, хроническим атрофическим гастритом – 30 человек, аденоматозными полипами желудка в сочетании с хроническим атрофическим гастритом – 20 человек и раком желудка II (T1N2, T2N1, все M0) и III (T2N2, T3N1, T4N0 все M0) стадий – 24 человека. Группу сравнения составили 12 практически здоровых лиц. Больные и здоровые обследованы в динамике по единой программе, включающей клинические методы исследования, фиброгастроэзофагоскопию, общее морфологическое и цитологическое, иммуногистохимическое исследования, гистиобактериоскопию. Иммуногистохимическое исследование проводили с использованием моноклональных мышинных антител к сосудистому эндотелиальному фактору роста, глюкагону и панкреатическому полипептиду (1:100, Novocastra).

**Результаты и их обсуждение.** Установлено, что хронический атрофический гастрит, аденоматозные полипы желудка и рак желудка кишечного типа связаны с персистенцией *H. pylori* и сопровождаются гиперплазией эпителиальных клеток желудка, секретирующих сосудистый эндотелиальный фактор роста, глюкагон и панкреатический полипептид. Для язвенной болезни желудка типична гипоплазия эпителиальных клеток желудка, секретирующих сосудистый эндотелиальный фактор роста, и эндокринных клеток, секретирующих глюкагон и панкреатический полипептид. В прогнозировании возникновения и течения, ассоциированных с *H. pylori* заболеваний, важное место занимают сосудистый эндотелиальный фактор роста, глюкагон и панкреатический полипептид, реализующие свои патологические свойства прямо или опосредованно через *H. pylori*, Vcl-2 и проапоптозный

белок VAX. Адекватно проведенная эрадикационная терапия у пациентов с хеликобактерассоциированными заболеваниями достоверно уменьшает количество клеток желудка, секретирующих сосудистый эндотелиальный фактор роста и практически не изменяет содержание эндокринных клеток желудка, продуцирующих глюкагон и панкреатический полипептид.

**Выводы.** Сосудистый эндотелиальный фактор роста, глюкагон и панкреатический полипептид играют важную роль в канцерогенезе, реализующего свое действие прямо или опосредованно через H. pylori.

### 208. АНАЛИЗ КЛИНИЧЕСКОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ РАЗЛИЧНЫХ СХЕМ ЛЕЧЕНИЯ НЕОСЛОЖНЕННЫХ ФОРМ НЕСПЕЦИФИЧЕСКОГО ЯЗВЕННОГО КОЛИТА

Осадчук М.А., Осадчук А.М.

Самарский военно-медицинский институт, Самара, Россия

Самарский государственный медицинский университет Росздрава

**Цель:** оценить терапевтическую эффективность и безопасность применения артрофоона у больных с легким - и среднетяжелым течением неспецифического язвенного колита (НЯК) в сравнении с эффективностью и безопасностью салазопрепаратов.

**Методы:** обследовано 80 пациентов с неосложненным течением НЯК. Все больные с НЯК разделены на 2 равные группы. В 1 группе назначались малые дозы салафалька (2 г в сутки внутрь). Во 2 группе больных осуществлялся сублингвальный прием артрофоона (по 2 таблетке 4 раза в день). В группу сравнения вошло 20 больных с синдромом раздраженной кишки. Динамическое наблюдение за больными осуществлялось в течение 6 месяцев. Все пациенты обследовались по единой программе, включающей клинико-эндоскопические, лабораторные, морфологические и иммуноморфологические исследования биоптатов слизистой оболочки толстой кишки (СОТК) с определением индексов апоптоза (I<sub>АПТ</sub>), пролиферирующего клеточного ядерного антигена (I<sub>PCNA</sub>) и циклина D<sub>1</sub> (I<sub>CYCL-D1</sub>).

**Результаты:** У пациентов 1 и 2 групп ремиссия НЯК достигалась за одинаковые сроки. В ходе дальнейшего 6 месячного наблюдения установлено, что в 1 группе больных обострение язвенного колита происходило у 11 (27,5%) больных, тогда как во 2 группе только у 3 (7,5%). В фазу ремиссии НЯК у больных 2 группы показатели клеточного обновления имели более выраженную тенденцию к нормализации, чем у пациентов 1 группы. Побочных реакций при применении артрофоона не наблюдалось. При применении салафалька у 2 (5%) пациентов отмечался кожный зуд, для купирования которого требовалось назначение блокаторов H<sub>1</sub>-гистаминовых рецепторов.

**Выводы:** Применение артрофоона позволяет поддерживать ремиссию у большего числа пациентов с НЯК, чем терапия малыми дозами салафалька. При этом показатели клеточного гомеостаза (I<sub>АПТ</sub>, I<sub>PCNA</sub>, I<sub>CYCL-D1</sub>) в периоде ремиссии НЯК у пациентов, получающих лечение артрофооном, были достоверно ближе к нормальным значениям, чем у больных, которым

проводилась терапия малыми дозами салафалька.

### 209. ВОЗМОЖНОСТИ КОРРЕКЦИИ НАРУШЕНИЙ ВЕГЕТАТИВНОГО СТАТУСА У ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА ПРИ ЛЯМБЛИОЗЕ.

Осмаловская Е.А., Новикова В.П., Хомич М.М., Шабалов А.М.

Санкт-Петербургская государственная педиатрическая медицинская академия (СПбГПМА), Санкт-Петербург, Российская Федерация

**Цель исследования.** Изучить взаимосвязь нарушения вегетативных дисфункций, нарушения сердечного ритма при лямблиозе. Оценить воздействие лямблиозной инвазии на функциональное состояние сердечно-сосудистой системы у детей. Определить эффективность коррекции нарушений вегетативного статуса при использовании различных схем терапии лямблиоза у детей.

**Материалы и методы.** Всего обследовано 144 ребенка в возрасте от 4 до 9 лет, проходивших обследование по поводу болей в животе и имеющие основной диагноз лямблиоз. Из них 70 мальчиков и 74 девочки. Наиболее представительна группа четырехлетних детей, в которую вошли 42 ребенка. Программа исследования включала в себя гастроэнтерологическое обследование всех детей по единому протоколу (анкетный, клинический, лабораторный и инструментальный методы), трехкратное обследование на лямблиоз путем микроскопии кала. Через месяц после проведения терапии детям был проведен контроль эрадикации лямблиоза по данным микроскопии и полимеразно-цепной реакции. Оценка вегетативной деятельности проведена с помощью компьютерного анализатора вариабельности сердечного ритма до и после лечения.

В качестве лечения лямблиоза использовалась одна из четырех схем: *Схема № 1.* Монотерапия антипаразитарным средством. *Схема № 2.* Первые 10 дней — ЭУБИКОР в сорбционной дозе. На фоне препарата на 7–10 день — антипаразитарное средство. Следующие 2 недели — ЭУБИКОР в пребиотической дозе. *Схема № 3.* Первые 10 дней — ЭУБИКОР в сорбционной дозе и гепатопротекторный препарат. На фоне препаратов на 7–10 день — антипаразитарное средство. Следующие 2 недели — ЭУБИКОР в пребиотической дозе и гепатопротекторный препарат. *Схема № 4.* Первые 10 дней — ЭУБИКОР в сорбционной дозе и гепатопротекторный препарат. На фоне препарата на 7–10 день — антипаразитарное средство. Следующие 2 недели — ЭУБИКОР в пребиотической дозе, гепатопротекторный препарат и ферментное средство.

**Результаты и обсуждения.** При анализе изменений в зависимости от схемы лечения, наибольший эффект от терапии при оценке общей мощности вариабельности сердечного ритма отмечен при использовании схемы № 4 (количество детей с нормальными значениями общей мощности вариабельности сердечного ритма увеличилось с 42% до 67%). При использовании остальных схем отмечен не столь очевидный эффект.

У детей, страдающих лямблиозом, чаще всего (в 56%) регистрировались сниженные показатели очень

низкочастотной составляющей вариабельности сердечного ритма, что свидетельствует о преобладании энергодефицитных состояний у детей, страдающих лямблиозом. В то же время повышенные показатели очень низкочастотной составляющей, свидетельствующие о гиперадаптации зарегистрированы у 12% детей, страдающих лямблиозом. На фоне лечения отмечено увеличение количества детей, имеющих нормальные значения очень низкочастотной составляющей вариабельности сердечного ритма (с 32% до 44%).

На фоне лечения произошло увеличение количества детей, имеющих нормальные значения парасимпатической активности (с 40% до 63%), в основном за счет уменьшения количества детей с гиперпарасимпатикотонией (с 42% до 21%). Изменения количества детей с гипопарасимпатикотонией на фоне лечения лямблиоза не произошло. И до лечения, и после лечения, у 17% детей отмечена гипопарасимпатикотония.

**Выводы.**

1. Лечение лямблиоза с применением различных схем терапии с использованием антипаразитарного средства достаточно эффективно. При этом наименьшая эффективность отмечена при монотерапии антипаразитарным средством. Дополнение терапии антипаразитарным средством гепатопротекторными, ферментными препаратами, Эубикором повышает эффективность лечения.

2. Вегетативный статус больных лямблиозом по данным вариабельности сердечного ритма отличает сниженная автономная функция сердечной деятельности (44% детей), энергодефицитность вегетативного обеспечения (56% детей), гипосимпатикотония (50% детей), гиперпарасимпатикотония (42%).

3. Успешное лечение лямблиоза приводит к значительной нормализации вегетативного баланса. При этом наибольшая эффективность достигнута в случае сочетанных схем лечения с применением Эубикора.

**210. ПРОАПОПТОТИЧЕСКИЕ МАРКЕРЫ CD-95 и CD-95-L ПРИ ЯЗВЕННОМ КОЛИТЕ**

Павленко В.В., Катаганова Г.А.

Государственная медицинская академия, Ставрополь, Россия

**Цель:** определить уровень маркеров апоптоза CD-95 и CD-95-L в периферической крови у больных язвенным колитом (ЯК) в динамике лечения.

**Материалы и методы исследования.** Обследовано 40 человек с ЯК в фазе обострения и клинической ремиссии. Контрольную группу составили 10 практически здоровых людей. Содержание CD-95 и CD-95-L в периферической крови определяли методом проточной цитометрии (проточный цитометр FACSCalibur). Уровень CD-95 и CD-95-L в контрольной группе составили  $66,1 \pm 7,4\%$  и  $9,8 \pm 0,9\%$ , соответственно.

**Результаты и их обсуждение.** Установлено, что у больных с обострением ЯК уровень CD-95 в периферической крови был повышен и составил  $81,6 \pm 4,2\%$  ( $p < 0,05$  в сравнении с контрольной группой). Содержание CD-95-L, наоборот, снижался в этот период болезни ( $5,9 \pm 1,9\%$ ,  $p < 0,05$  в сравнении с контролем).

Через 4 недели лечения уровни CD-95 и CD-95-L достигли контрольных значений ( $61,2 \pm 6,6\%$  и  $9,9 \pm 1,4\%$ ,  $p > 0,05$  с контролем). Полученные нами данные свидетельствуют о том, что в период обострения ЯК экспрессия CD-95-L снижена, что способствует индукции CD-95 к апоптозу. Активация CD-95 за счет CD-95-L сопровождается присоединением адаптерной молекулы FADD (Fas-ассоциированный протеин, содержащий домен разрушения) и прокаспазы 8 к рецептору CD-95, формируя сигнальный комплекс индукции апоптоза. Дефект механизма апоптоза может оказаться ключевым фактором избыточной аккумуляции T-клеток и хронизации ЯК. В результате лечения происходит повышение чувствительности T-клеток к апоптозу за счет нормализации уровня экспрессии CD-95-L и CD-95, восстанавливая клеточный гомеостаз при ЯК.

**Выводы:** Выявленные изменения проапоптотических маркеров в периферической крови отражают нарушение механизмов апоптоза, тем самым изменяя клеточный баланс и поддерживая воспалительный процесс в толстой кишке. Особенности содержания CD-95-L и CD-95 в периферической крови могут использоваться в качестве одного из показателей иммунологической дестабилизации при рецидивах ЯК.

**211. ЛАБОРАТОРНАЯ ДИАГНОСТИКА ХРОНИЧЕСКОЙ ИНТОКСИКАЦИИ АЛКОГОЛЕМ У БОЛЬНЫХ С РАННЕ ПОВРЕЖДЁННОЙ ПЕЧЕНЬЮ**

Павлов А.И., Хазанов А.И.

ФГУ «3 Центральный военный клинический госпиталь им. А.А. Вишневского» Минобороны России, г. Красногорск, Московская область, Россия

ФГУ «Государственный институт усовершенствования врачей» Минобороны России, г. Москва, Россия

**Цель исследования.** Выяснить целесообразность определения углеводно-дефицитного трансферрина для диагностики интоксикации алкоголем.

**Материалы и методы.** На протяжении 1996 – 2007 гг. изучены 978 больных циррозами печени (ЦП), включая 531 больного алкогольным ЦП, 189 пациентов НВЦ ЦП и 258 человек НСВ ЦП. Обследовано 103 пациента (разделены на две группы), употреблявших алкоголь, для определения уровня углеводно-дефицитного трансферрина – маркера хронической интоксикации алкоголя. У 56 (54,4 %) человек исследовали асиалогликозидный трансферрин, а у 47 (45,6 %) человек – весь спектр дефицита сиалогликозидного трансферрина: дефицит а-, моно-, ди-, и трисиалотрансферрина.

**Результаты.** Увеличение потребления алкоголя населением страны привело к росту больных алкогольным ЦП. Алкогольный ЦП являлся причиной смерти у 78,0 % больных ЦП. От него умерло в 3,5 раза больше больных, чем от всех вирусных ЦП. Результаты этих исследований показали, что при определении только асиалотрансферрина положительный результат был выявлен только у 3 (5,4 %) больных, поступавших в стационар с выраженными проявлениями острого алкогольного гепатита. При определении суммарного

дефицита трансферрина патологические изменения были обнаружены у 36 (76,6 %) больных. Это подтверждает достаточно высокую диагностическую способность в тестировании хронической интоксикации алкоголем.

**Заключение.** Отмечен преобладающий рост алкогольных ЦП. В последнее десятилетие число больных алкогольным ЦП с летальным исходом существенно превысило число умерших больных вирусными ЦП. Определение суммарного дефицита трансферрина (дефицит а-, моно-, ди- и трисиалотрансферрина) является высокоинформативным методом диагностики хронической интоксикации алкоголем.

**Ключевые слова:** потребление алкоголя, алкогольный цирроз печени, хроническая интоксикация алкоголем, углеводно-дефицитный трансферрин.

## 12. ПРОГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ КОНЦЕНТРАЦИИ АДИПОНЕКТИНА В СЫВОРОТКЕ КРОВИ ПРИ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ

Павлова А.Б., Заводовский Б.В., Никитина Н.В., Яшина Ю.В., Будкова Е.В., Доронина И.В., Зборовская И.А..

Учреждение Российской Академии медицинских наук «НИИ клинической и экспериментальной ревматологии» РАМН, ГОУ ВПО «Волгоградский государственный медицинский университет», г. Волгоград, Республиканское государственное лечебно-профилактическое учреждение «Карачаево-Черкесская республиканская клиническая больница», Российская Федерация.

Ревматоидный артрит (РА) является хроническим воспалительным заболеванием суставов, поражающим от 0,5 до 1% населения. В патогенезе РА приоритетное значение придается аутоиммунным реакциям. В последнее время в литературе появились данные об участии в патогенезе ревматических заболеваний жировой ткани. Последняя является источником синтеза биологически активных веществ - адипокинов, оказывающих влияние на формирование костной ткани, ангиогенез, метаболизм хондроцитов. К ним относятся адипонектин, лептин, резистин. Можно предположить, что адипонектин может принимать участие в процессах деградации хряща, в развитии воспаления в суставах и в прогрессировании суставного заболевания. Таким образом, изучение клинико-патогенетического значения адипонектина при РА представляется актуальной задачей.

**Цель работы:** изучить клинико-патогенетическое значение определения уровня адипонектина в сыворотке крови больных РА.

**Материалы и методы.** Под нашим наблюдением находилось 55 пациентов с достоверным диагнозом РА, и 45 практически здоровых лиц, составивших группу сравнения. Больные РА были в возрасте от 44 до 68 лет, из которых 35 женщин (63,6%) и 20 мужчин (36,4%). Средний возраст женщин с РА составил  $50,3 \pm 3,6$  лет, мужчин -  $51,5 \pm 4,2$  лет и был сопоставим с группой здоровых лиц ( $t=0,54$ ,  $p>0,05$ ;  $t=0,29$ ,  $p>0,05$  соответственно). Контрольная группа состояла из 25

женщин и 20 мужчин в возрасте от 26 до 58 лет, не имеющих жалоб на боли в суставах в течение всей жизни, и без клинических проявлений РА.

Уровень адипонектина в сыворотке крови определялся непрямым твердофазным иммуноферментным методом с использованием коммерческих тест систем (BioVendor, cat № RD195023100) до и после лечения.

Определение С-реактивного белка (СРБ) в сыворотке крови проводилось иммуноферментным методом с помощью наборов ООО «Хема-Медика» (Санкт-Петербург). Объективно оценивали индексы Ли, Лансбури, индекс припухлости, общей боли, счета боли, суставной индекс как до, так и после лечения.

**Результаты:** Пониженный уровень адипонектина в сыворотке крови был обнаружен у 14 пациентов из 55, что составило 25,4% случаев, и было достоверно чаще, чем у здоровых лиц (4%, различия достоверны  $p<0,001$ ). Средний уровень адипонектина у больных с РА составил  $4,1 \pm 1,6$  мкг/мл, что достоверно ниже показателей здоровых лиц ( $12,5 \pm 1,3$  мкг/мл ( $M \pm m$ ), различия достоверны  $p<0,001$ ). Достоверных различий по уровню адипонектина в зависимости от пола у больных с РА мы не получили.

Для выяснения клинико-патогенетического значения определения уровня адипонектина все пациенты с РА были разделены нами на 2 группы: I группа (14 пациентов) с низким уровнем адипонектина в сыворотке крови (менее 0,8 мкг/мл), и II группа (41 пациент) – с нормальной концентрацией адипонектина в сыворотке крови (более 0,8 мкг/мл). В этих 2 группах нами были изучены клинические проявления РА. Пациенты I группы достоверно чаще имели следующий симптомокомплекс: более высокую степень активности по DAS28 (II-III степень активности), высокий уровень антител к цитруллиновому виментину (АЦЦВ), чаще встречалась поздняя стадия заболевания, большая рентгенологическая стадия РА, более высокий уровень СРБ, СОЭ.

Нами также были изучены корреляционные связи между уровнем адипонектина в сыворотке крови больных РА с одной стороны и индексами, отражающими выраженность суставного синдрома, с другой. Наибольшие корреляции были выявлены между уровнем адипонектина и индексом Ли, Лансбури, индексом припухлости, общей боли, счета боли, суставного индекса.

**Выводы:** Таким образом, пониженный уровень адипонектина в сыворотке крови был обнаружен у 14 пациентов (25,4%). Низкий уровень адипонектина в сыворотке крови достоверно чаще имели пациенты с РА с более высокой степенью активности по DAS28 (II-III степень активности), серопозитивные по АЦЦВ, с поздней стадией заболевания, большей рентгенологической стадией. Существовала обратная связь между уровнем адипонектина в сыворотке крови и уровнем СРБ, СОЭ, индексами Ли, Лансбури, индексом припухлости, общей боли, счетом боли, суставным индексом.

Объяснить полученные данные можно следующим образом. Известно, что при увеличении концентрации медиаторов воспаления происходит снижение уровня адипонектина в сыворотке крови. В ряде работ показано,

что адипонектин увеличивает продукцию интерлейкина-6 через AdipoR1 рецептор, находящийся на поверхности хондроцитов и синовиальных фибробластов человека. Адипонектин и его рецепторы принимают участие в метаболизме хряща. Низкая концентрация адипонектина ассоциируется с процессами деструкции суставного хряща при суставных заболеваниях. Поэтому, высокий уровень адипонектина при РА некоторые авторы рассматривают как защитный фактор. Нам представляется, что этим можно объяснить развитие у больных с низким уровнем адипонектина более тяжелых форм РА с высокой активностью.

### 213. НАРУШЕНИЕ ГУМОРАЛЬНОЙ РЕГУЛЯЦИИ И ОКИСЛИТЕЛЬНЫХ ПРОЦЕССОВ ПРИ ЭКЗОКРИННОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Парахонский А.П.

Краснодарский медицинский институт высшего сестринского образования, Госпиталь ветеранов войн, Краснодар, Россия

Цель исследования - определение нейромедиаторов: ацетилхолина, серотонина и гастроинтестинальных гормонов - холецистокинина и секретина в сыворотке крови, а также выяснение роли перекисных и антиперекисных механизмов в развитии различных форм панкреатита и обоснование лечебной тактики у больных.

Материалы и методы. У 65 больных с панкреатитом и 15 здоровых людей в крови иммуоферментным методом определяли уровень холецистокинина, секретина, биохимическим – ацетилхолина, серотонина в базальных условиях и после стандартной пищевой нагрузки. В плазме крови определяли продукты перекисного окисления липидов: диеновую конъюгацию ненасыщенных жирных кислот, малоновый диальдегид и активность ферментов антиперекисной защиты - глутатионпероксидазы и каталазы при поступлении больных в стационар и после проведенного лечения (холинолитики, H2-блокаторы гистаминовых рецепторов, антиферментные препараты, анальгетики).

Результаты и их обсуждение. Установлено, что у больных хроническим панкреатитом алкогольной этиологии изменялась реакция биологически активных веществ на стандартный завтрак: концентрация серотонина повышалась с  $0,40 \pm 0,07$  до  $0,55 \pm 0,05$  мкг/мл ( $p < 0,05$ ), а ацетилхолина снижалась с  $1,7 \pm 0,3$  до  $1,6 \pm 0,3$  ммоль/л ( $p > 0,05$ ). У больных билиарным панкреатитом на стандартный завтрак концентрация серотонина повышалась с  $0,28 \pm 0,04$  до  $0,43 \pm 0,05$  мкг/мл ( $p < 0,05$ ), ацетилхолина достоверно не менялась –  $1,5 \pm 0,12$  ммоль/мл и  $1,45 \pm 0,21$  ммоль/л ( $p > 0,05$ ). Уровень холецистокинина после стандартного завтрака достоверно повышался у обеих групп больных. У всех больных имелась высокая прямая корреляционная связь между содержанием серотонина и холецистокинина ( $r = 0,87$ ) и слабая отрицательная корреляционная связь с ацетилхолином ( $r = -0,22$ ). Уровень секретина имел слабую отрицательную корреляционную связь как с серотонином ( $r = -0,48$ ), так и с ацетилхолином ( $r = -0,33$ ). Снижение секреции секретина приводило к уменьшению секреции бикарбонатов и слизи. Одновременно менялось качество слизистого геля. Выявлено, что у больных

острым панкреатитом наблюдается активация свободнорадикальных процессов. Показано, что у больных с отечной формой острого панкреатита процесс перекисного окисления липидов обрывается на стадии образования первичных продуктов диеновой конъюгации, а у пациентов с деструктивным панкреатитом промежуточных продуктов – малонового диальдегида и становится необратимым. В зависимости от формы панкреатита меняется активность ферментов, участвующих в инактивации продуктов свободнорадикального окисления. Так, у больных с отечной формой острого панкреатита выражена активность глутатионпероксидазы, а при деструктивных формах – каталазы.

Выводы. При хроническом панкреатите различной этиологии меняется уровень и соотношение нейромедиаторов и гормонов, что вызывает нарушение в системе регуляции. Сопоставление выявленных изменений коррелирует с нарушением внешнесекреторной функции поджелудочной железы и деструктивными изменениями её ткани. Снижается секреция бикарбонатов, что вызывает закисление содержимого 12-перстной кишки и меняет качество секретируемой слизистого геля. У больных с отечной формой острого панкреатита процесс образования перекисей липидов обрывается на стадии зарождения цепей – диеновой конъюгации за счёт содружественной реакции каталазы и глутатионпероксидазы. У больных с деструктивным панкреатитом процесс перекисного окисления липидов принимает цепной свободнорадикальный характер с образованием промежуточных продуктов – малонового диальдегида. Детоксикация продуктов перекисного окисления липидов у больных с отечной формой острого панкреатита осуществляется преимущественно при участии глутатионпероксидазы, а у больных с деструктивным панкреатитом разложение гидроперекисей липидов и перекиси водорода осуществляется как в глутатионпероксидазной, так и каталазной реакциях. Традиционная терапия позволяет стабилизировать метаболические процессы в организме больных отечной формой острого панкреатита. В то же время у больных с панкреонекрозом на её фоне развивается функциональная недостаточность антиокислительной защиты. Для уменьшения активности свободнорадикальных реакций у больных с тяжёлыми формами острого панкреатита, очевидно, необходимо назначение экзогенных антиоксидантов.

### 214. ИММУНОЛОГИЧЕСКИЙ ПРОФИЛЬ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ВИРУСНОМ ГЕПАТИТЕ «С» В АССОЦИИ С ГЕРПЕС-ВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ И ЭФФЕКТЫ ТЕРАПИИ

Парахонский А.П.

Краснодарский медицинский институт высшего сестринского образования, Госпиталь ветеранов войн, Краснодар

В настоящее время установлено, что начальный этап взаимодействия с Т или В-лимфоцитами основан на способности этих клеток связывать антиген с помощью специализированных антиген-распознающих рецепторов, которые находятся на их поверхности. Изменения

передачи импульса от них опосредуют различные биологические эффекты, которые связаны с активацией Т-лимфоцитов их дифференцированием. Чем выше аффинность рецептора, тем больше выражена способность лиганда активировать реакции Т-клеточного звена иммунитета

Цель исследования - изучение иммунологических показателей при хроническом вирусном гепатите «С» в ассоциации с герпес-вирусной инфекцией. У 92 больных в возрасте от 20 до 48 лет; женщин – 42 (45,6%), мужчин – 50 (54,4%) диагноз был установлен на основании клинических и лабораторных данных.

Материалы и методы. Исследование иммунного статуса пациентов включало определение в крови Т-лимфоцитов (CD3+), В-лимфоцитов (CD20+), регуляторных клеток Т-хелперов (CD4+), Цитотоксических клеток (CD8+), естественных киллеров (CD16+), а также индексных показателей: иммунорегуляторный, лейкоцитарно-В-лимфоцитарный и лейкоцитарно-Т-лимфоцитарный индексы. У всех больных для выявления герпес-вирусной инфекции были определены вирусспецифические антитела класса IgM, IgG и для подтверждения ДНК вируса герпеса. По этому принципу всех больных разделили на две группы: I группа – больные хроническим гепатитом без герпес-вирусной инфекции – 70 (76,1%), II – больные в сочетании с герпесной инфекции – 22 (23,9%). Группой контроля служили 20 здоровых лиц. Иммунорегуляторные цитокины играют важную в иммунном ответе организма при вирусном гепатите «С», а изменение их спектра и уровня во многом определяют эволюцию процесса. Определяли цитокины (ИЛ-1, ИЛ-10, ИФНа, ИФН $\gamma$ , ФНО $\alpha$ ) иммуноэнзиматическим методом до и после комплексного лечения.

Результаты и их обсуждение. В результате обследования больных с хроническим вирусным гепатитом в ассоциации с герпес-вирусной инфекцией выявлены нарушения клеточного звена иммунитета: достоверное снижение CD3+ (48,5 $\pm$ 1,7), CD4+ (32,2 $\pm$ 1.2), CD8+ (18,6 $\pm$ 0,7), CD16+ (8,3 $\pm$ 1,1), повышение CD20+ (24,6 $\pm$ 1,4), а также индексных показателей - иммунорегуляторного индекса (0,76 $\pm$ 0,13) лейкоцитарно-В-лимфоцитарного индекса (18,9 $\pm$ 2,7) и повышение лейкоцитарно-Т-лимфоцитарного индекса (7,3 $\pm$ 1,3). Диагностирована вторичная недостаточность клеточного звена иммунитета I степени.

У больных хроническим вирусным гепатитом, которые получали 6 и 9 курсов лечения амиксимом (низкомолекулярного индуктора интерферона), уровень связывания препарата рецепторами Т-лимфоцитов был достоверно выше, чем у больных, которые получали 3 курса лечения. Выявлена выраженная прямая связь между титром ИФНа и количеством НК-клеток ( $r=0.681$ ;  $p<0,05$ ), обратная связь между титром ИФНа и наличием HCV RNA ( $r=-0,692$ ,  $p<0,05$ ), а также прямая взаимосвязь между титром ИФН $\gamma$  и субпопуляцией CD4+лимфоцитов ( $r=0,773$ ,  $p<0,05$ ).

Анализ полученных материалов показал тенденцию увеличения концентрации ИЛ-1 и ИЛ-10 как у пациентов с HBV, так и у лиц с HCV-патологией. Динамика содержания концентрации интерферонов  $\alpha$  и  $\gamma$  имела такую же тенденцию увеличения концентрации, однако достоверное повышение отмечено лишь для ИФН $\gamma$

(66,1 $\pm$ 1,59 и 72,07 $\pm$ 1,51 нг/мл,  $p<0,05$ ). Идентичная динамика установлена и в отношении ФНО $\alpha$ , содержание которого увеличивается с 11,08 $\pm$ 0,64 до 14,72 $\pm$ 1,29 нг/мл ( $p<0,05$ ).

Выводы. Полученные данные о значительном усилении способности лимфоцитов периферической крови у больных хроническим вирусным гепатитом синтезировать ИФН $\gamma$  характеризуют высокую активность Тх1-эффекторной системы иммунитета. Целесообразно определение маркеров герпесной инфекции у пациентов с хроническим вирусным гепатитом, для своевременной коррекции лечения и предупреждения неблагоприятного течения данной формы гепатита. Амиксим обладает иммунотропным действием, тем самым оказывая влияние на иммунные механизмы, лежащие в основе эволюции хронического вирусного гепатита «С».

## 215. ОСОБЕННОСТИ ИММУНОЛОГИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКИМИ ЯЗВАМИ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЙ ЗОНЫ

Парахонский А.П.

Краснодарский медицинский институт высшего сестринского образования, Госпиталь ветеранов войн, Краснодар

Цель исследования - состояние факторов гуморального, клеточного звеньев иммунитета и неспецифической резистентности у 49 больных с хроническими язвами желудка (ХЯЖ) и 12-перстной кишки (ХЯДПК), осложнёнными кровотечениями.

Материалы и методы. Оценку клеточного звена иммунитета проводили непрямым иммунофлюоресцентным методом с помощью моноклональных антител. Уровень сывороточных иммуноглобулинов (Ig) класса G,A,M определяли методом радиальной иммунодиффузии, концентрацию циркулирующих иммунных комплексов - с помощью 3,5% раствора ПЭГ 6000. Фагоцитарную активность нейтрофилов оценивали на основании определения процента фагоцитоза и фагоцитарного индекса. В группу клинического сравнения были включены 15 больных с не осложнёнными язвами. Анализ иммунологических параметров осуществлялся в день госпитализации больных. Нормальные уровни иммунологических параметров получены при обследовании 10 здоровых доноров.

Результаты и их обсуждение. У больных ХЯДПК независимо от активности течения заболевания отмечается достоверное снижение относительного и абсолютного количества Т-лимфоцитов по сравнению со здоровыми людьми. Соотношение Т-хелперов и Т-цитотоксических лимфоцитов в основной группе имело статистически достоверное изменение за счёт относительного уменьшения числа Т-цитотоксических клеток по сравнению с данными у больных группы клинического сравнения и нормальными значениями. Установлено существенное снижение фагоцитарной активности нейтрофилов наряду с увеличением уровня циркулирующих иммунных комплексов по сравнению с группой клинического сравнения и здоровыми лицами. Содержание IgG и М в сыворотке крови у больных с осложнёнными кровотечениями ХЯДПК и в группе

клинического сравнения не превышало уровней нормальных значений. Средние величины концентрации IgA в основной группе бы достоверно ниже. Учитывая, что IgA обеспечивает защиту слизистой оболочки от проникновения микробов, пониженное его содержание у больных с осложнённым кровотечением ХЯДПК служит фактором риска активации деструктивных процессов в слизистой оболочке. Показано, что у больных с осложнённым кровотечением ХЯДПК имеется иммунодефицит гипосупрессорного типа с достоверным снижением уровня IgA. Это обстоятельство является неблагоприятным фактором в раннем постгеморрагическом периоде и способствует увеличению риска рецидива кровотечения.

Изучены показатели клеточного и гуморального иммунитета у 38 больных с кровопотерей лёгкой, средней и тяжёлой степени из ХЯЖ и ХЯДПК. Анализ полученных данных показал, что у больных с осложнённым кровотечением ХЯДПК и ХЯЖ достоверно снижено содержание Т- и В-лимфоцитов в сыворотке крови по сравнению с донорами. С увеличением кровопотери иммунодефицит и угнетение неспецифической резистентности становятся более выраженными. Кроме того, степень иммунных нарушений более значима при ХЯЖ, чем при ХЯДПК. Возможно, это связано с более старшим возрастным составом группы больных с ХЯЖ. Фагоцитарная активность нейтрофилов крови и уровни концентрации IgG, A, M с увеличением тяжести кровопотери имели тенденцию к снижению, наряду с увеличением концентрации циркулирующих иммунных комплексов. Эти изменения более выражены у больных с ХЯЖ. Содержание IgA у больных с ХЯЖ и ХЯДПК достоверно ниже, чем у доноров. Это свидетельствует о достаточно активных компенсаторных возможностях гуморального звена иммунной системы у обследованных больных. Однако прямая корреляционная зависимость увеличивающегося количества послеоперационных осложнений, прежде всего инфекционных, и количества рецидивов кровотечения с увеличением тяжести кровопотери, может быть связана с тем обстоятельством, что иммунологические показатели на уровне нижней границы нормы не всегда отражают обеспечение должной иммунной защиты. Можно предполагать, что на фоне клеточного иммунодефицита система иммунитета мобилизует все имеющиеся возможности на поддержание своего гуморального звена, а дополнительных резервов, в которых возникает потребность после оперативного вмешательства или для уменьшения альтерации в язвенном кратере, у таких больных уже нет.

**Выводы.** Понятие нижняя граница нормы у больных с осложнённым кровотечением ХЯДПК и ХЯЖ, особенно при кровопотере тяжёлой степени, носит относительный характер. Иначе, в ответ на остро возникшее кровотечение следовало бы ожидать увеличение в крови, как лимфоцитов, так и иммуноглобулинов. Одним из направлений уменьшения количества рецидивов кровотечения и послеоперационных осложнений у больных с кровотоками ХЯЖ и ХЯДПК служит ранняя терапия иммуномодуляторами, что может способствовать улучшению результатов лечения.

## 216. СРАВНИТЕЛЬНАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ МЕДИКАМЕНТОЗНОГО ЛЕЧЕНИЯ И ЭЛЕКТРИЧЕСКИХ МЕТОДОВ КАРДИОВЕРСИИ ПРИ ТРЕПЕТАНИИ ПРЕДСЕРДИЙ I ТИПА.

Паршина К.В., Аминова Н.В.

Кафедра госпитальной терапии имени В.Г. Вогралика, ГОУ ВПО НижГМА, г. Нижний Новгород

**Актуальность:** В настоящее время трепетание предсердий (ТП) рассматривается как самостоятельное нарушение ритма, не относящееся к мерцательной аритмии. Если по выработке тактики ведения и лечения больных с фибрилляцией предсердий (ФП) ведутся многочисленные исследования, то ТП остается «в тени». Практически при ТП используются те же методы лечения, что и при ФП. В связи с этим представляет интерес изучение разных методов лечения ТП в сравнительном аспекте.

**Цель работы:** сравнительный анализ эффективности и безопасности медикаментозного лечения, электрической кардиоверсии (ЭКВ) и электрической кардиостимуляции (ЭКС) при ТП I типа.

**Материалы и методы:** в клинике обследовано 59 больных ишемической болезнью сердца (ИБС) с ТП I типа. Средний возраст пациентов составил 52,3 года. У 55% пациентов нарушение ритма было единственным проявлением ИБС, а у 45% сочеталось со стенокардией напряжения II-III КФК. Критериями исключения явились инфаркт миокарда, постинфарктный кардиосклероз, миокардит, перикардит, тромбоэмболия легочной артерии, тиреотоксикоз, пороки сердца, кардиомиопатии, выраженная легочная гипертензия при сопутствующей ХОБЛ. Давность ТП колебалась от нескольких часов-суток до 6 месяцев. У 64% пациентов было впервые выявленное ТП, а у 36% - рецидив. Обследование больных включало общеклинические методы, изучение липидного профиля, параметров системы гемостаза, гормонов щитовидной железы, ЭКГ и эхокардиографию. Для купирования ТП использовались амиодарон в/в капельно в дозе 5-7 мг/кг (у 25,5% обследованных), наружная ЭКВ (у 34%), чреспищеводная ЭКС (у 40,5%). Всем больным с ТП, длительностью более 48 часов, перед кардиоверсией проводилась трехнедельная антикоагулянтная подготовка варфарином до достижения значения МНО 2,0 – 3,0. В это время больные получали урежающую терапию бета-адреноблокаторами (метопролол, пропранолол) или антагонистами кальция (верапамил) в сочетании, по показаниям, с дигоксинном. Чреспищеводная ЭКС проводилась на аппарате «Transesophageal cardiostimulator SP – 5» по методике залповой сверхчастотной стимуляции (ЗСС), начиная с частоты стимуляции на 10 импульсов/мин превышающей частоту волн f-f ТП (максимально 1200 импульсов/мин).

**Результаты:** медикаментозная кардиоверсия оказалась эффективна лишь в 38% случаев. Лучшие результаты были достигнуты при ЭКС и ЭКВ. Нормализация ритма наступила у 69% больных после ЭКВ и у 71% после применения ЭКС. Однако эффективность ЭКС была выше при продолжительности ТП менее одного месяца (в 87,5% случаев). Для ЭКВ зависимость частоты восстановления синусового ритма

от длительности ТП не была установлена. После проведения ЭКВ у 35% обследованных наблюдалась частая наджелудочковая и желудочковая экстрасистолия, а после ЭКС нежелательных нарушений ритма и проводимости сердца, а также других осложнений не отмечалось. В целом попытка восстановления синусового ритма при ТП оказалась эффективной в 82,3% наблюдений.

**Выводы:** 1) Чреспищеводная ЭКС и наружная ЭКВ являются по сравнению с медикаментозной терапией более эффективными методами лечения трепетания предсердий. 2) ЭКС – безопасная и эффективная альтернатива ЭКВ, особенно при продолжительности трепетания до одного месяца.

### 217. НОВЫЕ ПРОДУКТЫ ДЛЯ КОРРЕКЦИИ ДИСБИОЗА У ДЕТЕЙ

Пирогова З.И., Григорьева Т.А., Александрович Н.Ж.

Санкт-Петербургская Медицинская академия последипломного образования, Муниципальное дошкольное образовательное учреждение «Детский сад № 5 комбинированного вида», ООО «Биомедика Петербург»

Санкт-Петербург, г.Сосновый Бор, Россия

Состояние микробиоценоза кишечника определяет качество ассоциированной с кишечником иммунной системы и поддерживает неспецифические защитные реакции организма детей. Это особенно важно для профилактики различных инфекционных заболеваний и коррекции дисбактериальных нарушений после них.

На базе отделения кишечных инфекций детской инфекционной больницы № 5 Санкт-Петербурга проведены клинические исследования нового отечественного жидкого симбиотика Наринэ-Форте и пребиотика сиропа Фитолон.

Наринэ-Форте разработан Новосибирской фирмой «Биокор», в его составе – два вида живых активных кислотоустойчивых бактерий, представителей нормальной кишечной флоры: ацидофильные бактерии штамма Наринэ ТНСи и бифидобактерии штамма 791БАГ, продукты их метаболизма. Оба штамма способствуют оздоровлению нормальной микрофлоры человека и подавляют рост патогенной флоры.

Сироп Фитолон разработан Санкт-Петербургской фирмой «Фитолон-мед», пребиотик растительного происхождения. Богат медными производными хлорофилла из хвои сосны и ели, яблочным пектином, а также содержит душицу обыкновенную и мяту перечную. Нормализует функцию желудочно-кишечного тракта, оказывает бактерицидное, антиспазматическое и противовоспалительное действие.

Результаты клинического исследования достоверно показали:

- Комплексное использование симбиотика Наринэ-Форте и пребиотика сиропа Фитолон позволяют достичь максимально быстрого (12-14 дней) и полного исчезновения проявлений дисбиоза кишечника,
- Достигнутый положительный результат коррекции сохраняется более длительно, чем

при применении других сходных сочетаний пре- и пробиотиков - до 6-9 месяцев,

- Указанный комплекс обладает выраженным бифидогенным эффектом.

С лета 2009г. Новосибирская фирма «Биокор» начала производство по усовершенствованной авторской технологии бифидумбактерина Бифишка на основе кислотоустойчивых бифидобактерий штамма 791БАГ. Его применение в клинической практике начато с осени 2009г.

Результаты клинического исследования Наринэ-форте и сиропа Фитолон дали основание для включения этого комплекса в систему профилактических мероприятий на базе «Детского сада № 5 комбинированного вида» г.Сосновый Бор. Кроме того, в комплекс был включен и новый пробиотик бифидумбактерин Бифишка. Применение комплекса дало отчетливый положительный эффект. В период подъема заболеваемости с сентября 2009 г. по март 2010 г., дети в оздоровительной группе (группа часто болеющих детей) получали Наринэ-Форте (или бифидумбактерин Бифишка) с сиропом Фитолон по 20 дней в месяц, всего 4 курса. Заболеваемость ОРЗ за этот период у них составила 1600 на 1000. В контрольной группе детей этого же возраста (3-4 года) этот показатель составил 2523 на 1000. В оздоровительной группе не было ни одного случая гриппа. В контрольной группе 333 на 1000.

Полученные результаты клинических наблюдений позволяют рекомендовать комплексное использование симбиотика Наринэ-Форте (или пробиотика бифидумбактерин Бифишка) и пребиотика сиропа Фитолон в клинической практике коррекции дисбактериозов кишечника у детей.

### 218. ДИНАМИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ ГИГАНТСКОЙ ЛИМФОАДЕНОПАТИИ И СПЛЕНОМЕГАЛИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕПАТИТА С.

Плюснин С.В., Васенко В.И., Пономаренко Д.С.

ФГУ «3 Центральный военный клинический госпиталь им А.А.Вишневого Минобороны России» г. Красногорск, Россия

Частота внепеченочных поражений при HCV-инфекции по данным разных авторов варьирует от 40 до 74 %. Прогноз хронического гепатита С главным образом определяется печеночным процессом, а в некоторых случаях внепеченочными поражениями. Своевременное распознавание и лечение указанных поражений противовирусными препаратами позволяет улучшить прогноз этих больных.

Больной Т., 54 лет, поступил в 3 ЦВКГ им А.А.Вишневого 03.04.2007г. с жалобами на общую слабость, быструю утомляемость, тупые боли в верхних отделах живота.

Анамнез: в 1992г.- гемотрансфузия. В дальнейшем не обследовался и не лечился.

При обследовании: повышение уровня активности трансаминаз АЛТ до 2,3, АСТ до 1,7 норм. Обнаружена РНК вируса гепатита С, генотип 1b. Была выполнена пункционная биопсия печени. Гистологически картина хронического гепатита умеренной активности (по

Кноделлю индекс гистологической активности-9 баллов) и слабым фиброзом.

При МРТ органов брюшной полости 13.04.10г. в ретропанкреатодуоденальной зоне определяется опухолевый узел с полициклическими контурами максимальной протяженностью до 8,5 см, состоящий из тесно прилежащих друг к другу более мелких узлов. Структура узла характеризуется умеренной диффузной неоднородностью, без признаков полостей. Узел тесно примыкает к дорзальной поверхности поджелудочной железы на уровне головки и тела, примыкает к нижней полой вене, охватывает воротную вену и петлю 12-перстной кишки без признаков прорастания последних и проникает в ворота печени. Печень не увеличена, структура ее паренхимы однородная. Внутривеночные и внепеченочные желчные протоки не расширены. Диаметр воротной вены составляет 1,4 см. Селезенка значительно увеличена, ее максимальный размер составляет 20 см, структура ее паренхимы однородная, отмечается расширение селезеночной вены 1,0 см. Поджелудочная железа нормальной формы, отмечается диффузная неоднородность паренхимы железы, перипанкреатическая клетчатка с признаками уплотнения. Отмечается гиперплазия лимфоузлов ворот печени и парааортальной клетчатки. 26.04.2007г. выполнена диагностическая лапароскопия с биопсией новообразования. При гистологическом исследовании опухоль представлена пластами и тканями лимфоцитоподобных клеток с круглыми гиперхромными ядрами с фигурами митозов с подозрением на лимфому. Для дальнейшего лечения и обследования переведен в гематологическое отделение ГВКГ им. Н.Н.Бурденко. Пересмотрены гистологические препараты, выполнены повторная биопсия опухолевидного образования, стерильная пункция, цитогенетический анализ клеток костного мозга. Лимфопролиферативное заболевание не подтверждено.

Переведен в 3 ЦВКГ им А.А.Вишневого. 18.06.07г. начата комбинированная противовирусная терапия (интерферон-альфа-2 3 млн. МЕ подкожно через день, рибавирин 1200 мг в сутки). Через 12 недель от начала противовирусной терапии достигнут вирусологический ответ, при контрольном МРТ отмечена положительная динамика в виде исчезновения опухолевого конгломерата в ретропанкреатодуоденальной зоне. Селезенка размерами 14,0 x 6,3 см, селезеночная вена 0,7 см, воротная вена 1,2 см. Лечение проводилось в течение 48 недель.

На момент окончания лечения АЛТ, АСТ норма, РНК вируса гепатита С не обнаружена. При УЗИ и МРТ органов брюшной полости лимфатические узлы брюшной полости в пределах нормы, селезенка 12,7 x 6,0 см, диаметр селезеночной вены 0,7 см, воротной вены 1,2 см.

При контрольном обследовании через 1,5 года после окончания противовирусной терапии зарегистрирован устойчивый вирусологический ответ (РНК-НСV отрицательна), АЛТ, АСТ норма. При УЗИ лимфатические узлы брюшной полости в пределах нормы, селезенка 12,5 x 4,7 см, селезеночная вена 0,8 см, воротная вена 1,2 см.

## 219. ПРИМЕНЕНИЕ НОЛИПРЕЛА<sup>®</sup> А ПРИ ЛЕЧЕНИИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ

Подольская А.А., Ахмерова Р.И., Ким З.Ф., Гайфуллина Р.Ф.

Казанский государственный медицинский университет, кафедра внутренних болезней №2, г. Казань, РФ

Актуальность. Первой стратегической целью лечения артериальной гипертонии (АГ) является снижение числа сердечно-сосудистых осложнений. Однако в клинической практике основная тактическая задача состоит в достижении целевых значений артериального давления (АД) у конкретного пациента.

Цель исследования: изучение применения комбинированного препарата периндоприла + индапамида (нолипрел<sup>®</sup> и нолипрел<sup>®</sup> форте, Servier) в дозе 2,5 мг + 0,625 мг и 5 мг + 1,2 мг для вторичной профилактики и возможных осложнений артериальной гипертонии I и II степени.

Методы исследования: изучалась эффективность нолипрела в дозе 2 мг + 0,625 мг и нолипрела форте в дозе 5 мг + 1,2 мг у 32 пациентов (17 мужчин и 15 женщин) в возрасте 32 ± 2, 06 в течение 3 месяцев лечения. Нолипрел получали 14 пациентов (1<sup>я</sup> группа), нолипрел<sup>®</sup> А форте – 18 пациентов (2<sup>я</sup> группа). Диагноз АГ верифицирован в соответствии с общепринятыми требованиями ВНОК (2008). Всем пациентам проводилось комплексное клиническое и лабораторно-инструментальные исследования (общий анализ крови, общий анализ мочи, глюкоза натощак, общий холестерин, холестерин липидов низкой и высокой плотности, триглицериды, мочевины, креатинин, калий сыворотки, ЭКГ, эхокардиография, УЗИ почек, исследование глазного дна). Мониторинг АД проводился согласно требованиям стандартов по АГ.

Результаты исследования: к концу первой недели в первой группе АД снизилось у 12 пациентов - систолическое АД (САД) в среднем на 10,2%, диастолическое АД (ДАД) на 8,4%, в данной группе пациентов доза нолипрела не менялась в течение трех месяцев. В 20 случаях значительного снижения АД к концу первой недели на фоне нолипрела не наблюдалось, в связи с чем пациенты были переведены на нолипрел<sup>®</sup> А форте. К концу второй недели на данной дозировке удалось добиться снижения АД у 16 пациентов (снижение САД в среднем на 12,8%, ДАД – на 10,2%). В 4 случаях доза нолипрела<sup>®</sup> А форте на третьей неделе была увеличена до двух приемов в сутки, что к концу четвертой недели позволило достигнуть целевого уровня АД.

Выводы: пациентам АГ II стадии II степени в 60% случаях необходимо начинать терапию нолипрелом<sup>®</sup> А форте, что позволяет добиваться своевременного достижения целевых уровней АД и избегать в последующем церебральных осложнений; нолипрел<sup>®</sup> А эффективен лишь в случаях АГ II стадии I степени. При применении нолипрела<sup>®</sup> А форте 2 раза в сутки (4 пациента) наблюдался незначительный кашель (отмены препарата не понадобилось), который все же отражался на качестве жизни.

**220. КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ПАРАЛЛЕЛИ ПРИ ИДИОПАТИЧЕСКИХ ИНТЕРСТИЦИАЛЬНЫХ ПОРАЖЕНИЯХ ЛЕГКИХ**

Пономарева Е.Ю., Архангельская Е.Е., Тяпкина М.А.

Кафедра госпитальной терапии СГМУ им. В.И. Разумовского, г. Саратов

**Актуальность:** идиопатический фиброзирующий альвеолит (ИФА) входит в группу идиопатических интерстициальных пневмоний (ИИП) – клинко-патологических форм интерстициальных заболеваний легких, характеризующихся многими сходными чертами (неизвестная природа болезней, близкие клинические и рентгенологические признаки). Рациональная клиническая интерпретация морфологических изменений в легких при различных вариантах ИИП наряду с общеклиническим и рентгенологическими методами представляет важность для определения прогноза и режимов активной иммуносупрессивной терапии.

**Цель работы:** сопоставить клиническое течение, данные компьютерной томографии высокого разрешения и особенности морфологических изменений в лёгких при ИФА/ИИП.

**Методы:** проведен анализ 33 пациентов с ИФА/ИИП (24 женщины и 9 мужчин в возрасте от 31 года до 70 лет), наблюдавшихся в Областном пульмонологическом центре г. Саратова с 2000 по 2009 год. В диагностике использовалась клинко-морфологическая классификация АТC/ERS (2002 г). Всем пациентам проводилось общеклиническое обследование, спирография с пульс-оксиметрией, компьютерная томография высокого разрешения органов грудной клетки (КТВР), торакотомия (торакоскопия) с биопсией легкого для морфологической верификации диагноза.

**Результаты:** из 33 пациентов у 19 клиническое течение соответствовало ИФА (прогрессирующая дыхательная недостаточность преимущественно рестриктивного типа, «баранные палочки», несмотря на проводимую активную противовоспалительную терапию). При этом у 8 пациентов наряду с признаками сотового легкого по данным компьютерной томографии отмечен симптом «матового стекла», что указывало на сохраняющуюся активность внутриальвеолярного воспаления. Однако морфологическая картина подобного варианта (обычная интерстициальная пневмония) убедительно описана только у 13 больных (68%). У 4 пациентов этой группы (21%) описание, сделанное морфологом, в большей мере соответствовало лимфоцитарной или неспецифической интерстициальной пневмонии. У 2 пациентов (11%) в биоптате обнаружен фиброз без каких-либо специфических изменений.

Из 14 пациентов с прочими вариантами ИИП полное клинко-морфологическое соответствие отмечено у большинства пациентов (13, 93%). У одной больной с морфологическим заключением «облитерирующий бронхиолит с организующейся пневмонией» в клинике отсутствовала бронхообструкция, что в большей мере характеризует криптогенную организующуюся пневмонию.

**Выводы:** прижизненная биопсия лёгких имеет высокую информативность для дифференциального

диагноза ИФА и других вариантов ИИП наряду с КТВР, позволяющей определить соотношение двух патологических процессов в легочной ткани (альвеолит\фиброз). Следует отметить большую частоту совпадений клинических проявлений, результатов морфологического исследования и данных компьютерной томографии высокого разрешения при ИИП по сравнению с ИФА.

**221. ОТСУТСТВИЕ ПОЛОЖИТЕЛЬНОГО ВЛИЯНИЯ ДЛИТЕЛЬНОГО УПОТРЕБЛЕНИЯ АЛКОГОЛЯ НА РАЗВИТИЕ И ПРОГРЕССИРОВАНИЕ АТЕРОСКЛЕРОЗА**

Пономаренко Д.С., Жук С.А., Ермолаев В.В.

ФГУ «3 Центральный военный клинический госпиталь им. А.А. Вишневского Минобороны России», г. Красногорск, Россия.

Больной В., 69 лет, поступил в 3 ЦВКГ им. А.А. Вишневского 15.01.10 г. с жалобами на желтушность кожных покровов, склер, общую слабость, отсутствие аппетита, отечность нижних конечностей. Анамнез: более 20 лет регулярно употреблял крепкие алкогольные напитки (150-200 мл 3-4 раза в неделю). В 1995 г. (в 54 года) дебютировала ишемическая болезнь сердца развитием инфаркт миокарда передней стенки, передне-перегородочной и верхушечной областей левого желудочка. В последующем, по рекомендации кардиолога, стал употреблять алкогольные напитки практически ежедневно. В 1997 и 2005 гг. перенес повторные инфаркты миокарда. В 2006 г. выполнена коронарография, при которой обнаружен распространенный атеросклероз коронарных артерий: стеноз ствола левой коронарной артерии 40% с распространением на устья передней межжелудочковой и огибающей артерий, стеноз проксимальной трети 70% и окклюзия средней трети передней межжелудочковой артерии, стенозы устья 40% и проксимальной трети 60% диагональной ветви, стеноз устья 30% и средней трети 50% огибающей артерии с распространением на устье ветви тупого края со стенозом 80%, стеноз проксимальной трети правой коронарной артерии 50%, окклюзия средней трети задней межжелудочковой артерии. В 2006 г. выполнена операция: аортокоронарное шунтирование задней межжелудочковой артерии, огибающей артерии, маммарокоронарный анастомоз передней межжелудочковой артерией.

При обследовании в госпитале у больного выявлены следующие признаки хронической алкогольной интоксикации (сетка LeCo): транзиторная артериальная гипертензия, тремор, мышечная атрофия, телеангиоэктазии, пальмарная эритема, обложенный язык, венозное полнокровие конъюнктивы, гепатомегалия. Из лабораторно-инструментальных данных обследования обращало внимание наличие нейтрофильного лейкоцитоза (лейкоциты-16,1 x 10<sup>9</sup>/л, нейтрофилы-13,5 x 10<sup>9</sup>/л), цитолитического синдрома с преобладанием уровня активности АСТ (581 МЕ/л) над АЛТ (341 МЕ/л) и повышением уровня ГГТП до 317 МЕ/л, синдрома гепатодепрессии (альбумин-28 г/л, протромбиновый индекс - 25%), синдрома холестаза (общий билирубин-289 мкмоль/л). ЭКГ: мерцательная аритмия, нормосистолия, рубцовые изменения в

передней стенки, передне-перегородочной и верхушечной областях левого желудочка. УЗИ органов брюшной полости: гепатомегалия, диффузная неоднородность паренхимы печени; в брюшной полости умеренное количество свободной жидкости. Эхо-КГ: дискинезия верхушки левого желудочка с вовлечением апикального и медиального отделов межжелудочковой перегородки, передне-верхушечного и верхушечно-бокового сегментов левого желудочка, ФВ=42%, гипертрофия левого желудочка, дилатация правого желудочка и обоих предсердий, умеренная дилатация легочной артерии, митральная регургитация 3 степени, трикуспидальная регургитация 3 степени, регургитация на клапане легочной артерии 1 степени. Ультразвуковое дуплексное исследование магистральных артерий головы: в устьях обеих внутренних сонных артерий визуализированы атеросклеротические бляшки. Осмотр психиатра: психическая и физическая зависимость от алкоголя. Установлен диагноз: острый алкогольный гепатит, ассоциированный с циррозом печени смешанной этиологии (алкогольный + кардиальный). Ишемическая болезнь сердца. Стенокардия напряжения 3 функционального класса. Постинфарктный (1995, 1997, 2005 гг.) кардиосклероз. Хроническая аневризма левого желудочка. Стенозирующий атеросклероз коронарных артерий. Операция: аортокоронарное шунтирование задней межжелудочковой артерии, огибающей артерии, маммарокоронарный анастомоз передней межжелудочковой артерией в 2006 г. Постоянная форма мерцательной аритмии, нормосистолия. Недостаточность кровообращения 2Б стадии. Психическая и физическая зависимость от алкоголя.

## 222. ФУНКЦИОНАЛЬНО-МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ВЗАИМОСВЯЗИ ПАТОЛОГИИ ОРГАНОВ ГЕПАТО-ГАСТРОПАНКРЕАТОДУОДЕНАЛЬНОЙ ЗОНЫ У БОЛЬНЫХ КАЛЬКУЛЕЗНЫМ ХОЛЕЦИСТИТОМ

Попов А.В., Фрейнд Г.Г., Ершова А.И., Ранкевич Н.А.

Пермская государственная медицинская академия им. ак. Е.А. Вагнера, г. Пермь, Россия

Цель исследования – изучить функционально-морфологические изменения органов гепатогастропанкреатодуоденальной зоны у больных калькулезным холециститом.

Материалы и методы. Обследовано 110 больных калькулезным холециститом, 98 женщин и 12 мужчин, в возрасте от 17 до 72 (40,2±1,0) лет. Оценивали данные биохимического исследования крови, ультразвукового исследования органов гепатопанкреатобилиарной системы, фиброгастродуоденоскопии, результаты гистоморфометрического исследования желудка, двенадцатиперстной кишки и желчного пузыря, а также интраоперационной биопсии печени. Индекс гистологической активности гепатита оценивали по системе Knodell (1981). Пациенты разделены на 3 группы: 1-я группа включала 51 больного без патологии поджелудочной железы; 2-я – 42 больных с сопутствующим панкреатитом, 3-я – 17 больных с сопутствующей язвенной болезнью желудка (2) или двенадцатиперстной кишки (15).

Результаты и их обсуждение. Установлено, что атрофический гастрит при сопутствующем панкреатите (23/42, 55%;  $p < 0,05$ ) или язвенной болезни (11/17, 64%;  $p > 0,05$ ) встречался чаще, чем у больных без патологии поджелудочной железы (18/51, 35%). Степень тяжести патоморфологических изменений слизистой оболочки желудка коррелировала с индексом гистологической активности гепатита ( $R_s = 0,37$ ;  $p = 0,0043$ ) и степенью воспаления желчного пузыря ( $R_s = 0,20$ ;  $p = 0,047$ ).

Частота выявляемости дуоденогастрального рефлюкса не зависела от наличия сопутствующего панкреатита (17/42, 40%) или язвенной болезни (7/17, 41%) и была равна таковой у больных 1 группы (21/51, 41%;  $p < 0,05$ ). Заброс желчи в желудок наблюдался во всех случаях деструктивного холецистита, у 54% больных с острым холециститом и у 34% - с калькулезным холециститом в стадии ремиссии ( $p < 0,05$ ). Дуоденогастральный рефлюкс провоцировал прогрессирование нейтрофильной инфильтрации слизистой оболочки желудка ( $R_s = 0,45$ ;  $p = 0,038$ ) и был связан с недостаточностью замыкательной функции привратника ( $R_s = 0,26$ ;  $p = 0,059$ ). Зияние привратника у больных с панкреатитом (20/42, 48%) или без патологии поджелудочной железы (22/51, 43%) выявлялось реже, чем у пациентов с сопутствующей язвенной болезнью (11/17, 64%;  $p < 0,05$ ). Установлено, что уровень нейтрофильной инфильтрации слизистой оболочки желудка у больных холецистолитиазом коррелировал с числом перипортальных некрозов гепатоцитов ( $R_s = 0,65$ ;  $p = 0,039$ ), степенью фиброза портальных трактов ( $R_s = 0,91$ ;  $p < 0,05$ ) и жировой дистрофией печеночных клеток ( $R_s = -0,62$ ;  $p = 0,049$ ).

Визуальные признаки дуоденита у пациентов 1 (22/51, 43%) и 2 (14/42, 33%) группы встречались реже, чем у больных с язвенной болезнью (11/17, 64%;  $p < 0,05$ ). Нейтрофильная инфильтрация слизистой двенадцатиперстной кишки составила  $0,91 \pm 0,21$  балла и у больных с сопутствующим панкреатитом была выше на 25% показателей у пациентов без патологии железы. Воспаление слизистой оболочки двенадцатиперстной кишки было связано с уровнем нейтрофильной инфильтрации слизистой оболочки желудка ( $R_s = 0,59$ ;  $p = 0,04$ ) и перипортальных некрозов гепатоцитов ( $R_s = 0,44$ ;  $p = 0,045$ ). Артериализация слизистой двенадцатиперстной кишки не зависела от сочетанной патологии и, составив в среднем  $0,82 \pm 0,23$  балла, коррелировала с индексом гистологической активности гепатита ( $R_s = 0,53$ ;  $p = 0,014$ ), белковой дистрофией гепатоцитов ( $R_s = 0,71$ ;  $p = 0,0011$ ) и фиброзом портальных трактов ( $R_s = -0,5$ ;  $p = 0,022$ ). Эрозии слизистой желудка у лиц с сопутствующим панкреатитом или без такового (2% и 1,9% соответственно) встречались реже, чем при язвенной болезни (6%), имели связь с уровнем артериальной васкуляризации слизистой оболочки желудка ( $R_s = 0,63$ ;  $p = 0,004$ ) и индексом гистологической активности гепатита ( $R_s = 0,27$ ;  $p = 0,035$ ).

Заключение. Холецистолитиаз сопровождается взаимосвязанными функционально-морфологическими изменениями желудка и двенадцатиперстной кишки, степень тяжести которых определяется сопутствующим гепатитом, панкреатитом и язвенной болезнью, что служит поводом для раннего выявления и хирургического лечения калькулезного холецистита.

**223. НАРУШЕНИЯ ОТДЕЛЬНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ИММУННОГО СТАТУСА ПРИ ОСТРОМ АЛКОГОЛЬНОМ ГЕПАТИТЕ (ОАГ)**

Потехин Н.П., Белякин С.А., Урсов Р.Р.

ФГУ «ГВКГ им. Н.Н. Бурденко Минобороны России», Москва, ФГУ «ЗЦВКГ им. А.А.Вишневого Минобороны России», Красногорск, Россия

Цель исследования. Изучить динамику изменения уровня иммуноглобулина А и циркулирующих иммунных комплексов (ЦИК) у пациентов с острым алкогольным гепатитом (ОАГ) в зависимости от тяжести течения заболевания.

Материалы и методы. В исследование было включено 127 человек с острым алкогольным гепатитом, у которых отсутствовали тяжелые сопутствующие заболевания других органов и маркеры вирусов гепатита В и С. Из них 103 человека (81,1%) – пациенты с благоприятным исходом заболевания, 24 человека (18,9%) – с неблагоприятным исходом (умершие). Таким образом, летальность при остром алкогольном гепатите составила 18,9%. Соответственно группам С, В, А по Child-Pugh среди больных с благоприятным исходом тяжёлое течение заболевания отмечено у 27 (26,2%) пациентов, среднетяжелое у 49 (47,6%), относительно легкое у 27 (26,2%) больных. В группе больных с неблагоприятным исходом в 23 случаях (95,8%) тяжесть заболевания соответствовала классу С, и всего в 1 случае – классу В (4,2%).

Результаты исследований. Повышение уровня иммуноглобулина А в сыворотке крови определялось у 68,5% всех обследованных больных ОАГ. В группе с неблагоприятным исходом заболевания таких больных было 87,5%, при чём, в 70,8% случаев уровень иммуноглобулина А превышал 5,0 г/л, что достоверно выше соответствующих показателей в сравнении с другими группами. Результаты наших исследований позволяют говорить о том, что уровень иммуноглобулина А в сыворотке крови пациента более 5,0 г/л является предиктором признаком неблагоприятного течения ОАГ ( $p < 0,01$ ). Среди больных, относящихся к другим анализируемым группам, повышение уровня иммуноглобулина А выявлялось более чем у трети от общего числа пациентов группы. При исследовании уровня циркулирующих иммунных комплексов в сыворотке больных ОАГ так же выявлено значительное превышение данного показателя у пациентов в группе с неблагоприятным исходом заболевания. В этой группе в 83,3% случаях уровень ЦИК в крови превышал 150 ед. В остальных группах превышение этого показателя выше нормы определялось не более чем у 20% пациентов.

Выводы. Таким образом, уровень ЦИК в крови более 150 ед., так же как и повышенное содержание Ig А, является признаком неблагоприятного течения ОАГ, что обусловлено нарастанием вклада иммунных механизмов воспаления в патогенез заболевания по мере утяжеления ОАГ.

**224. ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ ПОЧЕЧНОЙ ДИСФУНКЦИИ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА**

Протасов К.В., Дзизинский А.А., Кожевникова Е.Е.  
Кафедра терапии и кардиологии, ГОУ ДПО ИГИУВ Росздрава, г. Иркутск, Россия

Актуальность. Функциональное состояние почек во многом определяет прогноз больных эссенциальной артериальной гипертензией (АГ). В пожилом и старческом возрасте распространенность гипертонической нефропатии, ее клинко-патогенетические взаимосвязи с сердечно-сосудистыми факторами риска и состоянием других органов-мишеней АГ исследованы недостаточно.

Цель работы: изучить частоту выявления и факторы риска развития гипертонической нефропатии у больных эссенциальной артериальной гипертензией (АГ) пожилого и старческого возраста.

Материалы и методы: В исследование включено 252 больных АГ старше 60 лет (в среднем  $73,0 \pm 7,3$  года), из них мужчин - 105, женщин – 147. Согласно критериям ВНОК (2008) определяли следующие признаки поражения почек при АГ: гиперкреатининемия при уровне креатинина сыворотки  $>114$  мкмоль/л у мужчин и  $>106$  мкмоль/л у женщин, микроальбуминурию (МАУ) по отношению альбумин/креатинин утренней порции мочи  $\geq 2,5$  мг/ммоль для мужчин или 3,5 мг/ммоль для женщин (у 217 обследованных), низкий клиренс креатинина (ККр) по Cockcroft-Gault ( $<60$  мл/мин). Почечную недостаточность при АГ диагностировали при уровне креатинина  $>133$  мкмоль/л у мужчин и  $>124$  мкмоль/л у женщин.

Проводили суточное мониторирование АД (СМАД). Изучали факторы риска АГ (липиды сыворотки, курение, объем талии) и морфо-функциональное состояние других органов-мишеней АГ: сердца, сосудов и глазного дна. Оценивали ассоциации указанных параметров с признаками почечной дисфункции. Применяли корреляционный и множественный логистический регрессионный анализ.

Результаты. Минимальная гиперкреатининемия обнаружена у 35 (13,9%), МАУ - у 41 (18,9%), ККр  $<60$  мл/мин – у 129 (51,2%) обследованных. Почечная недостаточность по креатинину сыворотки встречалась у 12 пациентов (4,8%). Пошаговый логистический регрессионный анализ показал, что предикторами гиперкреатининемии являются низкий уровень холестерина липопротеидов высокой плотности, скорость распространения пульсовой волны по аорте  $>12$  м/с, средняя длина сегмента артериол сетчатки глаза (коэффициент множественной детерминации  $R^2=0,40$ , точность прогноза регрессионной модели 86,2%). К факторам, ассоциированным с наличием МАУ, были отнесены уровень общего холестерина сыворотки, объем талии, повышенный временной индекс гипотонии по систолическому АД и низкая фракция выброса левого желудочка ( $R^2=0,42$ , точность прогноза 79,1%). Маркерами низкого ККр явились объем талии, повышенный индекс жесткости аорты (отношение пульсового АД к ударному объему левого желудочка), сниженная толерантность к физической нагрузке в тесте с шестиминутной ходьбой ( $R^2=0,43$ , точность прогноза 78,3%).

Выводы. Результаты показали, что наиболее чувствительным маркером поражения почек у пациентов

с АГ пожилого и старческого возраста является умеренное снижение клиренса креатинина. Выявлены независимые предикторы и получены регрессионные модели прогноза развития различных вариантов гипертонической нефропатии.

## 225. ОСТЕОПОРОЗ ПОЗВОНОЧНИКА У ЛИЦ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА И ЕГО ВЛИЯНИЕ НА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ

Пустозеров В.Г., Баженова Ю.В.

Кафедра геронтологии и гериатрии, кафедра лучевой диагностики, ГОУ ДПО ИГИУВ Росздрава, г.Иркутск

Клинико-социальная значимость остеопороза определяется переломами костей скелета. С учетом высокой распространенности остеопоротических переломов проблема ранней диагностики, профилактики и лечения остеопороза по значимости экспертами ВОЗ поставлена на 4-е место после сердечнососудистых, онкологических заболеваний и сахарного диабета. Из-за увеличения в популяции населения лиц пожилого возраста, особенно женщин, наблюдается увеличение частоты заболеваемости остеопорозом и связанных с ним переломов. Переломы позвонков самые распространенные остеопоротические переломы у лиц пожилого и старческого возраста. Они приводят к инвалидности, повышенной смертности, снижению качества жизни и экономическим затратам общества, а также являются независимым фактором риска развития последующих переломов периферических костей скелета, позвонков и шейки бедра. Ведущим симптомом в клинике остеопороза позвоночника является боль в спине, что в значительной мере ухудшает качество жизни.

Целью исследования являлось изучение влияния остеопоротических повреждений позвонков, в том числе их переломов на качество жизни и социальное функционирование пациентов.

Обследовано 198 жителей в возрасте от 60 до 92 лет г. Иркутска с остеопорозом позвоночника: 126 женщин (средний возраст  $77 \pm 3,9$  лет) и 72 мужчин (средний возраст  $78 \pm 4,3$  лет). Диагноз был выставлен на основании рентгенологического исследования. Пациенты были разделены на две группы: 1 группа – 52 человека с остеопорозом позвоночника, осложненного переломами и 2 группа – 146 человек без остеопоротических переломов позвонков. Исследуемые отвечали на 41 вопрос из анкеты качества жизни Qualeffo-41.

Исследование показало, что 93 (46,9%) пациентов с остеопорозом позвоночника, имели снижение качества жизни: 42 (80,7%) с остеопорозом, осложненным переломами и 51 (34,9%) из группы контроля. Счет Qualeffo в области боли был значительно выше в группе пациентов с остеопоротическими переломами позвонков относительно группы контроля: 34,5 против 16,4. В области физической функции счет Qualeffo составил 29,4 против 15,7, в области социальной функции – 42 против 30,5, в области общего состояния здоровья – 35,3 против 21, в области умственной функции (эмоционального состояния) – 24 против 14,8 соответственно,  $p < 0,05$ .

Анализ анкет качества жизни Qualeffo-41 у 198 человек показал, что боль в спине 1 раз в неделю беспокоила 25,4% женщин и 20,8% мужчин,

2-3 раза в неделю 30,6% и 40,3%, каждый день 44% и 38,9% соответственно. Разница в частоте болевого синдрома в спине у мужчин и женщин была статистически недостоверной. У большинства исследуемых, как у женщин, так и у мужчин, преобладала боль умеренной и сильной степени выраженности. У 36,8% исследуемых (у 34,1% женщин и у 41,6% мужчин) боль в спине сопровождалась нарушением сна.

Уменьшение двигательной активности (ходьба, подъем по лестнице, поход в магазин, пользование общественным транспортом и др.) вследствие боли имели 48,4% лиц пожилого и старческого возраста (50,8% женщин и 45% мужчин). У 136 (68,7%) исследуемых (70,6% женщин и 66,2% мужчин) боль в спине сопровождалась трудностями в самообслуживании (невозможность самостоятельно одеться, принять душ или ванну, встать со стула, провести уборку, сходить в туалет).

Наличие социальных ограничений (посещение родственников, участие в общественной работе, наличие хобби и др.), обусловленных болью в спине, отмечали 59,6% исследуемых лиц (57,9% женщин и 61,6% мужчин). Эмоциональный дискомфорт, характеризующийся чувством одиночества, уныния, усталости, снижением настроения, ухудшением общего состояния здоровья и качества жизни испытывали 82,3% лиц пожилого и старческого возраста (83,3% женщин и 80,5% мужчин).

Интенсивность болевого синдрома по визуально-аналоговой шкале (ВАШ) в группе лиц с остеопоротическими переломами позвонков была более выражена у женщин и составила  $7,6 \pm 1,4$  балла против  $5,2 \pm 1,2$  балла у мужчин ( $p < 0,05$ ). В группе лиц без переломов интенсивность боли в спине была ниже ( $4,1 \pm 1,3$  и  $3,9 \pm 1,4$  балла соответственно), без статистически достоверной разницы между мужчинами и женщинами. С увеличением возраста и числа поврежденных позвонков, интенсивность болевого синдрома возрастала у лиц обоего пола ( $p < 0,05$ ).

Выявлено существенное нарушение качества жизни у пациентов с остеопорозом позвоночника, которое достоверно снижалось при наличии хотя бы одного остеопоротического перелома позвонка. Болевой синдром у лиц с остеопоротическими переломами позвонков, ограничивающий физическую активность, вызывающий социальную дезадаптацию, эмоциональные нарушения, требует своевременного проведения лечебных мероприятий.

## 226. ЧАСТОТА ОСТЕОПОРОТИЧЕСКИХ ПЕРЕЛОМОВ ПОЗВОНКОВ У ЛИЦ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА В ПОПУЛЯЦИИ г. ИРКУТСКА

Пустозеров В.Г., Баженова Ю.В.

Кафедра геронтологии и гериатрии, кафедра лучевой диагностики ГОУ ДПО ИГИУВ Росздрава, г.Иркутск

Каждая третья женщина и каждый восьмой мужчина старше 65 лет переносят в своей жизни перелом, по крайней мере, одного позвонка. Они возникают вследствие минимальной травмы, часто протекают малосимптомно и сопровождаются снижением качества жизни, преждевременной смертностью и большими экономическими затратами.

Целью настоящего исследования было изучение распространенности остеопоротических переломов позвонков у лиц старше 60 лет.

Диагностика остеопороза позвоночника основывалась на рентгенологическом исследовании позвоночника и морфометрическом анализе рентгенограмм по методу D. Felsenberg (1993). Обследовано 360 жителей Иркутска в возрасте от 60 до 94 лет (180 мужчин и 180 женщин). Средний возраст мужчин составил  $74,9 \pm 2,6$  года, женщин  $74,5 \pm 2,5$  года. Рентгенологические признаки остеопороза чаще выявились у женщин – 154 (85,5%) против 139 (77,2%) у мужчин ( $p < 0,05$ ). Остеопоротические переломы тел позвонков (снижение высоты на 20% и более) были определены у 82 (22,8%) человек, составив у мужчин – 17,2%, у женщин – 28,3% ( $p < 0,05$ ). Распространенность переломов позвонков повышалась с возрастом. Так в возрасте 65-69 лет частота остеопоротических переломов составила 10% у женщин и 3,3% у мужчин. В возрастной группе 70-74 года: 16,7% и 6,6%, в группе 75-79 лет: 26,7% и 13,3% и в возрасте 80-84 года: 36,6% и 23,3% соответственно. Максимальная частота переломов определялась у лиц 85 лет и старше – переломы позвонков имели 43,3% женщин и 30% мужчин. Множественные переломы позвонков (три и более) были выявлены у 106 человек (29,4%), также чаще, у женщин – 32,7%, против 26,1% у мужчин ( $p < 0,05$ ). Самым частым типом деформаций позвонков являлась передняя клиновидная деформация, выявленная в 135 позвонках (в 106 грудных и 29 поясничных), что составило 77,1% от общего числа деформированных позвонков. Двояковогнутая деформация была обнаружена в 35 позвонках – 20%. Компрессионная деформация была выявлена в 5 позвонках – 2,9%.

Таким образом, частота остеопоротических переломов позвонков среди жителей Иркутска составила 22,8% – 28,3% у женщин и 17,2% у мужчин, что сопоставимо со странами Западной Европы (Бельгия), Скандинавии, США (Рочестер). Распространенность переломов позвонков у пожилых людей г. Иркутска повышалась с возрастом. Проведение рентгеноморфометрии позволило впервые поставить диагноз переломов позвонков.

## 227. ХРОНИЧЕСКИЕ ВИРУСНЫЕ ГЕПАТИТЫ: ОПТИМИЗАЦИЯ ТЕРАПИИ

Рамазанова К.Х., Речник В.Н\*, Сретенская Д.А., Ляпина Е.П., Царева Т.Д.

ГОУ ВПО «Саратовский государственный медицинский университет им. В.И. Разумовского» Росздрава, Саратов, Россия

\*МУЗ «Центральная городская клиническая больница г. Ульяновска», Ульяновск, Россия

Инфицирование вирусами гепатитов остается глобальной проблемой здравоохранения. Высокий

удельный вес среди лиц, страдающих хроническим гепатитом С (ХГС), составляют потребители психоактивных веществ (ПАВ) и алкоголя. По общепринятым стандартам у данного контингента больных рекомендуется предварять активную противовирусную терапию «светлым» периодом с отказом от алкоголя и ПАВ. На этом этапе одним из важных компонентов лечения является восстановление функциональных нарушений в гепатобилиарной системе, возникших под действием токсических продуктов. В настоящее время в терапии заболеваний печени с успехом используются комплексные препараты, в состав которых входит янтарная кислота.

Целью исследования явилась оценка эффективности комплексной терапии больных ХГС с использованием комбинированного препарата ремаксол на этапе, предшествующем противовирусной терапии.

Для реализации поставленной цели было проведено обследование 80 пациентов в возрасте от 20 до 50 лет, страдающих ХГС минимальной и умеренной активности, наивных в отношении противовирусной терапии. Все больные были разделены на 2 группы: в 1-й группе (49 человек) пациенты в течение 12 дней получали ремаксол (гепатопротектор, цитопротективный эффект которого опосредуется биологическими эффектами его активных компонентов: янтарной кислоты, рибоксина, никотинамида, метионина, натрия, калия, магния хлорида) 400 мл в/в, капельно; во 2-ой группе (31 человек) – "активное плацебо" (400,0 мл) на протяжении 12 дней. Терапия ремаксолом проводилась до начала противовирусной терапии ХГС. Анализ эффективности ремаксолола осуществлялся на основании клинических характеристик и параметров качества жизни (КЖ) (опросник SF-36, Version 2 of the SF-36 Health Survey).

В результате проведенного исследования нами установлено, что к 13-14 дню по завершению курса инфузий ремаксолола у пациентов 1-ой группы отмечалось значительное клиническое улучшение: существенно снизились частота и выраженность астено-вегетативного (общая слабость, быстрая утомляемость, потливость), диспепсического (тяжесть в правом подреберье, тошнота, снижение аппетита), геморрагического и холестатического синдромов, гепатомегалии; достоверно улучшились показатели физического функционирования (с  $85,5 \pm 2,7$  до  $96,4 \pm 3,8$ ) и общего состояния (с  $80,7 \pm 3,1$  до  $95,5 \pm 3,7$ ), тогда как среди больных 2-й группы значительного увеличения данных параметров не произошло. В обеих группах увеличились показатели физического состояния, интенсивности боли, жизненной активности и психического здоровья, однако у пациентов 1-й группы увеличение перечисленных параметров было существенно выше. А вот в сферах эмоционального и социального функционирования достоверного увеличения количества баллов в обеих обследуемых группах не произошло. Переносимость ремаксолола у всех пациентов 1-й группы была хорошей, побочных явлений при применении препарата не зафиксировано.

Таким образом, применение корректора клеточного метаболизма и регулятора энергетического обмена ремаксолола в комплексном патогенетической терапии больных гепатитом С позволяет значительно улучшить динамику клинических проявлений, а также физические и психические компоненты качества жизни больных

гепатитом С, особенно общее состояние и физическое функционирование.

## 228. ПУНКЦИОННОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПОСТНЕКРОТИЧЕСКИХ КИСТ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Ранцев М. А., Ходаков В. В., Усов М. М.

ГОУ ВПО Уральская государственная медицинская академия Росздрава, г. Екатеринбург, Россия

Целью исследования явилось обобщение нашего первого опыта лечения одного из основных осложнений панкреонекроза – постнекротических кист поджелудочной железы и разработка тактических вопросов дифференцированного подхода к их лечению.

Материалы и методы. Проанализированы результаты лечения 20 больных со сформированными постнекротическими кистами поджелудочной железы в клинике кафедры общей хирургии ГОУ ВПО УГМА на базе МУ ГКБ № 40 г. Екатеринбурга. Все пациенты в течение 3-12 месяцев до поступления в клинику перенесли панкреонекроз. Из них 11 (55%) лиц было мужского и 9 (45%) – женского пола. В основном это были лица в возрасте старше 50 лет – 19 (95%) человек, а из них старше 60 лет – 7 (35%) человек. Диагноз кисты поджелудочной железы устанавливался на основании анамнеза, жалоб, данных УЗИ и компьютерной томографии брюшной полости с целью уточнения локализации кисты и её взаимоотношения с окружающими органами, что помогало избежать их повреждения при пункции. Локализация кист: у 1 пациента была в головке железы (5%), у 18 (90%) в области тела органа и у 1 (5%) в области хвоста, ближе к воротам селезенки. Средний размер кистозного образования был 7-10 см в диаметре. Минимальный диаметр составил 3,5-4,0 см, при локализации кисты в головке железы. Максимальный – 20 см, при наличии кисты неправильной формы в виде «изогнутой гантели». Средний объем содержимого полученного при пункции составил 200 мл. Техника пункции и дренирования кисты поджелудочной железы состояла в следующем. Под местной анестезией, после визуализации жидкостного образования, выполнялась иглой Chiba диаметром 18-20G с эхопозитивной насечкой фирмы «СООК» пункция кистозного образования при помощи ультразвукового конвексного датчика (3,5 МГц) с пункционной насадкой на аппарате «Алока-500». Для дренирования кисты пользовались стилет-катетерами Хьюсмана диаметром 6-7F, Даусона-Мюллера с замком Mac-Loc диаметром 7F, при наличии густого содержимого кистозной полости пользовались двухпросветным стилет-катетером Ринга-Маклеана диаметром 16F.

Результаты и их обсуждение. Применение пункционного дренирования постнекротических кист поджелудочной железы позволило в большинстве случаев (у 16 пациентов (80%)) добиваться ее полной облитерации. После пункции кистозного образования производилась аспирация содержимого с последующим направлением его для анализа на амилазу и бактериологическое исследование. В 14 (70%) амилаза выпота была выше 200 г/час/л и ниже 200 г/час/л – у 6 (30%) больных. В 19 (95%) случаях бактериологическое исследование не дало роста микрофлоры и у 1 больного – *Enterococcus faecium*, *Staphylococcus haemolyticus*. У 2

(10%) пациентов при пункции было получено гнойное отделяемое в объеме 500–700 мл, что потребовало бужирования пункционного канала для установки дренажа диаметром 1 см с помощью бужей Амплатца фирмы СООК, диагноз постнекротическая киста был трансформирован в абсцесс сальниковой сумки, в последующем – выздоровление. У другой пациентки большие размеры кистозной полости и её двухкамерное строение 10x15 см и 10x12 см также потребовали установки дренажа большого диаметра при помощи бужей Амплатца, так как первичное дренирование стилет-катетером Хьюсмана не позволяло адекватно дренировать полость кисты. У 5 (25%) пациентов потребовалось повторное дренирование кисты в связи с ее рецидивом в течение 6 месяцев, что было обусловлено сообщением полости кисты с протоковой системой поджелудочной железы, в дальнейшем наступила облитерация кисты, при контрольном УЗИ исследовании жидкостных образований в проекции поджелудочной железы не выявлено. Сроки дренирования составляли 3-6 месяцев. Считаем, что при визуализации в полости кисты большого количества очагов детрита дренирование кисты стилет-катетерами противопоказано, так как диаметр катетера не позволяет адекватно дренировать и санировать полость кисты. В случае локализации кисты в головке поджелудочной железы ее небольшие размеры 3,5-4 см не позволили выполнить дренирование и пациент был оперирован с наружным дренированием. У одной пациентки первично была проведена только пункция кисты, учитывая малые сроки после панкреонекроза (1 месяц), однако при контрольном УЗИ исследовании выявлен рецидив кисты, что потребовало ее дренирования катетером Хьюсмана. Выявлено сообщение кисты с протоковой системой поджелудочной железы (амилаза отделяемого – 240 г/час/л). Считаем, что в случае образования панкреатического свища, следует выполнять резекцию поджелудочной железы с панкреатикоеюностомией.

Выводы. Пункционный метод лечения постнекротических кист поджелудочной железы является малоинвазивным методом, позволяющим в некоторых случаях избежать применения травматичного лапаротомного вмешательства.

## 229. К ВОПРОСУ О ВЛИЯНИИ МЕЗОДИЭНЦЕФАЛЬНОЙ МОДУЛЯЦИИ В ТЕРАПИИ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ

Репетий Н.Г., Матвеев А.А., Еремин Г.Г.

Кафедра военно-полевой терапии ГИУВ МО РФ, г. Москва

Актуальность. Механизмы влияния мезодиэнцефальной модуляции (МДМ-терапии) универсальны при различной патологии, перечень показаний для этого метода лечения достаточно широк, однако, недостаточно изучены вопросы применения МДМ-терапии при лечении больных хроническими респираторными заболеваниями, что требует более детального и углубленного рассмотрения, и являются особенно актуальными в настоящее время.

Цель работы. Изучение влияния МДМ-терапии в комплексном лечении больных ХОБЛ в период

обострения заболевания на фоне стандартной схемы лечения (Федеральная программа по лечению ХОБЛ, 2004).

**Материалы и методы.** Нами были обследованы 22 пациента в возрасте от 40 до 67 лет в период обострения хронической обструктивной болезни легких (ХОБЛ), при наличии дыхательной недостаточности 2-3 ст., в целях улучшения качества жизни этой категории больных, сокращения сроков госпитализации и продолжительности ремиссии. Этим больным в течение 30 минут через лобный и затылочный электроды подавался ток от 0,5 до 1,4 мА, состоящий из переменной и постоянной составляющей с фиксированным отношением по амплитуде и прямоугольной формой импульсов. Для контроля была подобрана группа также из 10 больных, которые получали стандартное лечение без использования МДМ-терапии (имитация процедур-плацебо). Перед началом лечения и через месяц больным выполнялась диагностическая бронхоскопия с забором проб бронхоальвеолярного лаважа на клеточный состав.

**Результаты.** Отмечено более быстрое в среднем на 2-3 дня снижение температуры, уменьшение явлений интоксикации, уменьшение одышки, улучшение настроения и сна. Положительная динамика клинического лечения подтверждалась результатами БАЛ, показателями 6-минутной пробы, общеклиническими данными, результатами исследования вентиляционной функции легких. В основной группе у 15 пациентов отмечено снижение количества нейтрофилов в среднем на  $18 \pm 1,3\%$  ( $p < 0,05$ ), в контрольной группе снижение на  $12 \pm 0,9\%$  наблюдалось у 11 пациентов ( $p < 0,05$ ). При спирографическом исследовании у больных основной группы отмечено увеличение ОФВ<sub>1</sub> в среднем на 70 мл больше, чем у пациентов контрольной группы. В основной группе осложнений и побочных эффектов МДМ-терапии не отмечено. Важным положительным результатом лечения явился отказ от курения 17 пациентов основной группы и 11 пациентов контрольной группы.

**Выводы.** Включение МДМ-терапии в комплексное лечение больных с ХОБЛ снижает выраженность воспалительного процесса в бронхах, увеличивает объём ОФВ<sub>1</sub>, уменьшает срок госпитализации в среднем на 2-3 дня.

### 230. ПРОГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ СИНДРОМА АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ В ПЕРИОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ ПРИ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ

Репникова Р.В., Голофаева О.И., Барбараш О.Л.

ГОУ ВПО «Кемеровская государственная медицинская академия», Областная клиническая больница, г. Кемерово, Россия

Патология желчевыводящих путей является достаточно распространенным заболеванием. С внедрением в клиническую практику эндовидеохирургической техники лапароскопическая холецистэктомия (ЛХЭ) стала «золотым стандартом» в лечении желчно-каменной болезни.

Достаточно часто артериальная гипертензия у больных хирургического профиля встречается в качестве сопутствующей патологии. Наличие артериальной гипертензии (АГ) и её декомпенсация в предоперационном периоде таят в себе повышенный риск развития пери- и послеоперационных осложнений.

**Цель исследования.** Оценить прогностическое значение синдрома артериальной гипертензии у пациентов, перенесших холецистэктомию.

**Материалы и методы.** Обследовано 409 пациентов (360 женщин и 49 мужчин), поступивших в хирургический стационар с целью проведения холецистэктомии по поводу калькулезного холецистита. В зависимости от наличия сердечно-сосудистой патологии выделено 2 группы: 1 группа - 167 пациентов (40,8%) с отсутствием АГ, 2 группа - 242 пациента (59,2%) с наличием АГ, из них впервые выявленная АГ - у 18 (4,5%).

У пациентов оценивались гемодинамические показатели: систолическое и диастолическое артериальное давление, частота сердечных сокращений (САД, ДАД, ЧСС), суточное мониторирование артериального давления (СМАД), степень компенсации АГ в предоперационном периоде, течение интра- и послеоперационного периодов.

**Результаты и их обсуждение.** При анализе средних значений САД, ДАД и ЧСС при поступлении, за 24 часа до операции и во время операции выявлено достоверное различие данных показателей у пациентов с наличием АГ, причем у 86 пациентов (35,5%) второй группы имела место декомпенсированная АГ в предоперационном периоде.

Оценивая течение послеоперационного периода у обеих групп пациентов, наибольшее количество осложнений зарегистрировано среди пациентов с наличием АГ. Так, у пациентов второй группы кардиологические осложнения преимущественно в виде нарушений ритма сердца (1,6%) и декомпенсации АД в предоперационном периоде (1,22%) встречались в 4,7 раз чаще, чем у пациентов без АГ, хирургические (в виде абсцесса (1,5%) и желчеистечения (1,2%)) – в 3,3 раза и гнойно-септические – в 2,8 раза.

Заслуживает внимания и факт декомпенсации АД в периоперационном периоде. Среди 242 пациентов с наличием АГ 18% составили пациенты с высокими цифрами АД в предоперационном периоде. Эти же больные в послеоперационном периоде имели достоверно большее количество осложнений, чем пациенты с коррегируемой АГ (кардиологические 11,8% и 1,9% соответственно, хирургические – 15,1% и 4,5% соответственно и гнойно-септические – 17,4% и 6,4% соответственно).

**Выводы.** Наличие синдрома АГ является фактором, определяющим вероятность развития послеоперационных осложнений у пациентов при ЛХЭ. Отсутствие адекватно коррегируемой АГ, регистрируемой на предоперационном этапе, приводит к достоверно более высокому риску развития не только сердечно-сосудистых катастроф, но также хирургических и гнойно-септических осложнений.

### 231. ВЛИЯНИЕ СИНДРОМА АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ НА РАЗВИТИЕ РАННИХ

## ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ У ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ ПЛАНОВУЮ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИЮ

Репникова Р.В., Голофаева О.И., Барбараш О.Л.

ГОУ ВПО «Кемеровская государственная медицинская академия», Областная клиническая больница, г. Кемерово, Россия

В настоящее время лапароскопический метод выполнения оперативных вмешательств широко используется в хирургической практике. Среди больных, поступающих в хирургическое отделение, встречаются пациенты, как с отсутствием общесоматической патологии, так и имеющие хронические расстройства разных систем организма.

Пациенты с сопутствующими заболеваниями относятся к группе повышенного операционно-анестезиологического риска. Среди них особое внимание следует уделять больным с сердечно-сосудистой патологией, среди которой наибольшую долю занимает артериальная гипертензия. Эпидемиологические исследования за последние 20 лет, свидетельствуют о том, что артериальная гипертензия встречается примерно у 30-40 % взрослого населения.

**Цель.** Оценить влияние артериальной гипертензии на частоту развития ранних послеоперационных осложнений у пациентов с холецистэктомией.

**Материалы и методы исследования.**

Ретроспективным методом проанализированы истории болезни 191 пациента, которым проведена лапароскопическая холецистэктомия. Из них 172 женщины (90%) и 19 мужчин (10%).

Пациенты разделены на 2 группы в зависимости от наличия и отсутствия артериальной гипертензии (АГ). В исследование включали пациентов от 45 до 59 лет (классификация ВОЗ).

Лица без АГ в анамнезе отнесены к 1 группе и составили 77 человека (40%). Пациенты, имеющие АГ в качестве сопутствующей сердечно-сосудистой патологии, 2 группа - 114 человека (60%). Средний возраст пациентов 1 группы был равен 50,4 (49,0;51,7) лет, 2 группы - 53,9 (53,1;54,7) лет. Пациенты с АГ представлены двумя подгруппами: с компенсированным (83 человека - 72,8%) и декомпенсированным (31 человек - 27%) уровнем артериального давления в предоперационном периоде.

**Результаты и их обсуждение.** При анализе послеоперационного периода в группе пациентов с наличием АГ регистрировалось большее количество послеоперационных осложнений, чем у пациентов без АГ, но эти различия не были достоверны (кардиологические - 2 (2,6%) и 5 (4,39%) соответственно,  $p=0,41$ ; хирургические - 3 (3,9%) и 6 (5,26%) соответственно,  $p=0,47$ ; гнойно-септические - 5 (6,49%) и 8 (7,02%) соответственно,  $p=0,56$ ). Однако достоверное увеличение частоты развития кардиологических и гнойно-септических осложнений было выявлено у пациентов с декомпенсацией АГ в послеоперационном периоде по сравнению с пациентами с компенсированным уровнем АГ (кардиологические - 1 (1,2%) и 4 (12,9%) соответственно  $p=0,01$ ; гнойно-септические - 2 (2,41%) и 6 (19,35%) соответственно,  $p=0,00$ ). Хирургические осложнения в данных группах

распределились следующим образом: 3 (3,61%) и 3 (9,68%),  $p=0,2$ .

**Выводы.** Таким образом, наличие АГ отягощает течение периоперационного периода. В свою очередь декомпенсация артериальной гипертензии в предоперационном периоде достоверно увеличивает риск развития ранних послеоперационных осложнений, прежде всего, кардиологических и гнойно-септических.

## 232. КУПИРОВАНИЯ КАРДИОТОКСИЧЕСКИХ ЭФФЕКТОВ У БОЛЬНЫХ, ПОЛУЧАЮЩИХ ПОЛИХИМИОТЕРАПИЮ ПУТЕМ ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ИВАБРАДИНА

Решина И.В., Калягин А.Н.

Иркутский государственный медицинский университет, Иркутский областной клинический онкологический диспансер, Иркутск, Россия

**Актуальность.** Онкологические заболевания являются одной из основных причин смертности в РФ и мире. В 2000 году по приблизительным подсчетам ВОЗ рак был впервые диагностирован у 11 млн., от онкологических заболеваний в том же году умерли 7 млн., общее число больных злокачественными опухолями любой локализации достигло 25 млн. человек. В мире к 2030 году прогнозируется рост заболеваемости раком в 3 раза, в РФ - в 4,5 раза. В онкологии широко применяется химиотерапия. В большинстве схем полихимиотерапии (ПХТ) на сегодняшний день присутствует препараты доксорубицин или цисплатин. В процессе лечения доксорубицином часто развивается кардиомиопатия: аритмии, тахисистолия, боли в области сердца, нестабильное АД. При применении цисплатина кардиотоксичность проявляется развитием инфаркта миокарда, аритмий и блокад. Среди факторов сердечно-сосудистого риска в настоящее время большое значение отдается числу сердечных сокращений (ЧСС). Развитие тахикардии при многих заболеваниях значительно ухудшает прогноз. Препарат ивабрадин (кораксан) является селективным ингибитором If-каналов синусового узла, вызывающим урежение ЧСС без отрицательного инотропного действия и влияния на AV-проводимость.

**Цель:** оценить эффективность применения ивабрадина с целью купирования кардиотоксических эффектов, развившихся в ходе противоопухолевой терапии.

**Материалы и методы.** Обследовано 95 случайно отобранных онкологических больных, получающих ПХТ (доксорубицин или цисплатин): 1-я группа (n=70) получала ивабрадин в дозе 10-15 мг в сутки; 2-я (n=25) - получали только метаболическую терапию (рибоксин, электролитные смеси). В первой и второй группе пациентов до начала ПХТ не было заболеваний системы кровообращения. Пациенты наблюдались в течение 6 недель (первый осмотр - включение в исследование, второй - через 6 недель, по необходимости проводились дополнительные осмотры). При включении пациентов всем обязательно проводились сбор жалоб, анамнеза, полный осмотр, ЭКГ, ЭхоКГ, измерялось АД, исследовался тропонин. Во время контрольного визита обязательно проводился осмотр и ЭКГ, другие исследования по потребности.

**Результаты.** Среди больных мужчины составили 47,1%, женщины – 52,9%, средний возраст 54,3±1,2. На момент включения в исследование у всех регистрировался синусовый ритм, выявлялись жалобы: сердцебиение – 94,8%, одышка – 85,3%, перебои в работе сердца – 71,6%, кардиалгии – 27,4%, нестабильное АД – 3,6%, отеки – 11,6%. ЧСС>85/мин наблюдалась в 6,3%, 90-99/мин – в 44,2%, 100-109/мин – в 26,3%, ≥ 110/мин – в 23,2%; средняя ЧСС всех пациентов 101,03± 1,8/мин. Средняя ЧСС в 1-й группе составила 103±2,2/мин, во 2-й группе - 100,32±2,1/мин. В 1-й группе выявлено значимое уменьшение частоты жалоб на сердцебиение (с 92,9 до 37,2%, z=5,8, p<0,001), на перебои в области сердца (с 70,0 до 21,4%, z=5,6, p<0,001), на одышку (с 84,3 до 35,3%, z=5,7, p<0,001). Средняя ЧСС после лечения в 1-й группе составила 73,7±2,1/мин (урегание на 30,2%), во 2-й группе – 94,2±2,7/мин (урегание на 9,0%).

**Выводы.** На фоне применения ивабрандина значимо уменьшились жалобы на сердцебиение, перебои в области сердца, одышку, было зафиксировано снижение показателей ЧСС ниже 76/мин, что соответствовало рекомендациям по проведению ПХТ.

### 233. ОСОБЕННОСТИ АРТЕРИАЛЬНОЙ РИГИДНОСТИ У ЖЕНЩИН С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ.

Рощина А.А., Кароли Н.А., Ребров А.П.

Кафедра госпитальной терапии, ГОУ ВПО «Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Росздрава», г. Саратов, Россия

**Актуальность:** современным методом, дающим важную информацию о механических свойствах артерий (жесткости или ригидности сосудистой стенки) является неинвазивная артериография, основанная на осциллометрическом методе измерения артериального давления (АД) и применяемая для прогнозирования ранних стадий атеросклероза и, следовательно, развития неблагоприятных сердечно-сосудистых событий.

**Цель работы:** оценка функционального состояния сердечно-сосудистой системы по характеристике механических свойств сосудов, в частности жесткости артерий у больных бронхиальной астмой (БА) в зависимости от пола.

**Материалы и методы:** обследован 91 пациент с бронхиальной астмой (БА), из них 21 мужчин и 70 женщин (средний возраст мужчин 44,0±13,6 лет; женщин 47,5±12,03). В обеих группах преобладали среднетяжелые и тяжелые формы БА. Больные были сопоставимы по длительности течения астмы. Группу контроля составили 102 здоровых добровольца сопоставимого возраста и пола. Программа обследования включала оценку основных характеристик ригидности артериальной стенки: скорость пульсовой волны в аорте (СПВА, м/с), брахиальный и аортальный индекс аугментации (ИА, %), относительный индекс коронарной перфузии (ИПС/ИПД - соотношения систолического и диастолического индексов площади, %) методом неинвазивной артериографии на артериографе TensioClinic TLI («TensioMed», Венгрия). Результаты представлены в виде среднего значения и стандартного отклонения для величин с нормированным

распределением признака в выборке (M±σ) и как медиана и диапазон процентилей (Me [25%; 75%]).

**Результаты:** в ходе обследования не выявлено достоверных отличий параметров ригидности у больных бронхиальной астмой в целом с группой контроля: брахиальный ИА=-17,85 [-42,00; 5,36], аортальный ИА=25,00 [14,69; 34,84], СПВА=9,66±3,13; ИПС/ИПД=0,86±0,19 в сравнении брахиальный ИА=-20,56 [-45,58; 2,15]; аортальный ИА=23,18 [12,91; 33,48], СПВА=8,86±2,69; ИПС/ИПД=0,94±0,33. Однако, отмечено значительное влияние пола пациентов на исследуемые маркеры артериальной жесткости. Наиболее выраженные нарушения механических свойств артерий было выявлено у больных БА женского пола, что достоверно отличалось от аналогичных параметров у мужчин с БА и здоровых лиц, кроме того, следует заметить, что у мужчин с БА показатели брахиального и аортального ИА были даже ниже в сравнении с контрольной группой.

У больных БА женского пола выявлена прямая линейная взаимосвязь между возрастом и параметрами жесткости артериальной стенки: брахиальным ИА (R=0,41, p<0,001), аортальным ИА (R=0,41, p<0,001), СПВА (R=0,57, p<0,001), что говорит об ухудшении механических свойств центральных артерий, повышении сосудистого сопротивления у женщин с возрастом, что вероятно, объясняется необратимым характером изменений вазорегуляции. Избыточная ригидность артерий наблюдалась у женщин в возрасте 50-60 лет.

Установлена прямая взаимосвязь с исходными параметрами систолического артериального давления (САД) и брахиальным, аортальным ИА (R=0,41, R=0,41, p<0,001 соответственно), СПВА (R=0,24, p<0,05), а так же диастолического артериального давления (ДАД) и брахиальным, аортальным ИА (R=0,45, R=0,44, p<0,001 соответственно), СПВА (R=0,27, p<0,05). Отмечено влияние длительности курения на скорость распространения пульсовой волны в аорте (R=0,71, p<0,05). Обнаружено закономерное увеличение СПВА и индекса ИПС/ИПД, нарастающее с увеличением тяжести дыхательной недостаточности пациентов с бронхиальной астмой женского пола (R=0,26; R=0,3, p<0,05).

**Выводы:** установлена избыточная артериальная ригидность у больных астмой женского пола и, следовательно, ухудшение функции артерий по сравнению с мужчинами, страдающими БА и здоровыми лицами. Показана значимость возраста, АД и курения в изменении исследуемых показателей артериальной ригидности. Доказанное ухудшение коронарной перфузии и повышение жесткости артерий у женщин с БА наблюдалось на фоне нарастания степени дыхательной недостаточности, что позволяет выделить эту категорию больных в группу повышенного риска кардиоваскулярных осложнений.

### 234. ОПТИМИЗАЦИЯ ВОССТАНОВИТЕЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ДУОДЕНАЛЬНОЙ ЯЗВОЙ, АССОЦИИРОВАННОЙ С HELICOBACTER PYLORI

Рустамов М.Н.

УЗ «Минский консультационно-диагностический центр», г. Минск, Республика Беларусь

**Цель исследования.** Изучение реабилитационных возможностей комбинированного применения питьевых минеральных вод, пробиотиков и антисекреторных препаратов у больных дуоденальной язвой, ассоциированной с *Helicobacter pylori*.

**Материалы и методы.** Обследовано 122 больных с *Helicobacter pylori* – позитивной дуоденальной язвой в возрасте от 20 до 60 лет, женщин – 54, мужчин – 68. Больные были рандомизированы на три группы. Всем пациентам до и после курса лечения проведена фиброгастродуоденоскопия с биопсией, микробиологическое исследование фекалий на дисбиоз. В первую группу включены 44 пациента, которые получали кларитромицин по 500 мг, амоксициллин по 1000 мг и омепразол по 20 мг - все 2 раза в сутки в течение 10 дней, затем омепразол по 20 мг 2 раза в течение 20 дней. Вторая группа представлена 40 пациентами, которые получали то же лечение, с добавлением пробиотика бифовал по одной капсуле в день. Бифовал является современным представителем пробиотиков, каждая капсула которого содержит 3,025 миллиарда живых лиофилизированных бактерий *Lactobacillus bulgaricus* DDS-14, *Lactobacillus rhamnosus*, *Lactobacillus acidophilus* DDS-1 и бактерий *Bifidobacterium bifidum*, стойких к антибиотикам. В просвете кишечника препарат поддерживает, регулирует и стимулирует физиологическую деятельность микроорганизмов, продуцирует молочную кислоту, губительную для патогенной флоры. Третья группа в количестве 38 пациентов получала бифовал по одной капсуле в день, омепразол 20 мг 1 раз в сутки и углекислую хлоридно-гидрокарбонатную натриевую питьевую минеральную (минерализация 8,0-10,0 г/л) воду Эссендуки № 4 по 2/3 стакана 3 раза в день за 90 минут до приема пищи, дегазированную, подогретую до 38<sup>0</sup> С. Лечение во всех группах проводили в течение одного месяца.

**Результаты и их обсуждение.** Клиническая картина дуоденальной язвы до лечения была типичной для фазы обострения, которая выражалась в болевом синдроме у 82%, диспепсических жалобах у 70% во всех трех группах. У 62 % больных до лечения был выявлен дисбиоз различной степени, который выражался в снижении уровня облигатной группы бактерий (93%) и повышении уровня условно патогенной микрофлоры (71%). На фоне эрадикационной терапии у 49% больных первой группы возрастала частота имеющихся диспепсических жалоб, связанных с приемом антибиотиков, у 42% больных такие жалобы появились впервые на фоне проводимой терапии и сохранялись еще в течение 1,5 месяца после лечения. Больные второй группы отмечали исчезновение диспепсических жалоб в 75%, уменьшение в 20 % и без динамики в процессе лечения в 5% случаев. Больные третьей группы отмечали исчезновение диспепсических жалоб в 79%, уменьшение в 21 % случаев. У больных третьей группы достоверно улучшился кишечный микробиоценоз. Во второй группе достоверно уменьшилось количество больных с дисбиозом, который определялся до лечения, но в 8% случаев появились новые случаи дисбиоза. В первой группе наблюдалось достоверное увеличение количества больных с дисбиозом кишечника и усугубление степени дисбиоза. Эрадикация *Helicobacter pylori* составила

68,18%, 82,5% и 81,57% в первой, во второй и третьей группах соответственно. Эндоскопический контроль показал, что у больных третьей группы заживление дуоденальной язвы происходило в 89% случаев, что на 6% и 9% эффективнее, чем во второй и первой группах соответственно.

**Выводы.** Применение стандартной схемы эрадикационной терапии вызывает нарушение кишечного микробиоценоза, усугубляет имеющийся дисбиоз, увеличивает частоту диспепсических жалоб, связанных с приемом антибиотиков, у 42% больных появляются такие жалобы на фоне проводимой терапии. Добавление пробиотиков к традиционной эрадикационной терапии повышает эффективность эрадикации *Helicobacter pylori*, несколько улучшает переносимость лечения, кишечный микробиоценоз, однако вызывает новые случаи дисбиоза, лечение становится более дорогостоящим. Комбинированное применение питьевых минеральных вод, пробиотиков и антисекреторных препаратов является наиболее оптимальной, безопасной и экономичной методикой при лечении больных дуоденальной язвой, которая позволяет снизить дозу антисекреторных препаратов, повысить эффективность лечения.

### 235. ВЛИЯНИЕ МИНЕРАЛЬНЫХ ВОД НА ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ И РЕПАРАТИВНЫЕ ПРОЦЕССЫ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЙ ЗОНЫ У БОЛЬНЫХ ДУОДЕНАЛЬНОЙ ЯЗВОЙ

Рустамов М.Н.

УЗ «Минский консультационно-диагностический центр», г. Минск, Республика Беларусь

**Цель исследования.** Изучение особенностей действия питьевых минеральных вод на функциональное состояние и репаративные процессы гастродуоденальной системы у больных дуоденальной язвой.

**Материалы и методы.** Обследовано 96 больных дуоденальной язвой в фазе затухающего обострения, в том числе 64 мужчин, 32 женщин в возрасте 22-53 лет с длительностью заболевания свыше 5 лет. В качестве лечебного фактора больные получали только хлоридную натриевую питьевую минеральную воду в виде монотерапии по ¾ -1 стакана три раза в день за 1,5 ч. до приема пищи, в подогретом (38<sup>0</sup>С), дегазированном виде, в течение 25-26 дней. Всем больным до и после курса лечения проведено эндоскопическое исследование, внутрижелудочная и внутриводенальная рН-метрия. Результаты исследований были обработаны методом вариационной статистики с определением критерия Т Стьюдента-Фишера.

**Результаты и их обсуждение.** Все больные хорошо перенесли курс питьевого лечения. У 97,5% больных отмечено исчезновение болей в эпигастральной области. Изжога и отрыжка исчезли у 91,4% больных. Результаты рН-метрии после проведенного курса лечения показали существенное увеличение базальных значений рН в теле, антральном отделе желудка и двенадцатиперстной кишке по сравнению с показателями, определяемыми до лечения. В теле желудка до лечения у больных с показателями рН, соответствующему гиперацидному состоянию, составляли в среднем 1,08±0,02, а после

лечения  $1,94 \pm 0,2$ ,  $p < 0,001$ , т.е. базальная кислотность существенно снизилась до нормального уровня. Такие же сдвиги произошли в антральном отделе желудка, что свидетельствует об улучшении кислотонейтрализующей функции этого отдела. Особенно важно наступившее в результате лечения уменьшение закисления двенадцатиперстной кишки: у больных со значениями pH  $3,33 \pm 0,2$  оно существенно увеличилось и составляло уже  $5,26 \pm 0,27$ ,  $p < 0,001$ .

Полученные данные указывают на снижение базальной кислотности в желудке, улучшение ошелачивающей функции антрального отдела желудка и уменьшение ацидификации двенадцатиперстной кишки после лечения минеральной водой. Эндоскопический контроль показал, что полное рубцевание дуоденальной язвы за срок 25-26 дней наблюдался у 66,5% больных, и еще у 23,5% больных встречалась положительная динамика, т.е. уменьшались размеры язвенного дефекта.

Таким образом, питьевые минеральные воды при их назначении за 1,5 часа до приема пищи снижают продукцию соляной кислоты в желудке, стимулируют трофические процессы слизистой гастродуоденальной системы у больных дуоденальной язвой.

**Выводы.** Питьевые минеральные воды могут с успехом применяться при восстановительном лечении больных с дуоденальной язвой в качестве основного лечебного фактора.

Такое лечение показано больным, которые по тем или иным причинам не могут принимать медикаментозные средства, ввиду наличия сопутствующих заболеваний, аллергии и резистентности к лекарственным препаратам.

### 236. ПРИМЕНЕНИЕ ПРОБИОТИКОВ ПРИ КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ HELICOBACTER PYLORI - АССОЦИИРОВАННОЙ ДУОДЕНАЛЬНОЙ ЯЗВОЙ

Рустамов М.Н.

УЗ «Минский консультационно-диагностический центр», г. Минск, Республика Беларусь

**Цель исследования.** Определить роль и место пробиотиков при комплексном лечении больных Helicobacter pylori - ассоциированной дуоденальной язвой.

**Материалы и методы.** Обследовано 84 больных с Helicobacter pylori – ассоциированной дуоденальной язвой в возрасте от 20 до 60 лет, женщин – 43, мужчин – 41. Больные были рандомизированы на две группы. Всем пациентам до и после курса лечения проведена фиброгастродуоденоскопия с биопсией, микробиологическое исследование фекалий на дисбиоз. В первую группу включены 44 пациента, которые получали кларитромицин по 500 мг, амоксициллин по 1000 мг и омепразол по 20 мг - все 2 раза в сутки в течение 10 дней, затем омепразол по 20 мг 2 раза в течение 20 дней. Вторая группа представлена 40 пациентами, которые получали то же лечение, с добавлением пробиотика бифовал по одной капсуле в день. Бифовал является современным представителем пробиотиков, каждая капсула которого содержит 3,025 миллиарда живых лиофилизированных бактерий Lactobacillus bulgaricus DDS-14, Lactobacillus rhamnosus,

Lactobacillus acidophilus DDS-1 и бактерий Bifidobacterium bifidum, стойких к антибиотикам. В просвете кишечника препарат поддерживает, регулирует и стимулирует физиологическую деятельность микроорганизмов, продуцирует молочную кислоту, губительную для патогенной флоры. Лечение в обеих группах проводили в течение одного месяца.

**Результаты и их обсуждение.** Клиническая картина дуоденальной язвы до лечения была типичной для фазы обострения, которая выражалась в болевом синдроме у 82%, диспепсических жалобах у 70% в обеих трех группах. У 62 % больных до лечения был выявлен дисбиоз различной степени, который выражался в снижении уровня облигатной группы бактерий (93%) и повышении уровня условно патогенной микрофлоры (71%). На фоне эрадикационной терапии у 49% больных первой группы возрастала частота имеющихся диспепсических жалоб, связанных с приемом антибиотиков, у 42% больных такие жалобы появились впервые на фоне проводимой терапии и сохранялись еще в течение 1,5 месяца после лечения. Больные второй группы отмечали исчезновение диспепсических жалоб в 75%, уменьшение в 20 % и без динамики в процессе лечения в 5% случаев. Во второй группе достоверно уменьшилось количество больных с дисбиозом, который определялся до лечения, но в 8% случаев появились новые случаи дисбиоза. В первой группе наблюдалось достоверное увеличение количества больных с дисбиозом кишечника и усугубление степени дисбиоза. Эрадикация Helicobacter pylori составила 68,18% и 82,5% в первой и во второй группах соответственно. Эндоскопический контроль показал, что у больных второй группы заживление дуоденальной язвы происходило в 83% случаев, что на 3% эффективнее, чем в первой группе.

**Выводы.** Применение стандартной схемы эрадикационной терапии вызывает нарушение кишечного микробиоценоза, усугубляет имеющийся дисбиоз, увеличивает частоту диспепсических жалоб, связанных с приемом антибиотиков, у 42% больных появляются такие жалобы на фоне проводимой терапии.

Добавление пробиотиков к традиционной эрадикационной терапии повышает эффективность эрадикации Helicobacter pylori, несколько улучшает переносимость лечения, кишечный микробиоценоз, уменьшает побочные эффекты, связанные с приемом антибиотиков, а также повышает комплаенс пациентов.

### 237. ИЗМЕНЕНИЕ ЭНДОКРИННОЙ РЕГУЛЯЦИИ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЙ СИСТЕМЫ У БОЛЬНЫХ ГАСТРОДУОДЕНИТОМ И ДУОДЕНАЛЬНОЙ ЯЗВОЙ ПОД ВЛИЯНИЕМ ПИТЬЕВЫХ МИНЕРАЛЬНЫХ ВОД

Рустамов М.Н.

УЗ «Минский консультационно-диагностический центр», г. Минск, Республика Беларусь

**Цель исследования.** Изучение влияния питьевых минеральных вод на эндокринную регуляцию гастродуоденальной системы у больных гастродуоденитом и дуоденальной язвой.

**Материалы и методы.** Под наблюдением находились 197 больных с гиперацидным синдромом: 132 –

хроническим гастродуоденитом, 60 – дуоденальной язвой и 5 – с двухсторонней поддиафрагмальной ваготомией. Больные в курсе лечения принимали только сульфатную кальциево-магниевую-натриевую минеральную воду в виде монотерапии за 1,5 часа до приема пищи в течение 26 дней. Всем больным до и после курса лечения проведено определение содержания интестинального гормона гастрин в крови, эндоскопическое исследование, внутрижелудочная и внутриваготальная рН-метрия. Результаты исследований были обработаны методом вариационной статистики с определением критерия Т Стьюдента-Фишера.

Результаты и их обсуждение. Установлено, что после проведенного курса лечения базальные показатели рН в теле, антральном отделе желудка и двенадцатиперстной кишки существенно повысились, т.е. произошло достоверное уменьшение кислотности в желудке ( $p < 0,01$ ) до нормальных величин. Мы провели исследование влияния однократного приема 200,0 мл минеральной воды на показатели рН двенадцатиперстной кишки у 5 больных с двухсторонней поддиафрагмальной ваготомией. При этом до и после лечения оказалось, что у больных с полностью пересеченными обоими блуждающими нервами после приема минеральной воды воспроизвелся описанный выше ощелачивающий эффект в двенадцатиперстной кишке, что может быть обусловлено только выделением щелочного панкреатического сока, стимулированного секретинном. Применительно к клинике это проявляется в известном свойстве секретина и панкреозимина тормозить секрецию соляной кислоты, усиливать выработку желудочной слизи с ее защитными свойствами, улучшать гастродуоденальную моторику, оказывать трофическое действие на слизистую желудка, улучшать кровоток в сосудах желудка. Прямым радиоиммунологическим методом нами выявлено увеличение содержания интестинального гормона гастрин в крови под влиянием однократного приема минеральной воды у 44% больных. После курса проведенного лечения наблюдалось достоверное увеличение содержания гастрин в крови с  $45,73 \pm 1,93$  нг/л до  $55,6 \pm 2,79$  нг/л,  $p < 0,01$ , т.е. до величин, не превышавших показателей нормы. Физиологическое действие гастрин многообразно: он способствует стимуляции секреции соляной кислоты, усилению моторики желудка, выделению сока поджелудочной железы и желчи, а также усиливает синтез белка, улучшает кровоток в слизистой желудка, регулирует давление в пищеводно-желудочном сфинктере, обладает трофическим действием.

Выводы. Минеральные воды приводят к торможению секреторной функции гастродуоденальной системы сложным путем, в механизме которого, очевидно, лежит процесс активации интестинальных гормонов, в частности, гастрин и секретин.

Секретин обладает способностью тормозить выделение соляной кислоты желудочными железами, чем на наш взгляд, можно объяснить снижение кислотности после приема минеральной воды.

Можно полагать, что лечебный эффект питьевых минеральных вод во многом связан с их способностью активировать деятельность эндокринной системы пищеварительного тракта.

### 238. ВЗАИМОСВЯЗЬ ЖКБ И ГАСТРОЭЗОФАГИАЛЬНОГО РЕФЛЮКСА

Рыжкова О.В.

МСЧ ОАО «Татнефть» г.Альметьевск, Альметьевск, Россия

Цель исследования: проанализировать частоту встречаемости гастроэзофагеальнорефлюксной болезни (ГЭРБ) у больных с желчекаменной болезнью (ЖКБ).

Материалы и методы: обследовано 1154 работников ОАО «Татнефть» в возрасте от 20 до 65 лет: 526 женщин (45,6%) и 628 мужчин (54,4%) ( $p > 0,05$ ). Средний возраст  $44,7 \pm 0,3$  лет (женщин  $44,2 \pm 0,3$  лет, мужчин  $44,2 \pm 0,4$  лет,  $p > 0,05$ ). Всем выполнена УЗИ органов брюшной полости, ФГДС, проведен ряд стандартных исследований (общий анализ крови, мочи, функциональные печеночные пробы, определение липидного спектра крови).

Результаты исследования среди обследованных лиц камни желчного пузыря выявлены у 200 человек (17,3%) (у 131 женщины (24,9%) и 69 мужчин (10,9%) ( $p < 0,05$ ).

Предъявляли жалобы на изжогу и отрыжку кислым 75 (37,5%) больных с ЖКБ (51 (68%) женщина и 24 (32%) мужчины).

При ФГДС ГЭРБ I стадии выявлена в 16 (8%) случаях (у 8 (50%) женщин 8 (50%) мужчин. ГЭРБ II стадии - в 9 (4,5%) случаях (4 (44%) женщин, 5 (56%) мужчин. ГЭРБ III стадии выявлена у 1 (0,5%) пациента.

Выводы.

1. Выявлена высокая распространенность ЖКБ среди нефтяников Татарстана – 17,3%.

2. Эндоскопически позитивная ГЭРБ отмечена у 26 (13%) больных ЖКБ (у 12 (9,1%) женщин и 14 (20,2%) мужчин).

3. Эндоскопически негативная ГЭРБ выявлена у 75 (37,5%) больных ЖКБ (у 51 (39%) женщины, 24 (35%) мужчины).

### 239. ОЦЕНКА ФУНКЦИИ ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ У БОЛЬНЫХ ЖКБ МЕТОДОМ ГАММАСЦИН-ТИГРАФИИ

Рыжкова О.В.

МСЧ ОАО «Татнефть» г.Альметьевск, Альметьевск, Россия

Цель работы: оценить двигательную функцию желчного (ДФЖ) пузыря у больных желчнокаменной болезнью (ЖКБ).

Материалы и методы: динамическая скинтиграфия (ДС) с бромезидой,  $^{99m}\text{Tc}$  выполнена 41 пациенту с ЖКБ (32 (78%) женщинам и 9 (22%) мужчинам). Средний возраст больных составил  $45,2 \pm 1,6$  лет (женщин -  $46,7 \pm 1,7$  лет, мужчин -  $42,5 \pm 3,2$  лет). В 7 (17%) случаях выявлены одиночные камни желчного пузыря 10-15 мм. У большинства обследованных – у 34 (83%) имелись множественные желчные конкременты в диаметре от 5 до 17 мм. ДС проводили натощак, в положении лежа на спине. Пациенту давали желчегонный завтрак (2 яичных желтка) через 30-40 минут после инъекции препарата. Бромезида,  $^{99m}\text{Tc}$  вводилась внутривенно непосредственно перед исследованием из расчета 1,1 МБк на 1 кг веса тела.

Результаты исследования: ДФЖ составила 22,1±0,7% (у женщин 19,9±1,1%, мужчин 24,5±0,3%, p<0,05). У больных с одиночным конкрементом желчного пузыря ДФЖ – 23,9±0,9%, с множественными – 18,8±1,2%, p<0,05.

Выводы.

1. При ЖКБ выявлена гипомоторная дискинезия желчного пузыря, что проявляется уменьшением выведение радиофармпрепарата из желчного пузыря после приема желчегонного завтрака при сохраненной проходимости пузырного и общего желчного протоков и составляет 22,1±0,7% за 30 минут его сокращения.

2. У женщин показатели ДФЖ достоверно меньше, чем у мужчин.

3. При множественном холецистолитиазе сократимость желчного пузыря снижена.

**240. ЭПИДЕМИЧЕСКИЙ ПРОЦЕСС ПРИ ВИРУСНЫХ ГЕПАТИТАХ В Г.СЕМЕЙ**

Рахыпбеков Т.К., Шаймарданов Н.К., Маукаева С.Б., Сыздыкова М.М., Жумабаева Г.Т., Рахимжанова Ф.С.

Государственный медицинский университет г.Семей, Управление Департамента Госсанэпиднадзора Министерства здравоохранения Республики Казахстан Восточно-Казахстанской области по г.Семей, город Семей, Республика Казахстан

Цель исследования: изучение тенденции в развитии эпидемического процесса при вирусных гепатитах в г. Семей.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ заболеваемости вирусными гепатитами на территории г. Семей с 2000 по 2009 гг. по материалам Управления Департамента Госсанэпиднадзора Министерства здравоохранения Республики Казахстан Восточно-Казахстанской области по г.Семей. Результаты исследования обработаны общепринятыми методами статистики.

Результаты и их обсуждение. В г.Семей за период с 2000 по 2009 годы наблюдалось снижение уровня заболеваемости вирусными гепатитами (ВГ), за исключением 2007 и 2008 годов, когда выросла заболеваемость вирусным гепатитом А (ВГА). За истекшие 10 лет заболеваемость снизилась с 116,9 0/0000 до 15,3 0/0000 (в 7,6 раз) и составила: 2000 год – 346 случаев (116,9 0/0000); 2001 год – 299 случаев (101,0 0/0000); 2002 год – 150 случаев (50,7 0/0000); 2003 год – 117 случаев (39,4 0/0000); 2004 год – 88 случаев (29,2 0/0000); 2005 год – 74 случая (24,3 0/0000); 2006 год – 59 случаев (19,2 0/0000); 2007 год – 152 случая (49,2 0/0000); 2008 год – 142 случая (45,6 0/0000); 2009 год – 48 случаев (15,3 0/0000).

В структуре ВГ преобладали ВГА (в среднем 58,9% с максимумом – в 2008 году (89,4%) и с минимумом – 30,5% в 2006 году). С 2000 по 2009 годы показатели заболеваемости ВГА снизились до 2007 года с 75,7 до 5,9 0/0000 (в 12,8 раз), в 2007 году повысились до 43,4 0/0000, в 2008 – 40,8 0/0000 и в 2009 году вновь снизились до уровня 13,7 0/0000. В возрастной структуре ВГА преобладали дети до 14 лет (в среднем 56,8%), школьники (в среднем 57,0%), городские жители (в среднем 93,3%). Пик заболеваемости приходился на первый и четвертый квартал года (в среднем 36,9% и

35,8% соответственно). Контактно-бытовой путь реализовался чаще, в среднем 57%.

Результаты многолетней динамики заболеваемости ВГ выявили выраженный темп снижения заболеваемости ВГА за последние годы, средне- годовой темп – 11,6%. Пик активности эпидемического процесса приходился на 1998 (254,7) Согласно расчетным данным ожидался подъем заболеваемости в 2006 году в 1,7 раза. Рост заболеваемости начался со 2 декады декабря 2006 года (сдвиг на 2 месяца). Низкий уровень заболеваемости за последние годы (200-2006 годы) привел к снижению напряженности популяционного иммунитета, к накоплению восприимчивых лиц.

Уровень заболеваемости ВГВ за последние 10 лет снизился с 41,2 на 100 тысяч населения до 1,6 (на 96,1%): 2000 год – 122 (41,2 0/0000); 2001 год – 110 (37,1 0/0000); 2002 год – 74 (25,0 0/0000); 2003 год – 63 (21,2 0/0000); 2004 год – 52 (17,3 0/0000); 2005 год – 43 (14,2 0/0000); 2006 год – 39 (12,7 0/0000); 2007 год – 14 (4,5 0/0000); 2008 год – 11 (3,5 0/0000); 2009 год – 5 (1,6 0/0000). Снижение заболеваемости ВГВ связано с введением программы иммунизации против гепатита В в стране с 1997 года. Среди заболевших ВГВ отмечено сокращение удельного веса больных, у которых заражение этими вирусами произошло при проведении парентеральных вмешательств. Вместе с тем в последние годы отмечен резкий рост числа больных ВГВ, заражение которых произошло в результате контактно-полового пути, внутривенного введения наркотиков или не установлено. Дети до 14 лет составили 5,9%, Преобладали больные в возрасте 20-29 лет – 50,8%, не работающие – 45,2%, городские жители – 91,0%, мужчины – 56,1%.

За исследуемый период регистрировались вирусные гепатиты С (ВГС) с подъемом заболеваемости в 2004 году (10,2 0/0000).

На фоне снижения заболеваемости острыми вирусными гепатитами отмечался рост заболеваемости хроническими вирусными гепатитами с максимумом в 2006 году (12,7 на 100 тыс. населения). Хронический вирусный гепатит С наблюдался в 63,7% в среднем.

Выводы. С введением плановой вакцинации с 1997 года закономерно снизился уровень заболеваемости ВГВ. На этом фоне отмечается неуклонный рост заболеваемости хроническими вирусными гепатитами. Отмечается изменение структуры путей передачи ВГВ. Реже встречается парентеральный и профессиональный путь заражения ВГВ. За период 2000-2009 гг. наметилась тенденция к стабилизации эпидемического процесса при острых вирусных гепатитах с парентеральным механизмом заражения при росте показателей хронических форм болезни. В эпидемический процесс преимущественно вовлечено социально не адаптированное, городское население. При наличии проблемы наркомании сохраняется серьезный прогноз по парентеральным вирусным гепатитам.

**241. СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ВИРУСНЫМИ ГЕПАТИТАМИ В РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН**

Рахыпбеков Т.К., Шаймарданов Н.К., Маукаева С.Б., Диканбаев А.Ш., Жумабаева Г.Т.

Государственный медицинский университет г. Семей, Управление Департамента Госсанэпиднадзора Министерства здравоохранения Республики Казахстан Восточно-Казахстанской области по г. Семей, город Семей, Республика Казахстан

Цель исследования: провести сравнительный анализ заболеваемости вирусными гепатитами в различных регионах Республики Казахстан.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ заболеваемости вирусными гепатитами в различных регионах Республики Казахстан за период с 2000 по 2007 гг. по материалам статистического сборника «Здоровье населения Республики Казахстан и деятельность организаций здравоохранения». Результаты исследования обработаны общепринятыми методами статистики.

Результаты и их обсуждение. В Республике Казахстан за период с 2000 по 2007 годы наблюдалось снижение уровня заболеваемости вирусными гепатитами в 2,4 раза: 2000 год – 185,6 0/0000; 2001 – 141,1 0/0000; 2002 – 87,8 0/0000; 2003 – 65,7 0/0000; 2004 – 79,5 0/0000; 2005 – 65,6 0/0000; 2006 – 62,48 0/0000; 2007 – 76,94 0/0000. Максимальный показатель наблюдался в 2000 году – 185,6 0/0000, а минимальный – в 2006 году (62,48 0/0000).

Республика Казахстан относится к региону с высокой эндемичностью распространения вирусных гепатитов. Ежегодно, в разных областях республики от 60 до 90 % случаев заболеваний приходится на вирусный гепатит А, наиболее высокий уровень ее регистрируется среди детей младших возрастов. В ряде регионов регистрируются водные вспышки, с последующим распространением инфекции контактно-бытовым путем.

Самая высокая заболеваемость вирусными гепатитами отмечалась в южных областях республики. В Кызыл-ординской области показатели заболеваемости вирусными гепатитами превышали республиканские в 2,5 раза. За период с 2000 по 2007 годы в области отмечалось постепенное снижение заболеваемости вирусными гепатитами (в 5,3 раза) с максимального показателя 604,2 на 100 тысяч населения в 2000 году до 114,1 в 2007 году: 2000 год – 604,2 0/0000; 2001 – 371,8 0/0000; 2002 – 184,8 0/0000; 2003 – 138,8 0/0000; 2004 – 177,44 0/0000; 2005 – 181,3 0/0000; 2006 – 143,8 0/0000; 2007 – 114,1 0/0000.

Более низкие показатели заболеваемости вирусными гепатитами наблюдались в северных, западных и восточных регионах страны. В Восточно-Казахстанской области показатели заболеваемости были ниже республиканских в 2,1 раза. Максимальный показатель был в 2000 году – 116,9 0/0000, а минимальный – в 2006 году (26,4 0/0000). В 2000 году показатель составил 77,0 0/0000; в 2001 – 73,3 0/0000; в 2002 – 55,4 0/0000; в 2003 – 37,4 0/0000; в 2004 – 26,58 0/0000; в 2005 – 27,6 0/0000; в 2006 – 26,4 0/0000; в 2007 – 45,12 0/0000.

Выводы. Колебания показателей заболеваемости вирусными гепатитами в Казахстане объясняются высокой заболеваемостью вирусным гепатитом А в южных областях (водный путь). Снижение заболеваемости вирусными гепатитами в Казахстане связано с эффективным проведением профилактических и противоэпидемических мероприятий, в частности снижение уровня заболеваемости вирусным гепатитом В

произошло после введения плановой вакцинации с 1997 года.

#### 242. ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ДИНАМИКИ БИОХИМИЧЕСКИХ ПАРАМЕТРОВ ГЕПАТОПРОТЕКТОРНОГО ЭФФЕКТА ПРЕПАРАТОВ ИЗ БИОМАСС КЛЕТОЧНЫХ КУЛЬТУР ФИТОАДАПТОГЕНОВ СЕМЕЙСТВА АРАЛИЕВЫХ

Рябков А.Н.

Государственный медицинский университет, г. Рязань, Россия

Цель работы. Изучение сравнительной выраженности влияния препаратов из биомасс клеточных культур растений семейства аралиевых – женьшеня и полисиаса папоротниколистного – на биохимические проявления токсического гепатита.

Материалы и методы. Токсический гепатит моделировали у нелинейных половозрелых крыс-самцов токсическими дозами тетрахлорметана (трехдневное внутримышечное введение 50%-го масляного раствора в дозе 0,2 мл/100 г). В препаратных сериях животным в течение десяти дней до инъекций гепатотоксина и в течение трех дней наряду с ними внутрь через желудочный зонд вводили водные препараты женьшеня и полисиаса папоротниколистного, приготовленные после деалкоголизации соответствующих настоек, в дозе 0,5 мл/100 г. Выраженность патологического процесса в печени в контрольной и препаратной сериях оценивалась по значениям активности ряда ферментов (аспартатаминотрансферазы, аланинаминотрансферазы, гамма-глутамил-транспептидазы) и концентраций метаболитов (общего белка, мочевины, глюкозы) сыворотки крови, а так же по динамике некоторых показателей интенсивности перекисного окисления липидов в печеночной ткани – основного патогенетического звена тетрахлорметанового гепатита (концентрация малонового диальдегида и сульфгидрильных групп, значениям активности НАДФ-Н-зависимого и аскорбат-зависимого перекисного окисления липидов).

Результаты. В препаратных сериях установлено статистически подтвержденное снижение степени биохимических изменений по сравнению с серией «гепатит». При этом по большинству регистрируемых биохимических параметров это действие оказалось более значимым в случае применения препарата из биомассы культуры ткани полисиаса папоротниколистного.

Выводы. Препарат из биомассы культуры ткани полисиаса папоротниколистного обладает достаточно выраженным гепатопротекторным эффектом, что расширяет его фармакодинамическую характеристику.

#### 243. СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ ФИТОПРЕПАРАТОВ НОВЫХ БИОТЕХНОЛОГИЙ ПРИ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОМ ПОРАЖЕНИИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ АЛЛОКСАНОМ

Рябков А.Н.

Государственный медицинский университет, г. Рязань, Россия

**Цель работы.** Анализ сравнительной выраженности антиоксидантного действия препаратов из биомасс клеточных культур растений семейства аралиевых – женьшеня (ЖШ) и полисиаса папоротниколистного (ПП) при экспериментальном поражении поджелудочной железы аллоксаном.

**Материалы и методы.** В гомогенате ткани поджелудочной железы половозрелых крыс-самцов проводили определение концентрации малонового диальдегида (МДА), активности НАДФ-Н-зависимого и аскорбат-зависимого перекисного окисления липидов (НАДФ-Н-ПОЛ и АСК-ПОЛ) через сутки после введения им токсической дозы аллоксана (130 мг/кг, внутримышечно, однократно) и на фоне превентивного курсового назначения препаратов из биомасс ЖШ и ПП (5 мл/кг каждый, внутрь, в течение 14 дней до введения аллоксана).

**Результаты.** Через сутки после инъекции аллоксана отмечена значительная активация перекисного окисления липидов в ткани поджелудочной железы, проявившаяся достоверным увеличением всех регистрируемых показателей (МДА – 253% от контроля, НАДФ-Н-ПОЛ – 367%, АСК-ПОЛ – 448%). У животных, получавших до инъекции аллоксана препарат из биомассы ЖШ, была установлена меньшая степень усиления липопероксидации (МДА – 166%, НАДФ-Н-ПОЛ – 220%, АСК-ПОЛ – 358%). Ещё более выраженный антиоксидантный эффект зафиксирован после превентивного назначения препарата из биомассы ПП (МДА – 121%, НАДФ-Н-ПОЛ – 160%, АСК-ПОЛ – 239%), что достоверно превышает выраженность оцениваемого действия препарата из биомассы ЖШ.

**Выводы.** Панкреопротективное действие препаратов растений семейства аралиевых новых биотехнологий при моделируемой экспериментальной патологии во многом предопределено их антиоксидантными свойствами, повышающими устойчивость поджелудочной железы к токсическому действию аллоксана.

#### 244. ИЗМЕНЕНИЯ БИОМЕХАНИКИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ У БОЛЬНЫХ С КЛАПАНЫМ СТЕНОЗОМ УСТЬЯ АОРТЫ

Рябов А.Е., Гаранин А.А.

Кафедра пропедевтической терапии, СамГМУ, г. Самара, РФ

**Актуальность.** В связи с расширением кардиохирургической помощи, старением населения, улучшением прогноза больных с хронической сердечной недостаточностью (ХСН) на фоне современного лечения возрастает число оперативных вмешательств при пороках сердца, в частности аортальных. Считаем важным определять кардиоваскулярную биомеханическую активность у таких пациентов для уточнения прогноза и терапии.

**Цель.** Изучить особенности биомеханики сердца и магистральных артерий у больных с клапанным аортальным стенозом (КАС).

**Материалы и методы.** Обследовано 10 пациентов (средний возраст 65 лет) с клапанным критическим и субкритическим стенозом устья аорты, имеющих стабильную ИБС (стенокардия II-III функциональных

классов, без перенесенного инфаркта миокарда), мягкую или умеренную артериальную гипертензию (АГ) и хроническую сердечную недостаточность (ХСН) III функционального класса (группа 3). Помимо общеклинического обследования, каждому из них выполнены: апекскардиография (АКГ), реография легочной артерии (РеоЛА), сфигмография (СГ) магистральных артерий, ЭхоКГ. В качестве сравнения использовались показатели биомеханики 50 практически здоровых лиц (группа 1) и больных (10 человек, средний возраст 57 лет) с аналогичной группе 1 степенью выраженности ИБС, АГ и ХСН (группа 2). При анализе фазовой структуры АКГ, РеоЛА и СГ использовалась методика, предложенная профессором В.Н. Фатенковым.

**Полученные результаты.** Продолжительность фазы максимального изгнания 2 в группе 3 была меньше, чем в группах 1 и 2, на 62% и 58% соответственно. Работа в эту фазу также была меньше на 46,6% и 70,2% соответственно. На а.сacotis у больных с КАС средняя скорость в фазу медленного притока была меньше, чем в группах 2 и 3, на 18,7% и 20,7% соответственно; в систолические фазы не выявлено прироста показателей биомеханики. На а.femoralis, ulnaris и radialis в группе 3 не выявлено достоверного снижения биомеханической активности в диастолу, однако выявлен ее рост, часто значительный, в систолу. Так, работа в фазу оттока на а.femoralis в группе 3 была почти в 2 раза выше нормы и на 86% - чем в группе 2.

**Выводы.** Ожидаемым оказалось уменьшение при КАС показателей биомеханики в период изгнания по данным АКГ и в диастолу на центральных артериях мышечно-эластического типа. Выявленное отчетливое усиление пропульсивной функции в систолу артерий мышечного типа обусловлено, по нашему мнению, компенсаторной перестройкой биомеханики сосудистой системы при выраженном КАС.

#### 245. ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ УЛЬТРАСОНОГРАФИИ В ВЫЯВЛЕНИИ ОБЪЕМНЫХ ОБРАЗОВАНИЙ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ (КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ)

Садыкова Е.Ф., Абсалямова Л.Р., Абдулхаков С.Р., Сайфутдинов И.М., Фролова Э.Б.

Клинический госпиталь МВД по РТ (г. Казань, Россия), Кафедра общей врачебной практики Казанского государственного медицинского университета, Межрегиональный клинико-диагностический центр (г.Казань, Россия)

Под нашим наблюдением находилась пациентка с бластомой головки поджелудочной железы с признаками сдавления и прорастания в интрапанкреатическую часть холедоха и стенку двенадцатиперстной кишки, билиарной гипертензией, механической желтухой.

Приводим клиническое наблюдение: пациентка А., 59 лет, поступила в гастроэнтерологическое отделение с жалобами на боли в правой и левой подреберных областях, эпигастрии, усиливающиеся после приема пищи; отрыжку воздухом, тошноту, нарушение стула (стул только после приема слабительных); потемнение мочи, посветление стула; похудела на 7 кг за месяц.

По данным анамнеза, настоящие жалобы появились впервые около двух месяцев назад. При проведенном

амбулаторно УЗИ ОБП патологии не было выявлено, по результатам РКТ ОБП обнаружены признаки панкреатита, стриктуры холедоха, увеличение желчного пузыря до 112×42 см. Проводилась лекарственная терапия (бускопан, ферментная терапия, хофитол, зипантола), самочувствие несколько улучшилось.

При поступлении в стационар состояние пациентки удовлетворительное, обращает внимание желтушная окраска кожных покровов и склер. При объективном обследовании отмечается болезненность при пальпации в эпигастрии и правом подреберье; увеличение печени (выступает на 6 см из-под края правой реберной дуги), пальпируется увеличенный безболезненный желчный пузырь (симптом Курвуазье). Селезенка не пальпируется. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Стул – светло-коричневого цвета, моча темная.

В лабораторных анализах отмечается ускорение СОЭ до 20 мм/ч, гипербилирубинемия за счет повышения прямой фракции, признаки цитолиза (АЛТ - 2-3N), холестаза (щелочная фосфатаза - 2N, ГГТП – 4N).

На основании жалоб, данных объективного обследования, лабораторных и инструментальных исследований был выставлен предварительный диагноз: Механическая желтуха. Стриктура холедоха неясного генеза.

Для уточнения генеза стриктуры холедоха была проведена эндоскопическая ультрасонография (ЭУС) верхнего отдела желудочно-кишечного тракта. По результатам ЭУС были выявлены следующие изменения: поджелудочная железа - структура неоднородная, в головке определяется объемное образование до 30х24 мм, овальной формы, смешанной эхогенности, преимущественно ан- и гипоехогенное, с достаточно четкими контурами с вовлечением стенки 12 п.к., вплоть до утолщенной мышечной пластинки слизистой. Образование прилежит к воротной вене, с незначительным сдавлением, при сохранении интимы воротной вены. Желчевыводящие протоки расширены в в/3 и с/3 до 12 до 16 мм, с ровными стенками, неомогенным содержимым, с постепенным сужением в н/3 и полным блоком контуров холедоха на расстоянии до 26-28 мм от БДС. Вирсунгов проток в образовании не дифференцируется, выше расширяется до 3.5-6 мм, в теле и хвосте до 2 мм. Желчный пузырь: до 110 х40 мм, стенки до 3.5 мм, содержимое однородное. Убедительных данных за увеличение регионарных лимфатических узлов не обнаружено.

**Заключение.** Эхо - признаки объемного образования головки поджелудочной железы с признаками сдавления и прорастания интрапанкреатической части холедоха и вовлечения стенки двенадцатиперстной кишки, билиарной гипертензии (Susp.Ca). Предположительно T2-T3, Nx, Mx. Проведение ретроградного стентирования холедоха на момент осмотра невозможно.

Пациентка консультирована онкологом, рекомендовано оперативное лечение (стентирование и холецистостомия).

**Выводы.** Настоящее клиническое наблюдение демонстрирует высокую информативность эндоскопической ультрасонографии в выявлении патологии билиарной системы и поджелудочной железы, в том числе при отсутствии видимых изменений при проведении трансабдоминального УЗИ.

## 246. ЦЕЛЕСООБРАЗНОСТЬ ПРОВЕДЕНИЯ МОДИФИЦИРОВАННОГО МЕМБРАННОГО ПЛАЗМАФЕРЕЗА В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ВИРУСНЫМИ ГЕПАТИТАМИ

Саидханов Б.А., Азимова М.Т., Косникова И.В., Гутникова А.Р.

РСЦХ имени академика В.Вахидова, Ташкент, Узбекистан

**Цель исследования:** изучение влияния усовершенствованной методики проведения плазмафереза (ПА) больным с хроническими гепатитами вирусной этиологии на эффективность детоксикации, процессы перекисного окисления липидов и антиоксидантную защиту.

**Методы исследования.** Сеансы (2 - 4) лечебного мембранного плазмафереза (ЛМПА) проводились у 20 больных, среди которых 14 мужчин и 6 пациенток. Средний возраст составлял 37,2 лет. Пациенты находились в терапевтических отделениях с диагнозом Гепатит С и получали стационарное комплексное лечение. Поводом их обращения в стационар служило в первую очередь обнаружение в крови анти- HCV и признаков хронического гепатита. А также жалобы на общее недомогание, слабость, некоторые отмечали незначительную тупую боль в правом подреберье, снижение аппетита. При функциональном обследовании практически у всех пациентов фиксируется увеличение печени в размерах. Кроме стандартной терапии, куда входили гепатопротекторы, инфузионные растворы, иммуномодулирующие препараты и антибиотики, больным был назначен курс ЛМПА. По нашей методике ПА проводился без предварительной гепаринизации пациента, вместо цитратных растворов и 0.9% NaCl применялся нейтральный анолит, получаемый на установке СТЭЛ-1М (Патент на изобретение №IAP 03988 от 20.07. 2009).

**Результаты исследования:** У большинства пациентов при поступлении исходные показатели среднемoleкулярных пептидов (СМ), билирубина, активности ферментов цитолиза (АЛТ и АСТ) были значительно выше нормы. Фиксировалась положительная реакция на С-реактивный белок (СРБ). На активацию процесса перекисного окисления липидов (ПОЛ) указывало повышенное значение МДА и увеличение активности ферментов антиоксидантной защиты (АОЗ) - каталазы и глутатионредуктазы (ГР). Проведение плазмафереза по измененной методике с включением в нее раствора нейтрального анолита в значительной степени повышает эффективность детоксикации, что сопровождается позитивной динамикой всех исследованных индексов уже после 2-го сеанса. После 3-его сеанса у большинства пациентов концентрация СМ снизилась на 43%, уровень билирубина снизился с 118,934,2 до 19,9±6,1 мкмоль/л. Значительно уменьшилась активность АСТ и АЛТ (в 2,5 и 2,1 раза, соответственно). Уровень СРБ с 20,1±1,8 уменьшился до 6,4±1,0 мг/л, указывая на купирование воспалительного процесса. О нормализации ПОЛ можно было судить по нормализации концентрации МДА, снизившейся с 4,9±0,5 до 1,7±0,09 нмоль/л и

уменьшению активности ферментов АОЗ в среднем на 55%.

**Заключение.** При проведении плазмафереза с включением раствора нейтрального анолита отмечается усиление детоксикационного эффекта, проявляющееся в купировании свободнорадикальных процессов и улучшении клинических и биохимических показателей на более ранних сроках. Подобное действие достигается благодаря комплексированию эфферентной и окислительной детоксикационных технологий, и подтверждает целесообразность применения разработанной методики.

#### 247. ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЧЕСКОЕ ОБЩЕСТВО КАК ИННОВАЦИОННАЯ ОБРАЗОВАТЕЛЬНАЯ ТЕХНОЛОГИЯ В СИСТЕМЕ НЕПРЕРЫВНОГО ПОСЛЕДИПЛОМНОГО ОБРАЗОВАНИЯ СПЕЦИАЛИСТОВ.

Кафедра терапии ГОУ ДПО Казанская государственная медицинская академия.

Сайфутдинов Р.Г., Галеева З.М.

Одной из актуальных задач любого цивилизованного общества является создание максимально благоприятных условий для сохранения здоровья своих граждан. Реальность этих условий базируется, как на уровне научно-технического прогресса, так и на постоянном усовершенствовании работы по улучшению знаний, умений, оптимизации клинического мышления врача. Кроме того, в условиях возрастающего информационного потока, постоянного внедрения в клиническую практику новых лекарственных препаратов, новых методов диагностики и лечения, врач оказывается в ситуации острого ощущения потребности в постоянном повышении квалификации. В этом аспекте прогресс отечественной медицинской науки и непрерывное профессиональное развитие медицинских кадров приобретает особо важное значение.

С целью повышения эффективности последипломного образования врачей на базе кафедры терапии Казанской государственной медицинской академии в 2005 году была создана и внедрена инновационная образовательная технология - гастроэнтерологическое общество врачей Республики Татарстан. Целью создания данной формы обучения было оптимизация подготовки врачей по вопросам гастроэнтерологии в системе непрерывного последипломного образования специалистов. На наш взгляд для обеспечения адекватного уровня образования врача в области гастроэнтерологии необходимым является: использование в преподавании результатов доказательных клинических исследований, материалов национальных руководств и согласительных документов. В рамках этого общества с периодичностью два раза в месяц проводится обсуждение наиболее актуальных вопросов гастроэнтерологии с позиции доказательной медицины. Заседания общества проходят с участием профессорско-преподавательского состава различных кафедр, главных специалистов Министерства здравоохранения РТ, Москвы, Санкт-Петербурга, врачей городских и республиканских учреждений Министерства здравоохранения. На кафедре также разработана система

анкетирования для практических врачей, по результатам которой определяются наиболее актуальные тематики заседаний. Особое внимание в работе общества уделяется наиболее социально значимым вопросам гастроэнтерологии, на основании анализа структуры заболеваемости по данным отчетности Министерства здравоохранения РТ.

На наш взгляд образование врача не должно сводиться только к усвоению данной ему информации, необходимо стимулировать стремление врача к самообразованию, поэтому в рамках программы заседания общества обязательным является разбор истории болезни, клинических случаев с участием врача, согласно выбранной тематике заседания. Только совокупность этих перечисленных факторов может служить мощным основанием для развития клинического мышления врача.

Таким образом, сам образовательный процесс, становится инновационной технологией, обеспечивающей непрерывность и преемственность в развитии медицинской науки и практики, а реализация его в рамках непрерывного профессионального развития медицинских кадров позволит врачам повысить уровень знаний, познакомиться с последними достижениями в области гастроэнтерологии, а населению получить качественную квалифицированную медицинскую помощь и удовлетворить ожидания от взаимодействия с системой здравоохранения.

#### 248. УРОВЕНЬ АНТИТЕЛ К ФОСФОЛИПИДАМ У ПРАКТИЧЕСКИ ЗДОРОВЫХ ЛЮДЕЙ

Сайфутдинов Р.Р.

Кафедра терапии № 1 ГОУ ДПО КГМА Росздрава, РКБ № 3 МЗ РТ, г. Казань, Россия

**Актуальность проблемы:** в настоящее время антитела к фосфолипидам (аФЛ) изучаются не только при антифосфолипидном синдроме (АФС), но и их влияние на тромбозы при развитии другой сосудистой патологии. Появились работы по изучению АФС в кардиологии, неврологии, гематологии, нефрологии и гастроэнтерологии. Так же, представляет определенный интерес встречаемость антител к фосфолипидам и у здоровых людей. В основном они изучались в акушерской патологии и касались ВА и аКЛ. Какова ситуация по встречаемости аФЛ у мужчин? В наше поле зрения попала только одна работа (Ei-Roeiy A., Gleich N., 1988), посвященная данной проблеме. Авторы выявили аКЛ у здоровых мужчин во фракциях IgG, IgM и IgA в 1,8%, 1% и 2,2% случаях, соответственно.

**Цель работы:** оценить наличие и встречаемость антител к фосфолипидам у здоровых мужчин.

**Материалы и методы:** изучено наличие аФЛ у 30 здоровых мужчин (средний возраст 53,8±3,9 лет). Кровь забирали утром, натощак. Плазму получали центрифугированием при 800 g в течение 12 мин на центрифуге фирмы «Дастан» (Россия). Антитела к фосфолипидам определяли на иммуоферментном анализаторе «Сапфир» (Россия). Использовали наборы для иммуоферментного анализа фирмы «Orgentec» (Германия).

**Результаты:** выявлено, что в 26,7% случаев определялись аФЛ во фракции IgG в титре  $8,2 \pm 0,7$ , а IgM у 16,7% лиц в титре  $6,1 \pm 0,4$ . Как видно, аФЛ во фракции IgM встречаются почти в 2 раза реже, чем во фракции IgG. Также нужно отметить, что и титр их ниже.

**Выводы:** 1) аФЛ определялись не у всех обследованных; 2) аФЛ во фракции IgM встречаются реже, чем во фракции IgG.

#### 249. ЭЛЕКТРИЧЕСКАЯ СТАБИЛЬНОСТЬ МИОКАРДА И ИШЕМИЧЕСКОЕ ПРЕКОНДИЦИОНИРОВАНИЕ СЕРДЦА

Сайфутдинова Т.В., Мухаметшина Г.А., Галлямов Н.В., Сайфутдинов Р.Г.

Кафедра терапии и семейной медицины, кафедра терапии № 1 ГОУ ДПО КГМА Росздрава, ГКБ № 18, Казань, Россия

**Актуальность проблемы.** В настоящее время известен феномен ишемического прекондиционирования (ИП), который выражается в повышении устойчивости органа к ишемии, возникающий после одного или нескольких кратковременных эпизодов ишемии/реперфузии. Впервые он описан С.Е. Murry, R.V. Jenbing, K.A. Reimer в 1986 году.

**Цель исследования:** изучение влияния ишемического прекондиционирования сердца на электрическую стабильность миокарда.

**Материал и методы:** изучено влияние ИП на электрическую стабильность миокарда у больных ИБС со стабильной стенокардией I-III ФК (39 муж (ср. возраст  $51,6 \pm 1,26$  лет) и 12 жен (ср. возраст  $60,1 \pm 2,08$  лет). Моделирование ИП осуществляли парной велоэргометрией (ВЭМ) на велоэргометре фирмы «Quintor» (США, 2000 г.), по протоколу Bruse. До проведения пробы отменяли нитраты пролонгированного действия – за 24 ч,  $\beta$ -адреноблокаторы, антагонисты кальция, минимум за 2 суток. Больные продолжали принимать аспирин. ИП оценивали в «первом защитном окне» (M.S.Marber et al., 1993).

**Результаты:** при 1-ой ВЭМ количество экстрасистол у женщин выявлялось достоверно чаще, чем у мужчин, так НЖЭ в 3 раза, ЖЭ – в 1,6 раза. У мужчин ни в одном случае не было сочетания НЖЭ и ЖЭ. При ИП у женщин не была выявлена ни одна экстрасистола, у мужчин – всего одна. Нужно отметить, что у одной женщины при 1-ой ВЭМ возникла частая желудочковая экстрасистола по типу бигемении, которая при ИП не появлялась. Пример интересен тем, что у пациентки исходно на ЭКГ зарегистрирована единичная ЖЭ. При 1-ой ВЭМ, по мере нарастания нагрузки, возрастало количество ЖЭ. На 2-ой (50 Вт) ступени нагрузки, на 380 секунде количество ЖЭ значительно увеличилось, на протяжении 125сек квадригимении сменялась тригименией и, наконец бигименией, в связи с чем проба была остановлена. За время восстановительного периода количество ЖЭ уменьшилось до единичных. При ИП подобной картины не наблюдалось. Пациентке удалось достичь субмаксимальной частоты (138 уд/мин), что произошло на 520 секунде 3 ступени (75Вт) нагрузки, на ЭКГ ЖЭ нет.

**Заключение:** таким образом ишемическое прекондиционирование сердца благоприятно влияет на электрическую стабильность миокарда.

#### 250. ПЕЧЕНОЧНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ У БОЛЬНЫХ ВЫПОТНЫМ ПЛЕВРИТОМ ГЕПАТОГЕННОЙ ЭТИОЛОГИИ

Сандаков Я.П., Черкасов В.А.

ГОУ ВПО ПГМА им. акад. Е.А. Вагнера Росздрава, г. Пермь, кафедра госпитальной хирургии.

**Цель:** повышение эффективности лечения больных гепатогенным экссудативным плевритом.

**Материалы и методы.** Нами обследовано 286 (100%) пациентов экссудативным плевритом неясной этиологии. Плевральные пункции выполнены у 18,2% больных, троакарное дренирование плевральной полости – у 7,4%, видеоторакоскопия с полибиопсией плевры у 74,4%.

**Результаты.** В результате проведения торакоскопии с полибиопсией плевры гепатогенные выпоты выявлены у 29 (10,8 %) пациентов с клинико-лабораторными признаками печеночной недостаточности. Цитологическое исследование экссудата, полученного при плевральных пункциях и дренировании плевральной полости, не позволило достоверно верифицировать диагноз и установить специфическую природу процесса, ни у одного больного. Торакоскопия с дренированием плевральной полости сопровождалась длительной экссудацией из плевральной полости в послеоперационном периоде ( $22,04 \pm 1,34$  дня), в то время как применение химического плевродеза (введение глюкозо-йодной смеси) у 20 больных сократило длительность экссудации до  $12,04 \pm 1,7$  дней ( $p < 0,05$ ).

**Выводы.** Раннее выполнение видеоторакоскопии при гепатогенном экссудативном плеврите у больных с печеночной недостаточностью позволяет сократить сроки лечения за счет применения химического плевродеза.

#### 251. ГЕПАТОГЕННЫЙ ЭКССУДАТИВНЫЙ ПЛЕВРИТ: ПУТИ РЕШЕНИЯ ПРОБЛЕМЫ

Сандаков Я.П., Черкасов В.А.

ГОУ ВПО ПГМА им. акад. Е.А. Вагнера Росздрава, г. Пермь, кафедра госпитальной хирургии.

**Актуальность.** Удельный вес экссудативных плевритов в структуре общей заболеваемости составляет 3,4 – 3,8%. Проблема диагностики и лечения остается актуальной в связи с широкой распространенностью неспецифических заболеваний легких и туберкулеза, цирроза печени. Результаты лечения зависят от своевременности и точности диагностики основного заболевания, осложненного экссудативным плевритом.

**Цель.** Целью исследования является повышение качества лечения больных экссудативным плевритом на основе ранней морфологической верификации диагноза.

**Материалы и методы.** Нами обследовано 286 (100%) пациентов экссудативным плевритом неясной этиологии. Плевральные пункции выполнены у 18,2% больных, троакарное дренирование плевральной полости – в 7,4% случаях, видеоторакоскопия с полибиопсией плевры у 74,4% случаев (212 пациентов).

**Результаты.** В результате проведения торакоскопии с полибиопсией плевры туберкулезная плеврит был выявлен у 19,73% (56), парапневмонический плеврит у 28,5% (81), посттравматический у 25,87% (74), опухолевый у 13,59% (42), гепатогенные выпоты у 10,8% (29), ТЭЛА-ассоциированный плеврит у 1,75% (4). Цитологическое исследование экссудата, полученного при плевральных пункциях и дренировании плевральной полости, не позволило достоверно верифицировать диагноз и установить специфическую природу процесса, ни у одного больного. В группе больных пролеченных при помощи плевральных пункций средняя продолжительность лечения составила 16,5±1,54 дня, в группе пациентов, которые подверглись дренированию плевральной полости без осмотра, она составила 19,04±2,95 дня, наименьшая средняя продолжительность лечения была получена в группе пациентов перенесших торакоскопию – 11,27±3,64 дня. Выполнение торакоскопии с дренированием в группе больных гепатогенным плевритом привело к длительной экссудации из плевральной полости в послеоперационном периоде (22,04±1,34 дня), в то время как применение химического плевродеза (глюкозодная смесь) сократило длительность экссудации до 12,04±1,7 дня.

**Выводы.** Раннее выполнение видеоторакоскопии при экссудативном плеврите позволяет установить точный морфологический диагноз и существенно сократить сроки лечения за счет применения химического плевродеза у больных гепатогенным плевритом.

## 252. КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ СОЧЕТАНИЯ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ С ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

Селезнева Э.Я., Ильченко А.А.

Центральный научно-исследовательский институт гастроэнтерологии, г. Москва

При изучении распространенности ЖКБ, сочетающейся с ЯБДПК было выявлено, что наиболее часто это сочетание выявляется в возрастных категориях 50-59 и 60-69 лет, причем женщины достоверно преобладают над мужчинами.

С целью выявления клинических особенностей была проанализирована клиническая картина 138 пациентов с сочетанием ЖКБ и ЯБДПК, группы сравнения составили больные с ЖКБ (n=60) и ЯБДПК (n=60), протекающие изолированно.

Выявлены следующие клинические особенности течения сочетания ЖКБ и ЯБДПК. Наиболее длительный «язвенный» анамнез (более 20 лет) был почти у половины изучаемой группы ЖКБ с ЯБДПК, причем у мужчин он выявлялся в 61% случаев. Частота обострения ЯБДПК у больных с сочетанием ЖКБ с ЯБДПК более 2-х раз в год составила 12%, что было достоверно меньше обострений ЯБДПК -40% (p<0,001). Более 3-х лет вне обострения, ЯБДПК была достоверно выше (p<0,001) в группе больных с сочетанием ЖКБ и ЯБДПК и составила 53%, тогда как при ЯБДПК только в 7% случаев. Т.о., сочетание ЖКБ с ЯБДПК приводит к снижению частоты

обострения ЯБДПК вплоть до развития ее стойкой ремиссии.

Течение ЯБДПК более 5 лет у больных ЖКБ с ЯБДПК приводит к менее частому формированию рубцово-язвенной деформации луковицы двенадцатиперстной кишки (12%), чем в группе больных с изолированной ЯБДПК (44%). При изучении выявления Нр было обнаружено, что частота Нр достоверно реже выявляется при сочетании ЖКБ и ЯБДПК (28±4,1%), чем при ЯБДПК (86,7±4,4%)

Частота желчных колик 1-2 раза в год у больных ЖКБ с ЯБДПК выявлялась у 27% больных, свыше 5 лишь у 12% больных, группа «бессимптомного камненосительства» составила 42% обследованных пациентов.

Частота «бессимптомного камненосительства» у больных ЖКБ с ЯБДПК была выше (p<0,001), чем у больных с ЖКБ, протекающей изолированно.

Т.о., наличие ЯБДПК снижает частоту обострения ЖКБ, что приводит к росту бессимптомного «камненосительства». Хронический панкреатит достоверно чаще выявлялся в группе больных ЖКБ с ЯБДПК (40± 4,2%), чем у больных с ЖКБ (23±7,7%) и ЯБДПК (20±5,2%), протекающих изолированно.

При сочетании 2-х патологий с одной стороны происходит облегчение другой (уменьшение частоты обострения), а с другой утяжеление – увеличение частоты «бессимптомного камненосительства», увеличение частоты хронического панкреатита.

## 253. РАСШИРЕНИЕ ВОЗМОЖНОСТЕЙ МАНОМЕТРИИ В ДИАГНОСТИКЕ СКОЛЬЗЯЩЕЙ ГРЫЖИ ПИЩЕВОДНОГО ОТВЕРСТИЯ ДИАФРАГМЫ

Семенихина Т.М.\*, Корочанская Н.В., Шабанова Н.Е.

МУЗ КГК БСМП \*, МУЗ ГБ №2 «КМЛДО», Краснодар, Россия

Рентгенологическая диагностика скользящей грыжи пищеводного отверстия диафрагмы (ГПОД) в ряде случаев малоинформативна, так как за счет активности мышц желудка нижний пищеводный сфинктер (НПС) может обратно перемещаться в брюшную полость. Для выявления дегенерации связочного аппарата пищеводно-желудочного перехода возможно использование манометрии. Известно, что при длительном контакте с соляной кислотой слизистой пищевода происходит стимуляция сокращений продольной мускулатуры, что приводит к его временному укорочению у здоровых людей в среднем на 8-10%. Однако не известно, достаточно ли солянокислой стимуляции для провокации признаков ГПОД.

**Цель:** оценить возможность использования при манометрическом исследовании стимуляционной пробы с соляной кислотой для ранней диагностики ГПОД.

**Материалы и методы.** Обследовали 35 пациентов в возрасте от 20 до 63 лет с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью, установленной на основании клинических данных и суточной рН-метрии. По классификации Савари-Миллера оценивали состояние слизистой пищевода. Манометрию пищевода проводили с помощью прибора Polygraf, специального зонда,

снабженного открытыми катетерами с шагом 5 см, и программного обеспечения (Polygram) производства Medtronic AB (Швеция). Длину нижнего пищеводного сфинктера (НПС) и его тонус определяли при протяжке зонда пулером со скоростью 1 мм/с. Моторную активность пищевода исследовали при стационарном положении зонда с проведением серии глотательных проб. Дополнительно проводили провокационную пробу с экспозицией в пищевод соляной кислоты: в катетер расположенный на 8-10 см выше верхнего края НПС медленно в течение 5 минут вводили 15 мл 0,1 N раствора соляной кислоты. 4 канала манометрического зонда устанавливали в пищеводе, остальные – в желудке. Через 20-30 секунд после инфузии повторяли протяжку зонда. В качестве контроля использовали данные манометрии 10 практически здоровых добровольцев. Данные описывали как  $M \pm m$ , различия выявляли по критерию t Стьюдента.

**Результаты и их обсуждение.** В контрольной группе после кислотной нагрузки определялась тенденция к увеличению сократительной активности мускулатуры пищевода ( $4,3 \pm 0,5$  и  $5,3 \pm 0,5$  с), было достоверное снижение интраабдоминальной длины НПС ( $15,7 \pm 1,3$  и  $9,6 \pm 1,3$  мм,  $p < 0,05$ ).

Рентгенологически только у 4-х пациентов была выявлена ГПОД у которых по данным манометрии до и после пробы амплитуда волн составила  $34,4 \pm 2,7$  и  $38,6 \pm 3,6$  мм рт.ст, скорость распространения перистальтической волны  $3,1 \pm 0,3$  и  $3,5 \pm 0,3$  см/с, продолжительность сокращений –  $3,9 \pm 0,3$  и  $4,4 \pm 0,3$  с, общая длина пищевода –  $29,3 \pm 2,1$  и  $18,1 \pm 2,1$  мм ( $p < 0,05$ ), тонус НПС  $8,1 \pm 0,7$  и  $7,7 \pm 0,7$  мм рт. ст, % мультипиковых волн –  $44,0 \pm 3,2$  и  $48,0 \pm 4,2$ ; у всех больных встречались плато давления и двойная реверсия. Инфузия кислоты моторную активность пищевода достоверно не изменяла.

У остальных больных с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью (31 чел) после пробы отмечено достоверное ( $p < 0,05$ ) повышение амплитуды ( $78,8 \pm 6,7$  и  $108,8 \pm 7,7$  мм рт ст) и продолжительности ( $4,7 \pm 0,4$  и  $8,9 \pm 0,6$  с) волн давления, возрастала скорость распространения перистальтической волны ( $4,1 \pm 0,4$  и  $5,7 \pm 0,4$  см/с). У всех пациентов достоверно ( $p < 0,05$ ) снижался тонус НПС ( $14,8 \pm 1,4$  и  $7,1 \pm 0,4$  мм), уменьшалась длина абдоминальной части пищевода ( $12,4 \pm 1,3$  и  $1,1 \pm 0,4$  мм), из них у 25-ти наблюдалось ее исчезновение, за счет полного перемещения НПС в грудную полость. Так же в данной группе в сравнении с контролем после инфузии соляной кислоты на слизистую оболочку пищевода выявили достоверные различия ( $p < 0,05$ ) по: продолжительности сокращений ( $8,9 \pm 0,6$  и  $5,3 \pm 0,5$  с), длине абдоминальной части пищевода ( $1,1 \pm 0,4$  и  $9,6 \pm 1,3$  мм), тонусу НПС ( $7,1 \pm 0,4$  и  $18,8 \pm 2,5$  мм рт ст), % мультипиковых волн ( $17,0 \pm 3,2$  и  $4,0 \pm 0,2$ ). В 100% случаев у больных с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью встречались плато давления и двойная реверсия дыхания.

**Заключение.** Таким образом, эффект стимуляции соляной кислотой пищевода у больных гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью значительнее, чем у здоровых людей, и приводит к большому укорочению пищевода. Проведение данного провокационного теста позволяет выявить

дегенеративные изменения в связочном аппарате пищеводно-желудочного перехода и кардии на ранней стадии формирования ГПОД, повышая диагностические возможности манометрии.

## 254. КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПОСТГАСТРЭКТМИЧЕСКОГО СИНДРОМА У БОЛЬНЫХ, ПРООПЕРИРОВАННЫХ ПО ПОВОДУ РАКА ЖЕЛУДКА

Серета Н.Н., Терентьева Е.А.

ГУЗ Иркутский областной онкологический диспансер, Россия

В последние годы медициной достигнуты значительные успехи в лечении и профилактики различных злокачественных новообразований, в том числе и рака желудка.

В связи с этим, необходимо добиваться улучшения качества жизни больных, исцеленных от онкологической патологии. Особое значение в оценке результатов гастрэктомии необходимо придавать появлению различных постгастрорезекционных синдромов.

Проводимое и своевременно начатое лечение, возникших осложнений, у этих пациентов очень часто приводит к положительным результатам. В тоже время часть больных не отвечает на проводимую терапию, что обусловлено изменениями психологического состояния больных (развитие аффективных расстройств, чаще всего в виде тревоги и депрессии).

**Цель работы:** Определить психологический статус у больных с постгастрэктомиальным синдромом, не отвечающих на традиционную терапию.

И добавление к терапии антидепрессанта ПЛИЗИЛА (пароксетина), обладающего противотревожным эффектом.

**Материал и методы.** В исследование включали преимущественно больных излеченных от рака желудка, имеющих патологические синдромы, которые были вызваны тяжёлым лечением (гастрэктомию), установленные на основании комплекса диагностических обследований, не поддающиеся традиционной терапии и пациенты, у которых были бы диагностированы коморбидные психические нарушения с преобладанием тревожных или депрессивных симптомов. Было отобрано 23 (с рефлюкс эзофагитом, демпинг-синдром, синдром приводящей петли), в том числе 13 женщин, 10 мужчин, средний возраст группы – 56 лет.

У всех больных было получено информированное согласие на и лечение препаратом “Плизил”.

Для определения глубины депрессивных и тревожных нарушений использовалась госпитальная шкала тревоги и депрессии HADS.

Уровень депрессивных расстройств по шкале составил 16,1 балла, тревожных – 16,8, что соответствует амбулаторному уровню нарушений.

Плизил назначали в дозе 20 мг/сут (утром). Продолжительность лечения составляла 12 недель.

**Результаты исследования.** Анализ результатов клинического обследования пациентов показал объективным улучшением состояния у пациентов.

Изменение показателей формализованных опросников подтверждает положительную клиническую динамику. Показатели шкалы Гамильтона к концу

исследования снизились до 6,8, особо следует отметить динамику соматических составляющих тревоги. Показатели депрессии также снизились до 7,1.

Через 14–20 дней после начала лечения у половины больных уменьшилась выраженность гастроинтестинальных симптомов. К концу исследования у 80% пациентов практически отсутствовали жалобы.

**Выводы.**

1. Плизил оказывал положительное терапевтическое действие не только на «симптомы-мишени» – тревогу и депрессию, но и на типичные психосоматические состояния – нарушения адаптации.

2. Плизил оказался наиболее эффективным в тех случаях, когда психическая дезадаптация развивалась по механизму реакции на болезнь. В этом случае плизил разрывал порочный психосоматический цикл, который способствовал утяжелению течения патологии.

**255. ФОСФОЛИПИДНАЯ ДЕСТАБИЛИЗАЦИЯ ЦИТОМЕМБРАН У БОЛЬНЫХ РЕЦИДИВИРУЮЩИМ ПИЕЛОНЕФРИТОМ С ХРОНИЧЕСКОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ**

Сигитова О.Н., Архипов Е.В., Надеева Р.А.

Кафедра общей врачебной практики, КГМУ, г.Казань

В современной патологии ведущая роль отводится дестабилизации клеточных мембран как основе воспалительного процесса. Все заболевания почек в разной степени связаны с патологией мембран независимо от этиологии. При пиелонефритах выявляется фосфолипидная дестабилизация цитомембран, однако ее роль в патогенезе развития хронической почечной недостаточности (ХПН) не изучена

**Цель исследования:** изучить роль дестабилизации мембран (ДМ) при рецидивирующем пиелонефрите (рП).

**Материал и методы.** Обследовано 104 больных рП (М/Ж=33/71; возраст 38,5±1,5 лет; длительность болезни 8,7±0,9 лет); выделены 2 группы: 1 – 31 больной с ХПН (9/22; возраст 43,8±3,6 лет); 2 – 73 больных без нарушения функции почек (24/49; 38,6±1,9 лет). Контрольная группа – 24 здоровых (10/14; 39,1±4,1 лет). Исследованы анатомические особенности и объем (V) почек, структура уропатогенов, скорость клубочковой фильтрации (СКФ), систолическое (САД) и диастолическое артериальное давление (ДАД), уровень фосфолипидов в моче (ФЛм) и этаноламина в моче (ЭАм) и крови (ЭАкр) в активную фазу рП.

**Результаты.** В 1 группе у 10 больных (32,2%) выявлены гипо- и/или дисплазии, V почек составил 81,3±6,5 см<sup>3</sup>, у 7 больных (22,5%) – функциональные нарушения уродинамики; СКФ – 54,3±7,4 мл/мин; САД 160,6±7,6 и ДАД 97,5±2,7 мм.рт.ст; частота рецидивов – 0,9±0,2 в год. В структуре уропатогенов *E. coli* и кокковая флора составили по 38,9%. Во 2 группе у 3 больных (4,1%) – гипо- и/или дисплазии, V почек – 108,6±5,1 см<sup>3</sup>, у 4 (5,5%) – функциональные нарушения уродинамики; СКФ – 93,9±2,4 мл/мин; САД 136,5±2,6 и ДАД 85,7±1,5 мм.рт.ст; частота рецидивов – 0,7±0,1 в год. Доля *E. coli* 52%, кокков – 36,8%. Различия между группами обнаружены по частоте аномалий и нарушений

уродинамики (p<0,01), САД и ДАД (p<0,001), V почек (p<0,01), уровню СКФ (p<0,001) и отсутствовали (p>0,05) по структуре уропатогенов, частоте рецидивов.

В обеих группах уровни ЭАкр (соответственно, 34,2±0,9 и 34,7±1,9 мг%), p>0,05, и ЭАм (99,3±8,3 и 85,2±8,4 мг/сут), p>0,05 были выше, чем у здоровых (ЭАм 43,8±2,0 и ЭАкр 26,4±1,1 мг/сут), p<0,001. ФЛм в группах (0,56±0,1 и 0,35±0,1 мг/мл) не различались, p>0,05, и превышали таковые у здоровых (отсутствие), p<0,05.

**Выводы.** У больных в активную фазу рП без нарушения функции почек и с ХПН нарастает этаноламинемия и этаноламинурия, появляются ФЛм. Зависимости ДМ от функции почек не выявлено. У больных рП с ХПН выявлена высокая частота аномалий, нарушений уродинамики, более высокий уровень САД и ДАД, что говорит об участии данных факторов в формировании ХПН наряду со структурно-функциональной ДМ.

**256. КОГНИТИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА У ПОЖИЛЫХ ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ**

Симерзин В.В., Гарькина С.В.

Кафедра факультетской терапии, ГОУ ВПО «Самарский государственный медицинский университет Росздрава», г. Самара

**Актуальность.** Когнитивные нарушения, не достигающие степени деменции, – так называемые легкие когнитивные нарушения, в последнее время привлекают все большее внимание. Подчеркивается значительная распространенность этих нарушений в популяции, особенно среди пожилых пациентов. Распространенность легких когнитивных расстройств достигает 10 % среди лиц старше 65 лет, при этом они считаются прогностически неблагоприятными. Последние эпидемиологические исследования свидетельствуют о том, что когнитивные нарушения не только влияют на частоту обращений больных за медицинской помощью, но, что особенно важно, способствуют их инвалидизации. Еще одним неблагоприятным проявлением когнитивных расстройств является их влияние на приверженность лечению сопутствующих соматических заболеваний, и в частности хронической сердечной недостаточности (ХСН).

**Цель работы:** оценить распространенность легких когнитивных расстройств и их влияние на приверженность и качество жизни пациентов пожилого возраста с ХСН.

**Материалы и методы.** В исследование включено 49 пациентов (27 мужчин, 22 женщины) с ХСН II–III функционального класса (ФК) по NYHA ишемической этиологии в сочетании с артериальной гипертензией, средний возраст 63,5±2,9 лет. Из исследования исключались пациенты с сопутствующей тяжелой соматической патологией, острым коронарным синдромом, пороками сердца в стадии декомпенсации, тяжелой сердечной недостаточностью (ХСН III стадии; IV ФК по NYHA), перенесшие мозговой инсульт, а также имеющие психические заболевания в анамнезе.

Для оценки когнитивной сферы проводилась беседа с больным и сбор анамнеза, оценивалась способность

больного выполнять простые или более сложные инструкции, степень взаимодействия с врачом при осмотре, замедленность в ответах на вопросы, степень адаптации к бытовым условиям, сохранность трудовых навыков (если пациент работает). Для объективизации когнитивных нарушений использовали нейропсихологические методики: краткая шкала оценки психического статуса (англ. Mini-Mental State Examination - MMSE), тест рисования часов; и специальные клинические шкалы: клиническая рейтинговая шкала деменции КРШД (англ. clinical dementia rating) и общая шкала нарушений (ОШН) (англ. global deterioration scale). Для исключения псевдодеменции использовался опросник самооценки депрессии центра эпидемиологических исследований США (англ. CES-D). Приверженность к лечению оценивалась с помощью валидированного опросника Мориски-Грина. Для оценки качества жизни использовали анкеты: неспецифический опросник SF-36 и модернизированный Миннесотский опросник «Жизнь больного с сердечной недостаточностью» (MLHFQ). Результаты подвергали статистической обработке с применением программ «Excel 2007» и «SPSS 17.0». Различия считали достоверными при  $p < 0,05$ .

**Результаты.** У 23 больных ХСН имел место дефицит когнитивных функций: у 20 чел.(40,8%) – легкие когнитивные нарушения, у 3 чел. (6,1%) – нарушения достигали степени деменции, вероятно сосудистого генеза. У 14 (28,6%) больных выявлены депрессивные расстройства, в том числе у 4 (8,2%) - выраженная депрессия. С увеличением уровня депрессии отмечено нарастание когнитивного дефицита. Была зафиксирована обратная корреляционная зависимость результатов CES-D и MMSE ( $R = -0,44$ ,  $p = 0,047$ ). Отмечено, что легкие когнитивные нарушения чаще встречались у лиц с низким уровнем образования. У пациентов с когнитивными расстройствами выявлено худшее КЖ по данным опросника SF-36 (средний балл  $52,9 \pm 4,3$ ) и модернизированного Миннесотского опросника (средний балл  $69,1 \pm 3,4$ ), чем у пациентов без когнитивных нарушений ( $46,2 \pm 3,8$  балла и  $63,8 \pm 4,8$  баллов соответственно). Приверженность к лечению достоверно ухудшалась при наличии когнитивного дефицита у пожилых больных ХСН. Клинически это проявлялось выраженной «забывчивостью» пациентов, которые никак не могли запомнить расписание обследований, приема препаратов, также наблюдалась тенденция к минимизации тяжести проявлений ХСН.

**Выводы.** Развитие когнитивных нарушений у больных ХСН значительно влияет на субъективное восприятие пациентом своего здоровья. Наличие депрессии способствует увеличению когнитивного дефицита, что в свою очередь ухудшает приверженность пациентов к лечению. Очевидно, что низкая комплаентность способствует прогрессированию соматического заболевания, его декомпенсации, что вынуждает пациента обратиться за медицинской помощью. Необходима своевременная диагностика синдрома легких когнитивных расстройств с целью уменьшения риска и скорости развития деменции, улучшения качества жизни пожилых пациентов и повышения эффективности лечения заболевания.

## 257. КОРРЕКЦИЯ АФФЕКТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ У ПОЖИЛЫХ БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Симерзин В.В., Гарькина С.В.

Кафедра факультетской терапии, ГОУ ВПО «Самарский государственный медицинский университет Росздрава», г. Самара

**Актуальность.** У пожилых пациентов, страдающих хроническими заболеваниями, наряду с изменениями функционирования внутренних органов и самочувствия качественно меняется психическое состояние. Болезнь меняет восприятие и отношение человека к окружающим событиям, к самому себе, создает особое положение среди близких людей и в обществе. У таких больных нередко развиваются состояния депрессии, тревожности, страха. По данным различных исследований, распространенность аффективных нарушений среди больных ХСН составляет 11-48%, и их коррекция является необходимым и очень важным компонентом реабилитационных мероприятий.

**Цель работы.** Оценить эффективность лечения пациентов пожилого возраста страдающих хронической сердечной недостаточностью (ХСН) с использованием различных методик коррекции психологических нарушений.

**Материалы и методы.** Обследовано 76 пациентов пожилого возраста ( $66,5 \pm 2,7$  лет) с ХСН II-III функционального класса (ФК). Психологический статус оценивался с помощью шкалы самооценки депрессии центра эпидемиологических исследований США (CES-D) и шкалы самооценки уровня тревоги по Ч.Д. Спилбергеру. Пациенты были рандомизированы на три группы. В I - группу контроля вошли 25 пациентов, которым проводилась традиционная фармакотерапия ХСН: ингибиторы АПФ,  $\beta$ -блокаторы, диуретики, антагонисты альдостерона и дигоксин (при необходимости); во II группе было 26 пациентов, прошедших дополнительно психологическое консультирование (индивидуальное и семейное). В III группе (25 пациентов) дополнительно к стандартной фармакотерапии ХСН проводилось лечение циталопрамом в дозе 20-40 мг в сутки. Результаты подвергали статистической обработке с применением программ «Excel 2007» и «SPSS 17.0». Различия считали достоверными при  $p < 0,05$ .

**Результаты.** Первичное психологическое обследование показало, что из 76 больных с ХСН пожилого возраста, 39 пациентов имели депрессивные расстройства, в том числе 26 - выраженную депрессию. Отмечена достоверно большая частота развития депрессии у женщин по сравнению с мужчинами. Установлено что наибольшее влияние на развитие депрессии у больных ХСН пожилого возраста оказывает снижение функциональных возможностей пациентов. С увеличением ФК ХСН растет процент пациентов с выраженной депрессией, в то же время значимых различий между числом пациентов с легкими расстройствами депрессивного спектра в различных группах не выявлено. В зависимости от ФК ХСН, тяжелая депрессия наблюдалась у 7 из 40 (17,5%) больных с II ФК ( $p < 0,05$ ) и у 10 из 36 (27,8%) пациентов

с III ФК ХСН ( $p < 0,01$ ). Через 6 месяцев наблюдения динамика симптомов и ФК ХСН у всех пациентов была положительной, однако более выражена во II и III группах. Повышенная тревожность исходно наблюдалась у 43 из 76 пациентов. Установлено, что у 19 обследованных пациентов имелся высокий уровень реактивной тревожности, а у 26 - личностной тревожности по шкале Спилберга — Ханина. По мере прогрессирования ХСН отмечалось увеличение количества баллов, свидетельствующее об увеличении реактивной тревожности. Выявлено достоверное различие между группами пациентов в зависимости от функционального класса ХСН: более высокому функциональному классу ХСН соответствовал более высокий уровень личностной тревожности. В настоящем исследовании установлена высокая коморбидность депрессии и тревожных расстройств. У больных ХСН пожилого возраста 76,5% всех случаев депрессии отмечено среди пациентов с высоким уровнем личностной тревожности. При проведении корреляционного анализа установлена взаимосвязь степени тяжести депрессии с уровнем реактивной тревожности ( $r=0,38$ ;  $p < 0,01$ ) и личностной тревожности ( $r=0,48$ ;  $p < 0,01$ ). По шкале личностной тревожности у пациентов без депрессии выявлена умеренная, а у пациентов с депрессивными расстройствами высокая тревожность. На фоне лечения улучшение наблюдалось у всех пациентов, однако результаты повторного психологического тестирования были достоверно лучше у больных ХСН, дополнительно получавших циталопрам ( $p < 0,05$ ).

#### Выводы.

1. Выявлена высокая распространенность аффективных нарушений в субпопуляции больных ХСН пожилого возраста.
2. Установлена высокая коморбидность депрессии и тревожных расстройств, при этом наблюдалась значимая корреляция между тяжестью депрессии и уровнем реактивной и личностной тревожности.
3. Тревожно-депрессивные состояния наиболее часто встречаются среди больных со значительным ограничением физической активности и негативно влияют на течение ХСН.
4. Дополнительное психологическое консультирование и применение циталопрама позволяет снизить частоту тревожно-депрессивных расстройств у пациентов и способствует более эффективному контролю заболевания.

### **258. СЕМИЛЕТНИЙ ОПЫТ РАБОТЫ «ЦЕНТРА ПО ПРОФИЛАКТИКЕ И ЛЕЧЕНИЮ АТЕРОСКЛЕРОЗА И ДИСЛИПИДЕМИЙ»**

Симерзин В.В., Гаглоева И.В., Качковский М.А., Рубаненко О.А.

Самарский государственный медицинский университет, г. Самара, Россия

Актуальность. По инициативе ректора Самарского государственного медицинского университета (СамГМУ), академика РАМН, профессора Г.П. Котельникова в клиниках вуза, при кафедре и клинике факультетской терапии создан «Центр по профилактике

и лечению атеросклероза и дислипидемий» (Центр) и «Липидная клиника».

Цель работы. Оценить семилетний опыт работы Центра по первичной и вторичной профилактике у пациентов с первичными семейными дислипидемиями и манифестными генерализованными формами атеросклероза.

Материал и методы. На базе самарской консультативно-диагностического центра (СКДЦ) клиник СамГМУ проводится консультативная работа. В центральной лаборатории клиник и центральной научно-исследовательской лаборатории (ЦНИЛ) СамГМУ, организовано лабораторное, биохимическое, иммунологическое, генетическое обследование и лечение больных с первичными семейными гипер- и дислипидемиями, метаболическими кардиоваскулярными и гормональными нарушениями. На базе клиники факультетской терапии, и отделения интенсивной терапии при тяжелых, первичных и рефрактерных к фармакотерапии дислипидемиях применяются современные «агрессивные» методы вмешательства (плазмаферез и др.).

Результаты. Совместно с Министерством здравоохранения и социального развития Самарской области, СамГМУ, областным клиническим кардиологическим диспансером, областным Центром медицинской профилактики, самарским областным клиническим госпиталем для ветеранов войн, и городским Центром медицинской профилактики проведено 127 научно-практических конференций по актуальным междисциплинарным проблемам гипер- и дислипидемий (ГЛП и ДЛП) и атеросклероза совместно с кардиологами, терапевтами, гериатрами, семейными врачами, кардиохирургами, сосудистыми хирургами, эндокринологами и неврологами. В них приняли участие видные Российские и Самарские ученые. Это академики РАМН: Е.И. Чазов, А.И. Мартынов, В.Н. Шаболин, Р.Г. Оганов, Ю.Н. Беленков; член-корреспонденты РАМН: Е.В. Шляхто, Ю.Б. Белоусов, В.С., В.В. Кухарчук; профессоров: Г.А. Коновалов, М.Я. Руда, А.Л. Сыркин, В.Ю. Мареев, Ф.Т. Агеев, О.Д. Остроумова, Н.М. Ахмеджанов, С.Ю. Марцевич, Н.Б. Перепич, Г.П. Арутюнов, А.В. Сусеков, А.С. Лякишев, В.В. Павлов, Н.Н. Крюков, С.М. Хохлунов, Н.И. Вербовая, В.П. Поляков, Н.О. Захарова, И.Е. Повереннова, С.И. Кузнецов, В.В. Симерзин и др. Налажена совместная работа с клиниками СамГМУ, генетиками, биологами, биохимиками, СОКГВВ, областными и городскими больницами, кардиологами, кардиохирургами, сосудистыми хирургами, неврологами, эндокринологами, врачами общей практики и участковыми терапевтами. Создание Центра позволило:

- разработать и усовершенствовать алгоритм диагностики, верификации и риск-стратификации больных с первичными и вторичными гипер- и дислипидемиями, методику первичной и вторичной профилактики атеросклеротических заболеваний;
- сконцентрировать в одном учреждении все ресурсы и объединить все силы и средства необходимые для удовлетворения потребностей большинства пациентов (касающихся изменения пищевого рациона, снижения массы тела, регулярных физических тренировок, отказа от курения и борьбы с другими

модифицируемыми факторами риска), методы для лечения больных с тяжелыми и рефрактерными дислипидемиями;

- разработать общую концепцию, идеологию, стратегию и тактику, по проведению популяционной и когортной первичной и вторичной профилактики атеросклеротических заболеваний, осуществлять единое руководство обеспечить стандартизацию и единообразие целей и методов лечения;

- улучшить преемственность в лечении пациентов и дать возможность врачам терапевтам и общей практики уделять больше времени профилактическим мерам, что часто невыполнимо для работника, занимающегося оказанием многоцелевой первичной помощи, поскольку он в первую очередь должен решать наиболее острые или неотложные вопросы с конкретным больным;

- сконцентрировать в одном учреждении больных с тяжелыми генетически детерминированными формами первичных семейных гиперхолестеринемий, для оказания им специализированной высокотехнологичной медицинской помощи, включая высокоэффективные агрессивные методы вмешательства;

- проводить адекватную гиполлипидемическую и липидкорректирующую фармакотерапию с целью коррекции дислипидемий у пациентов с ИБС или риском ее развития и при эквивалентных заболеваниях.

- На базе городских поликлиник Самары и области (Тольятти, Сызрань) созданы «школы по атеросклерозу и коррекции дислипидемий» для структурированного терапевтического обучения медицинским персоналом больных, с целью улучшения качества лечения за счет повышения степени выполнения больными врачебных рекомендаций.

**Выводы.** Самарский «Центр по профилактике и лечению атеросклероза и дислипидемий» клиник СамГМУ и «Липидная клиника» являются ведущими учреждениями по диагностике и лечению пациентов с семейными дислипидемиями и генерализованными формами атеросклероза.

## 259. ПРИМЕНЕНИЕ ПРЕПАРАТА «РЕМАКСОЛЬ» В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕПАТИТА С

Соболева Л.А., Сатарова С.А., Кузнецов В.И., Гаврилова И. Б., Перминова Т.А.

Кафедра инфекционных болезней, ГОУ ВПО «Саратовский ГМУ Росздрава им. В.И. Разумовского», г. Саратов, Россия

**Актуальность.** Общеизвестно, что важнейшим патогенетическим звеном при хроническом гепатите С «ХГС» является цитолиз гепатоцитов, прогрессирование которого приводит к развитию фиброзной ткани и печеночной недостаточности, при этом активация свободно-радикального окисления мембранных структур выступает одним из механизмов повреждения гепатоцитов. В данных условиях представляется обоснованным применение лекарственных средств, направленных на предотвращение избыточного синтеза продуктов перекисного окисления липидов, нарушения соотношения про- и антиоксидантов. Такими свойствами обладают препараты, созданные на основе янтарной кислоты.

**Цель работы:** оценка эффективности применения препарата Ремаксол у больных ХГС.

**Материалы и методы.** Обследовано 80 больных с ХГС минимальной и умеренной активности. Диагноз подтверждался обнаружением маркёров вируса гепатита С. Биохимический анализ включал оценку параметров АЛТ, АСТ, лактатдегидрогиназы (ЛДГ), ЩФ, ГГТП, средних молекул (Ср. М), диеновых конъюгатов (ДК), малонового диальдегида (МДА), активности СОД, каталазы, витамина Е.

Больные подразделялись на 2 группы: в первой группе (49 человек) пациенты получали внутривенные инфузии ремаксола (400,0 мл) на протяжении 12 дней, во второй группе (31 человек) – «активное плацебо» (400,0 мл) на протяжении 12 дней.

Ремаксол – препарат, обладающий гепатопротективным действием с антигипоксическим, антиоксидантным, цитопротективным эффектами, которые опосредуются его составом: янтарной кислотой, рибоксином, никотинамидом, метионином, натрием, калием, магнием. После окончания метаболической терапии назначалась стандартная противовирусная терапия в соответствии со стандартом лечения ХГС.

Результаты обрабатывались с помощью пакетов компьютерных программ.

**Результаты.** До начала терапии у больных ХГС активность трансаминазы составляла от 3 до 7 норм. После лечения ремаксолом в первой группе уровень АЛТ составил  $64,5 \pm 6,0$  ед/л, во 2-ой –  $134,7 \pm 21,9$  ед/л с достоверной разницей. По показаниям АСТ и ЛДГ прослеживалась аналогичная тенденция. При оценке уровня билирубинемии в первой группе данный показатель нормализовался, тогда как во второй изменялся мало (общий билирубин  $21,8 \pm 4,3$  мк.моль/л, прямой -  $5,8 \pm 2,3$  мк.моль/л). При исследовании ГГТП отмечалось снижение данного показателя в 3,6 раза в 1-ой группе и в 1,7 раза во 2-ой группе по сравнению с исходным уровнем. Количество ЩФ после применения ремаксола в 1-ой группе нормализовалось, во 2-ой группе менялось незначительно. У больных ХГС было установлено увеличение содержания средних молекул. На фоне проведенного лечения отмечено снижение данного показателя до  $0,35 \pm 0,01$  опт.ед. в 1-ой группе и до  $0,50 \pm 0,03$  опт.ед. - во 2-ой.

При анализе показателей свободно-радикального окисления получены достоверные данные по снижению уровней МДА и ДК на фоне терапии, при этом в 1-ой группе результаты были более выраженными. При оценке антиоксидантной системы предпочтительное действие ремаксола сказывалось на более значимом увеличении активности СОД, каталазы, содержания витамина Е.

### **Выводы.**

1. Применение препарата ремаксол у больных ХГС редуцирует процессы цитолиза гепатоцитов, уменьшая выраженность холестаза, снижает уровень эндогенной интоксикации

2. Ремаксол влияет на систему ПОЛ, существенно уменьшая активность процессов свободно-радикального окисления, восстанавливая ферментативный и неферментативный антиоксидантный потенциал в крови, что обуславливает патогенетическую направленность лечебного эффекта.

**260. ЗНАЧЕНИЕ ТРАНСНАЗАЛЬНОЙ ВИДЕОЭНДОСКОПИИ С ФУНКЦИЕЙ ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНОГО ЦВЕТОВОГО ВЫДЕЛЕНИЯ ПАТОЛОГИИ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ - FICE ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНИ И ГРЫЖИ ПИЩЕВОДНОГО ОТВЕРСТИЯ ДИАФРАГМЫ.**

Стародубцев В.А., Полосин А.В., Баулин А.А. Куприянов М.П., Баулин В.А., Березина Н.П.

ООО КДЦ «МЕДИКЛИНИК», г. Пенза; кафедра хирургии ГИУВ, г. Пенза.

**Цель.** Оценить возможности трансназальной эзофагогастроуденоскопии и технологии FICE для диагностики гастроэзофагеальной рефлюксной болезни и грыжи пищеводного отверстия диафрагмы.

**Материалы и методы.** Приборы фирмы FUJINON – цифровой процессор EPX-4400 с функцией FICE. FICE – система интеллектуального цветового выделения патологии слизистой оболочки. Обычное цветное изображение преобразуется в несколько спектральных изображений, каждое из которых соответствует определенной длине волны от фиолетового – 400 нм, проникающего в поверхностные слои СО, до красного – 700 нм, проникающего в глубокие слои СО. Только определенные длины волн могут быть использованы для реконструкции изображения (система RGB); процессор позволяет выбирать спектральные изображения с определенной длиной волны, усиливать различия отраженного спектра и создавать высококонтрастные изображения, делая видимыми мельчайшие изменения структуры СО; в системе имеется 10 заводских настроек длин волн и возможность менять длину волны в интервале 400-650 нм. Фиброгастроскопы – EG-530 FP – трансоральный, EG-530 N – трансназальный. Изображение проецируется на экран HD-19 дюймов (увеличение до 30 раз с использованием цифрового zoom), фото – карта памяти CF, видео – DVD SONY, регистрация пациентов – система МЕДИАЛОГ 6.75 PMT, печать заключений – лазерный принтер HP Color Laser Jet 2505.

**Результаты:** обследовано 1383 пациента: мужчин 579, женщин 804. Трансорально выполнено 626 исследований, из них с применением технологии FICE 416; трансназально выполнено 759 исследований, из них с применением технологии FICE 629. С жалобами на боли обратилось 767 пациентов; по локализации боли распределились следующим образом – по ходу пищевода 64; за грудиной 43; в эпигастрии 559; в мезогастррии 89; в правом подреберье 164; в левом подреберье 148. С жалобами на симптомы желудочной диспепсии обратилось 765 пациентов; по симптомам они распределились следующим образом – изжога 395; горечь в полости рта 146; отрыжка 243; срыгивание 13; дисфагия 115; тошнота 185; рвота 57; тяжесть в желудке 275. ГЭРБ, в форме различных степеней рефлюкс-эзофагита по Савари-Миллеру в модификации G.N.J. Tytgat et al. (1990 г), выявлена у 1078 пациентов, что составило 77,9%. По данным ЦНИИГ (2009 г) частота выявления рефлюкс-эзофагита составила 37,8%; по собственным наблюдениям, используя оптоволоконные приборы OLYMPUS – 21,5% (2005-07 гг.). По степеням рефлюкс-эзофагит распределился

следующим образом – 1 ст. – 902 пациента (83,67%), 2 ст. – 128 пациентов (11,87%), 3 ст. – 32 пациента (2,97%), 4 ст. – 10 пациентов (0,93%), 5 ст. – 6 пациентов (0,55%). Степень недостаточности кардии оценивалась по степеням от первой до четвертой, в зависимости от вида сегмента слизистой пищевода при инверсионном осмотре нижнего пищеводного сфинктера и распределилась следующим образом: общее количество пациентов 897, из них 1 ст.- 401(44,7%), 2 ст.- 177(19,73%), 3 ст.- 132(14,71%), 4 ст.- 187(20,84%). Недостаточность кардии 4 ст. практически является эндоскопическим признаком грыжи пищеводного отверстия диафрагмы, окончательный диагноз которой и определение типа грыжи устанавливался путем рентгеноскопии. Мы не отметили корреляционной зависимости между степенью рефлюкс-эзофагита и степенью недостаточности кардии. Трансназальная ЭФГДС дает преимущества в осмотре такой деликатной зоны, как кардия; при отсутствии рвотного рефлекса, используя режим «0» - R500 nm,G455nm,B515nm нам удалось получить высококонтрастные изображения зоны гастроэзофагеального перехода; используя режим «б» - R500nm,G480nm,B420nm удалось получить высококонтрастные изображения артериальных сосудов слизистой оболочки; используя режим «9» - R550nm,G500nm,B400nm удалось получить высококонтрастные изображения венозных сосудов слизистой оболочки. Анализируя полученные изображения, удалось более точно диагностировать рефлюкс-эзофагит различной степени выраженности. Начальные проявления ГЭРБ в виде рефлюкс-эзофагита 1-2 ст. хорошо поддаются консервативному лечению – у больных исчезают боли и симптомы желудочной диспепсии (изжога, отрыжка, горечь в полости рта и т.д.); но по литературным данным после отмены специфической антирефлюксной терапии рецидив заболевания возникает у 50% пациентов через 6 месяцев, а у 87-90% через 12 месяцев. По нашему мнению такой высокий процент рецидивов связан с наличием у данной группы пациентов недостаточности кардии различной степени выраженности. Выходов из данной ситуации два: 1- постоянная, поддерживающая терапия антирефлюксными препаратами и прокинетики; 2- хирургическое лечение, направленное на формирование дополнительной запирающей функции у нижнего пищеводного сфинктера. При этом использование трансназальной ЭГДС с применением технологии FICE и инверсионного осмотра нижнего пищеводного сфинктера позволяет выявить недостаточность кардии 3-4 ст. на ранней стадии проявления рефлюкс-эзофагита (1-2 ст.), когда еще не сформировались осложнения в виде рубцовых стриктур, язв, пищевода Баррета и рака.

Для объективной оценки переносимости пациентами различных способов проведения манипуляции применили исследование ситуативной тревожности перед ФЭГДС с использованием теста Спилберга-Ханина. Всего в исследовании принимало участие 230 пациентов; они были распределены на следующие группы:

1. ЭГДС трансорально (волоконные приборы) – 77
2. ЭГДС трансорально (видеогастроскопы) – 44
3. ЭГДС трансназально (видеогастроскопы) – 52

4. ЭГДС трансназально повторно (контроль лечения, динамическое наблюдение) – 57.

Высокий уровень тревожности выявлен у пациентов 1 и 2 групп; умеренный и низкий уровень тревожности выявлен у пациентов 3 и 4 групп.

**Выводы.** 1. Применение технологии FICE улучшает диагностику ГЭРБ, т.к. при использовании различных длин волн удается диагностировать мельчайшие изменения эпителия пищеводно-желудочного перехода. 2. Трансназальная ЭФГДС значительно лучше переносится пациентами, что позволяет рекомендовать ее для широкого применения в клинической практике, особенно для диагностики ГЭРБ. 3. Использование инверсионного осмотра и оценка степени недостаточности кардии дает возможность оценить прогностический результат консервативного лечения. 4. Наличие у пациентов недостаточности кардии 3-4 ст. и сопутствующего рефлюкс-эзофагита 1-2 ст. предполагает направление пациента в хирургическую клинику для проведения оперативного лечения, направленного на восстановление запирающей функции нижнего пищеводного сфинктера и коррекции грыжи, для исключения в последующем развития осложненных форм ГЭРБ. 5. Метод FICE требует дальнейшего клинического применения для изучения максимально полного использования его возможностей.

## 261. ПРОБЛЕМЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ЦИРРОЗОВ ПЕЧЕНИ В ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЧЕСКОМ ОТДЕЛЕНИИ ГОРОДСКОГО СТАЦИОНАРА

Сторожаков Г.И.<sup>1</sup>, Федоров И.Г.<sup>1,2</sup>, Косюра С.Д.<sup>1,2</sup>, Мерзликина Н.Н.<sup>1,2</sup>, Ильченко Л.Ю.<sup>1</sup>.

<sup>1</sup>Кафедра госпитальной терапии № 2 лечебного факультета РГМУ им. Н.И. Пирогова; <sup>2</sup>Городская клиническая больница № 12 Департамента здравоохранения г. Москвы

**Цель исследования:** проанализировать особенности течения, трудности диагностики и лечения циррозов печени (ЦП) у пациентов в гастроэнтерологическом отделении (гэо) стационара мегаполиса.

**Материалы и методы.** В исследование включено 208 больных ЦП различной этиологии. Из них: мужчин – 147, женщин - 61 в возрасте 37-70 лет. Выраженность печеночно-клеточной недостаточности соответствовала классу «В-С» по Child-Pugh. Всем больным проводилось комплексное клиничко-лабораторное и инструментальное обследование в гэо ГКБ № 12 г. Москвы (клиническая база кафедры госпитальной терапии № 2). Период наблюдения составил - 18 месяцев (июль 2008 г. – декабрь 2009 г.).

**Результаты.** Среди обследованных пациентов с ЦП преобладали мужчины старше 45 лет. По сравнению с 2007 г отмечено увеличение числа женщин, страдающих ЦП развившимся на фоне хронической алкогольной интоксикации (ХАИ). При анализе социодемографических признаков выявлено: преобладание пациентов с ЦП, не имеющих постоянного вида деятельности, не достигших пенсионного возраста, со средним уровнем образования, низкой комплаентность к лечению (поздняя обращаемость в медицинские учреждения на стадии осложнений ЦП, а также

отсутствием абстиненции, продолжением алкоголизации, не системным приемом лекарственных препаратов). В этиологической структуре ЦП ведущее место занимает алкоголь и алкогольно-вирусные поражения. У основной части пациентов со смешанным ЦП (алкогольно-вирусным) установлено наличие хронической HCV-инфекции. Причем у четверти из всех обследованных в сыворотке крови выявлены маркеры репликации гепатотропных вирусов (HCV RNA, HBV DNA). Острый токсический гепатит, обусловленный, как правило, приемом суррогатов алкоголя и/или развившийся на фоне ЦП, диагностирован у 12% больных. Малая доля в этиологической структуре ЦП принадлежит ХЗП аутоиммунного генеза (8,2%). Особенности клинической картины у обследованных больных ЦП класса В-С по Child-Pugh является развитие полиорганной недостаточности и системной воспалительной реакции, вследствие возникновения различных инфекций. У половины пациентов (49%) с ЦП диагностированы инфекционные осложнения (пневмония, спонтанный бактериальный перитонит, мочевые инфекции, бактериальный эндокардит, сепсис и др.). При проведении бактериологических исследований в биологических средах пациентов (кровь, мокрота, асцитическая жидкость, бронхиальные смывы) у 1/3 выделены условно-патогенными микроорганизмы (*Bacillus subtilis*, *Enterococcus faecalis*, *E.Coli* и др.), резистентные к широко применяемым антибиотикам (АБ). Данные инфекционные осложнения усугубляли течение ЦП, ухудшали прогноз и значительно увеличивали стоимость лечения, в связи с необходимостью назначения АБ резерва. При оценке критериев рассчитанных по MELD, W. Maddrey, получено снижение предполагаемой выживаемости при естественном течении ЦП у трети больных до 3-6 мес. Диагноз ГЦК установлен у 3/208 (1,4%) больных ЦП, в 5 (1,4%) случаях из 352 больных с ХЗП выявлена холангиогенная карцинома. Учитывая, как правило, позднюю диагностику злокачественных опухолей гепатобилиарной системы, считаем целесообразным обязательное включение высокотехнологичных методов (КТ, МРТ) в программу обследования пациентов с ХЗП. В ГЭО создана палата интенсивного наблюдения и терапии. Двое больных включены в Лист ожидания трансплантации печени. На базе ГКБ № 12 создается регистр пациентов с ЦП. В группе пациентов с ЦП летальность составила 8,2% (кровотечение из варикозно расширенных вен пищевода, полиорганная недостаточность). Средний период наблюдения от момента установления диагноза ЦП до летального исхода не превышал 5±2,5 года. Среди пациентов выделена группа риска повышенной летальности от осложнений ЦП.

**Выводы.** С целью оптимизации оказания медицинской помощи больным с ЦП необходимо широко внедрять в клиническую практику высокотехнологические методы диагностики и современной терапии; соблюдать преемственность в работе специалистов амбулаторно-поликлинического звена и стационара (гастроэнтерологов, инфекционистов, наркологов, хирургов, трансплантологов). Это позволит улучшить качество и продолжительность жизни, замедлить прогрессирование ХЗП и развитие ГЦК,

уменьшить летальность от осложнений при декомпенсации ЦП, а также снизить экономические затраты на осуществление медицинской помощи жителям мегаполиса.

## 262. КЛИНИЧЕСКИЙ ПРИМЕР: ЗАБОЛЕВАНИЯ ПИЩЕВОДА КАК ПРИЧИНА БОЛЕВОГО СИНДРОМА В ГРУДНОЙ КЛЕТКЕ

Сторонова О.А., Джахая Н.Л., Трухманов А.С., Ивашкин В.Т.

Кафедра пропедевтики внутренних болезней лечебного факультета ММА им. И.М. Сеченова, Москва, Россия

Целью настоящей публикации является описание клинического случая болевого синдрома в области сердца. Больной И., 55 лет, поступил в клинику в феврале 2010 г. с жалобами на спонтанно возникающие боли в области сердца давящего, колющего характера, не связанные с физической нагрузкой, без иррадиации, длящиеся от минуты до нескольких часов, усиливаются при наклонном положении тела, ослабевающие при ходьбе. Эпизодические подъемы АД до 150/90 мм рт.ст. Клинические симптомы появились 10 лет назад, боли длились по несколько минут, умеренные, постоянную терапию не получал. К 2004 г. боли значительно усилились, стали практически ежедневными. Обследовался амбулаторно, поставлен диагноз стенокардии напряжения Пф.к. Были назначены ингибиторы АПФ, нитраты, которые в течение 2 месяцев принимал постоянно (с положительным эффектом), затем только при болях. В январе 2010 года развился сильный болевой приступ в области сердца. С диагнозом нестабильная стенокардия был доставлен в больницу. При ХМ-ЭКГ выявлено смещение сегмента ST на 1,6мм. *Тредмил-тест*: проба отрицательная. Были назначены В-адреноблокаторы, нитраты, блокаторы Са-каналов с временным положительным эффектом. После выписки был госпитализирован в ПТК для дообследования. При поступлении в анализах крови, мочи и кала без отклонений от нормы. ЭКГ: синусовая брадикардия. ЭХО-КГ: ФВ 62%. Зон гипокинеза нет. Умеренная гипертрофия миокарда ЛЖ. *Коронарография*: изменений не выявлено. ЭГДС: недостаточность кардии, катаральный рефлюкс-эзофагит 0ст, антральный гастрит с наличием полных эрозий. *Рентген пищевода*: недостаточность кардии, ГПОД, дискинезия пищевода. *Манометрия пищевода*: вторичные и третичные сокращения стенки пищевода. *24ч-pH-метрия*: кислые патологические ГЭР, гиперацидность желудка. Больному назначена антисекреторная терапия, прокинетики, блок.Са-каналов с положительным эффектом.

Заключение: пациентам с болевым синдромом в грудной клетке при имеющейся стенокардии необходимо провести обследование пищевода, включающее в себя рентгенологическое, рН-метрическое и манометрическое исследования, с целью верификации сочетанной причины болевого синдрома - патологии пищевода.

## 263. К ВОПРОСУ О РОЛИ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ В РАЗВИТИИ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

Страхова К.В., Великова И.В., Егорова Е.Н., Мазур В.В., Мазур Е.С.

Кафедра госпитальной терапии ГОУ ВПО Тверской ГМА Росздрава, г. Тверь, Россия

Актуальность. Фибрилляция предсердий (ФП) – одна из наиболее часто встречающихся в клинической практике аритмий. Не вызывает сомнения, что она является важнейшим фактором риска тромбэмболических осложнений. Однако вопрос о роли ФП в развитии и прогрессировании хронической сердечной недостаточности (ХСН) остается открытым. С одной стороны, ФП способствует появлению и усилению сердечной недостаточности у больных с органическим поражением сердца. С другой стороны, преимуществ терапии, направленной на поддержание синусового ритма у данной категории больных, не установлено (исследование AFFIRM и др.). В связи с этим представляет интерес изучение влияния ФП на показатели центральной гемодинамики у пациентов без патологии сердца, так как наличие последней может нивелировать роль самой ФП в патогенезе ХСН.

Цель работы. Изучить особенности ремоделирования сердца и изменение уровней аминотерминального мозгового натрийуретического пропептида (NT-pro BNP) и эндотоксина (ЭТ) у больных с персистирующей идиопатической фибрилляцией предсердий (ФП) после восстановления синусового ритма.

Материалы и методы. Обследовано 20 пациентов (11 мужчин и 9 женщин, средний возраст  $52,7 \pm 2,8$  года) с идиопатической персистирующей формой ФП, которым осуществлялось восстановление синусового ритма путем электрической кардиоверсии. Всем пациентам до и после кардиоверсии проводилось эхокардиографическое исследование на аппарате HP SONOS 2000 и определение в сыворотке крови уровня NT-pro BNP (иммунохроматографическим методом) и уровня ЭТ (хромогенным тестом по конечной точке).

Результаты. На фоне ФП ни у кого из больных не отмечалось нарушений диастолической функции левого желудочка или снижения фракции выброса (ФВ,  $57,4 \pm 2,3$  %). После восстановления синусового ритма ФВ практически не менялась ( $58,4 \pm 1,9$  %), однако наблюдалось достоверное снижение давления в легочной артерии (систолического с  $28,3 \pm 1,3$  до  $25,3 \pm 0,3$  мм рт.ст.,  $p < 0,05$ , диастолического с  $11,2 \pm 0,8$  до  $8,7 \pm 0,4$  мм рт.ст.,  $p < 0,01$ ), что сопровождалось уменьшением концентрации NT-pro BNP (с  $1372 \pm 460$  до  $735 \pm 318$  пг/мл,  $p < 0,05$ ) в сыворотке крови.

Иначе говоря, фибрилляция левого предсердия приводит к появлению «левопредсердной недостаточности», сопровождающейся субклиническим застоем крови в малом круге кровообращения и повышением нагрузки на правый желудочек, что и проявляется увеличением уровня NT-pro BNP в сыворотке крови.

Можно полагать, что фибрилляция правого предсердия нарушает отток крови из сосудов большого круга кровообращения ("правопредсердная недостаточность"). В пользу этого свидетельствует наблюдаемое при восстановлении синусового ритма снижение в крови уровня эндотоксина (с  $0,31 \pm 0,04$

0,25 ± 0,03 ЕД/мл,  $p < 0,01$ ), концентрация которого возрастает при наличии застоя в сосудах кишечника.

**Выводы.** Таким образом, устранение ФП ведет к снижению уровней NT-pro BNP и эндотоксина в сыворотке крови, что может быть связано с исчезновением, соответственно, «левопредсердной» и «правопредсердной недостаточности», обусловленной выпадением сократительной функции предсердий.

#### 264. ВЛИЯНИЕ ХАРАКТЕРА ТЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА НА СОСТОЯНИЕ МЕМБРАННОГО ЭТАПА КИШЕЧНОГО ПИЩЕВАРЕНИЯ

Строкова О.А., Еремина Е.Ю.

ГОУ ВПО «МГУ им. Н.П. Огарева», Саранск, Россия

**Цель исследования:** определить состояние мембранного этапа кишечного пищеварения у больных хроническим панкреатитом в зависимости от характера течения заболевания.

**Материал и методы исследования.** Под наблюдением находились 106 больных хроническим панкреатитом, из них у 62 пациентов отмечалось рецидивирующее течение заболевания и у 44 больных - прогрессирующее. Средний возраст обследованных составил  $40,2 \pm 2,2$  года. Контрольную группу составили 14 практически здоровых добровольцев, не имеющих патологии со стороны органов пищеварения в возрасте от 18 до 38 лет. Диагноз хронического панкреатита был выставлен на основании клинико-anamnestических данных и подтвержден результатами лабораторных и инструментальных методов исследования (копрологическое исследование, ультразвуковое исследование поджелудочной железы, печени, желчного пузыря и желчевыводящих путей (аппараты «Aloka SSD-5500» и «Aloka SSD-1400»), эндоскопическое исследование пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки (аппараты «Olympus GIF-V70» и «Pentax FG-29W»). У части больных ( $n=12$ ) для уточнения диагноза проводилась компьютерная и магнитно-резонансная томография поджелудочной железы.

Для изучения состояния кишечного пищеварения использовались: определение амилолитической функции начальных отделов тощей кишки в зоне полостного и мембранного пищеварения, адсорбционных свойств кишечного эпителия в отношении панкреатической амилазы методом Ц.Г. Масевича, А.М. Уголева, Э.К. Забелинского; определение активности мембраносвязанных ферментов (мальтазы, сахаразы, щелочной фосфатазы, аланинаминопептидазы) и мембраноцитозольных дипептидаз (глицил-L-лейциндипептидазы, глицил-валиндипептидазы и глицил-фенилаланиндипептидазы), а также содержания белка (методом О.Н. Lowry) в гомогенате слизистой оболочки тонкой кишки. Исследование регуляторных свойств мембраносвязанных кишечных ферментов проводилось на примере изменения активности щелочной фосфатазы в присутствии ее конкурентного ингибитора трибутирина (4,0 г/л).

**Результаты и их обсуждение.** У всех обследованных больных ХП отмечалось нарушение гидролитической активности тонкой кишки. При рецидивирующем

течении заболевания преобладающим вариантом изменений было снижение амилолитической активности тонкой кишки в зоне мембранного пищеварения за счет уменьшения активности собственно кишечной  $\gamma$ -амилазы, адсорбируемых фракций  $\alpha$ -амилазы и нарушения адсорбционных свойств кишечной слизистой в отношении панкреатической  $\alpha$ -амилазы. У больных с прогрессирующим характером течения хронического панкреатита в основе нарушения мембранного гидролиза лежало снижение активности ферментов, осуществляющих мембранный гидролиз нутриентов (аланинаминопептидазы, мальтазы, сахаразы), и мембраноцитозольных дипептидаз (глицил-валиндипептидазы, глицил-L-лейциндипептидазы) в сочетании с нарушением регуляторных свойств кишечных ферментов. Об изменении регуляторных свойств кишечных ферментов свидетельствовала более высокая, чем в контроле, степень ингибирования активности щелочной фосфатазы в присутствии трибутирина. Это свидетельствовало о значительном сужении диапазона ферментативных адаптаций в условиях естественного полисубстратного пищеварения. При рецидивирующем течении хронического панкреатита степень ингибирования активности щелочной фосфатазы была выше на 57,6%, а при прогрессирующем течении заболевания - на 68,8% ( $p < 0,05$ ), по сравнению с контрольной группой.

Выявленные нарушения активности кишечных ферментов, осуществляющих полостной и мембранный гидролиз нутриентов, сочетались у больных хроническим панкреатитом с низкой степенью обеспеченности кишечной слизистой белком, используемым для ферментсинтетических целей, что было особенно выражено при прогрессирующем течении заболевания ( $p < 0,05$ ).

**Выводы.** У больных с прогрессирующим характером течения хронического панкреатита отмечается более выраженное нарушение мембранного этапа кишечного пищеварения и регуляторных свойств кишечных мембраносвязанных ферментов, что необходимо учитывать при лечении данного контингента больных.

#### 265. ИЗУЧЕНИЕ ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНОГО ДЕЙСТВИЯ НОВЫХ ПРОИЗВОДНЫХ ВИСМУТА

Султанова Р.Х., Алиев Х.У.

Тошфарми, г.Ташкент, ул.Айбека-45, Узбекистан

Среди заболеваний органов пищеварения язвенная болезнь занимает ведущее место в структуре госпитализированных гастроэнтерологических больных. По данным медицинской статистики половина взрослого населения страны страдает гастритами и язвенной болезнью. Это свидетельствует о том, что указанная патология становится не только медицинской, но и важнейшей социальной проблемой. Противоязвенные препараты, используемые в клинической практике полностью не удовлетворяют врачей. Учитывая вышеизложенное изучение новых координационных препаратов на основе висмута является актуальными.

**Цель:** изучение влияния соединения висмута (III) с гистидином и висмута (III) с метронидазолом, под

условным названием «вигитрил» и «виметрол» на течение экспериментальной язвы желудка.

**Материалы и методы:** противовоспалительное действие «вигитрил» и «виметрола» изучали на общепринятой формалиновой и гистаминовой моделях воспаления у крыс. Экспериментальное воспаление вызывали у 24 крыс, массой 140-175грамм обоего пола, субпланитарным введением в заднюю лапку крыс формалина (2% раствора по 0,2мл) и гистамина (0,1% раствора 0,2мл). Опыты проводили сравнительно с известным препаратом индометацином. Противовоспалительная активность определялась по разности объёма лапок до введения формалина и гистамина, а также через 2, 6 и 24 часа после их введения. Прирост объёма лапок крыс выражали в процентах от исходного, которые были приняты за 100%-тов. Изучаемые препараты вводили орально за 1 час до введения формалина и гистамина в дозе 10 и 25 мг/кг, а известный препарат индометацин в дозе 15 мг/кг.

**Результаты:** опыты показали, что изученные соединения висмута подавляют развитие формалинового и гистаминового отёка в разной степени. Так, «вигитрил» в дозе 10 и 25 мг/кг задерживала развитие воспаления соответственно на 64,1% и 34,7%-тов от исходного. В аналогичных условиях, в которых в качестве флогогенного раздражителя был использован гистамин, также обнаружен противовоспалительную активность. При этом «виметрол» и «вигитрил» в дозе 10 мг/кг задерживал развитие воспаления на 69,1% и 47,1% , а известный препарат индометацин уменьшал объём лапок крыс на 56,6% от исходного. Следовательно, наиболее выраженное противовоспалительное действие отмечается при введении «виметрола» в дозе 10 мг/кг. Необходимо отметить, что изучаемые препараты заметно ускоряет возвращение объёма лапок крыс к его исходному состоянию.

**Выводы:** таким образом, можно сказать, что изучаемые препараты висмута обладают выраженным противовоспалительным действием. Противовоспалительный эффект «виметрола» более выражена, чем «вигитрил» и он по противовоспалительному действию не уступает индометацину.

## 266. ДИСБАКТЕРИОЗ КАК НАИБОЛЕЕ ЧАСТАЯ ПРИЧИНА НЕУДАЧИ В ЛЕЧЕНИИ МИКРОСПОРИИ И ПУТИ ЕГО КОРРЕКЦИИ

Сундеева Е.А., Ахметова А.К.

Государственный медицинский университет г. Семей, Республика Казахстан

**Цель исследования.** Установить взаимосвязь дисбактериоза и микроспории в связи с отсутствием эффекта лечения у части больных.

**Материалы и методы.** Исследования проведены у 45 больных с микроспорией, получавших тербинафин. Проведен сопоставительный анализ влияния тербинафина на рост колоний *in vitro* и его клиническая эффективность. Для диагностики дисбактериоза проводилось микроскопическое бактериологическое исследование кала.

**Результаты и обсуждение.** В группе больных с достаточной эффективностью первого курса лечения микроспорией тербинафином результаты роста колоний

*Microsporum canis* соответствовали клиническим результатам лечения. Отсутствие роста колоний в этой подгруппе отмечалось в 96,4% случаев. В группе с недостаточной эффективностью первого курса лечения больных микроспорией результаты были неоднозначными: более чем в половине случаев (53,3%) у пациентов рост колоний грибов отсутствовал. Несмотря на недостаточную клиническую эффективность, чувствительность выделенных штаммов грибов к препарату была достаточно высокой. У 21 больного *In vitro*, отмечалось наличие роста колоний при недостаточной клинической эффективности препарата тербинафина. Эти данные предполагают наличие у больных штаммов *Microsporum canis*, относительно резистентных к действию тербинафина. У больных этой подгруппы тербинафин в дальнейшем лечении был заменен на итраконазол. У остальных 24 пациентов этой группы с отсутствием роста колоний *in vitro* на среде, выявлена недостаточная клиническая эффективность препарата тербинафина. Имеющиеся данные свидетельствуют об уменьшение всасывания препарата из желудочно-кишечного тракта, связанные с его патологией (в частности, с наличием дисбактериоза кишечника). Исходя из этого, нами было проведено дополнительное обследование больных данной категории, направленное на выявление патологии желудочно-кишечного тракта. В показателях копрограммы, бактериологического исследования у больных с недостаточной эффективностью терапии выявлены данные, свидетельствующие о наличии воспаления стенки кишечника. Эти патологические изменения могут быть связаны с наличием кишечного дисбактериоза, а также с патологией других внутренних органов (поджелудочная железа, печень) и в значительной степени ухудшать условия всасывания жирорастворимых лекарственных препаратов. С целью восстановления выявленных нарушений применяли препарат лактулоза. У больных, принимавших лактулозу по схеме, отмечалась нормализация состава кишечной микрофлоры.

**Выводы.** Проведенная коррекция дисбактериоза, путем курсового применения препарата лактулозы, позволила практически нормализовать состав кишечной микрофлоры у больных микроспорией с недостаточным эффектом первого курса антимикотической терапии.

## 267. ИНФОРМАТИВНОСТЬ СЫВОРОТОЧНОГО УРОВНЯ ГИАЛУРОНОВОЙ КИСЛОТЫ КАК МАРКЕРА ТЯЖЕСТИ ЦИРРОЗА ПЕЧЕНИ У ДЕТЕЙ

Сурков А.Н., Кучеренко А.Г.

Научный центр здоровья детей РАМН, Москва

**Цель исследования:** определить информативность сывороточного уровня гиалуроновой кислоты (ГК) как неинвазивного маркера тяжести цирроза печени (ЦП) у детей в исходе хронических болезней печени (ХБП).

**Материалы и методы:** обследовано 49 детей (мальчиков – 23, девочек – 26) с ЦП в исходе ХБП различной этиологии, из них: с аутоиммунным гепатитом – 15, болезнью Вильсона – 7, гликогеновой болезнью – 5, первичным склерозирующим холангитом – 4, хроническим вирусным гепатитом – 2, криптогенным

гепатитом – 16 больных. Возраст детей колебался от 2 до 17 лет (средний возраст 11,7±0,6 лет). У 33 детей диагноз ЦП был установлен морфологически, у остальных пациентов ввиду наличия противопоказаний биопсия печени не проводилась, диагноз ЦП устанавливался на основании результатов клинико-лабораторного и инструментального обследования. В зависимости от тяжести ЦП по классификации Чайльда-Пью все пациенты были распределены в следующие группы: 1-я группа – дети с ЦП класса А, 2-я – с ЦП класса В, 3-я – с ЦП класса С. Контрольную группу составили 15 практически здоровых сверстников. У всех детей в сыворотке крови методом ИФА был определен уровень ГК. Данные представлены в виде  $M \pm m$ . Все исследования проведены при добровольном информированном согласии пациентов или их родителей.

Результаты и их обсуждение: уровень ГК в сыворотке крови у детей контрольной группы составил 13,9±3,7 нг/мл, у пациентов 1-й группы – 124,7±13,1 нг/мл; 2-й группы – 342,8±69,6 нг/мл; 3-й группы – 585,1±147,5 нг/мл. При анализе полученных данных было выявлено, что сывороточная концентрация ГК была достоверно выше во всех группах пациентов с ЦП, чем в контроле ( $p=0,000$ ), а также значимо выше у детей 3-й группы по сравнению с пациентами 1-й и 2-й групп ( $p=0,000$  и  $p=0,000$ , соответственно) и выше во 2-й группе, чем в 1-й ( $p=0,045$ ).

Выводы: сывороточный уровень ГК является информативным неинвазивным маркером тяжести ЦП у детей с различными формами ХБП.

## 268. ВЗАИМОСВЯЗЬ АНТРОПОМЕТРИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ИМТ, ОТ, ОТ/ОБ И РЕЗУЛЬТАТОВ КТ ДИАГНОСТИКИ ЖИРОВОГО ГЕПАТОЗА

Сухогузова М.Е., Смоленская О.Г.  
ГОУ ВПО УГМА Росздрава, г.Екатеринбург, Россия

Широкая распространённость НАЖБП требует внедрения в клиническую практику новых высокоинформативных методов диагностики и контроля лечения.

Цель исследования: определить взаимосвязь антропометрических показателей ИМТ, ОТ, ОТ/ОБ с данными КТ-диагностики жирового гепатоза, установить диагностическую ценность КТ печени по сравнению с УЗИ.

Материалы и методы исследования. Обследовано 38 пациентов со стеатозом печени, средний возраст 44,53±1,75. Критериями включения в исследование явилось наличие признаков стеатоза печени по данным УЗИ. Критерии исключения: вирусное поражение печени, употребление алкоголя (анкеты CAGE, ПАС), суррогатов алкоголя и гепатотоксичных препаратов. КТ-диагностика стеатоза печени проводилась всем пациентам (на аппарате Siemens sensation 16), оценивалась рентгеноплотность печени. Всем пациентам измеряли ОТ, ОБ, ИМТ, определяли отношение ОТ/ОБ.

Результаты исследования и их обсуждение. Среднее значение рентгеноплотности у обследованных пациентов составляло 50,0±1,7 HE. Среднее значение ИМТ в

исследуемой группе составляло 29,4±0,5, ОТ 92,0±2,2 см, ОБ 96,2±1,8 см, ОТ/ОБ 0,95±0,01. Из всех перечисленных показателей получена статистически значимая ( $p<0,0001$ ) взаимосвязь эхогенности печени с ОТ ( $r = 0,398$ ) и отношением ОТ/ОБ ( $r = 0,507$ ). Выявлена статистически значимая ( $p<0,0001$ ) обратная взаимосвязь КТ рентгеноплотности печени с отношением ОТ/ОБ ( $r = -0,372$ ). Достоверной связи показателей ИМТ, ОТ с данными КТ получено не было.

Выводы. 1. Выраженность жирового гепатоза по КТ и по УЗИ достоверно коррелирует с отношением ОТ/ОБ. 2. Снижение рентгеноплотности печени по данным КТ в большей степени зависит от типа распределения жировой ткани.

## 269. ГЕПАТИТ ПРИ ТУБЕРКУЛЕЗЕ

Таланова О.С., Кузьмина О.А., Холева А.О., Савоненкова Л.Н., Арямкина О.Л.  
Ульяновский государственный университет, Ульяновск, Россия,

Во всем мире прогрессивно увеличивается число больных с патологией органов пищеварения и, в первую очередь с хроническим гепатитом. Заболеваемость внелегочным туберкулезом, в том числе абдоминальным также возрастает. В 2/3 случаев абдоминальный туберкулез, при котором в трети случаев в специфический процесс вовлекается печень, диагностируется в ЛПУ общего профиля. В ходе диагностического поиска возникает необходимость проводить дифференциальную диагностику с патологией печени специфического и неспецифического генеза, в связи с необходимостью оказания адекватной помощи больным. Изучение проблемы полиморбидности чрезвычайно актуально и требует пристального внимания клиницистов в связи повсеместно регистрируемым ухудшением эпидемиологических показателей при множой патологии.

Целью настоящей работы явилось изучение частоты встречаемости и структуры неспецифических и специфических заболеваний печени и селезенки при туберкулезе.

Материалы и методы. Дизайн исследования – ретро- и проспективное, рандомизированное исследование, проведенное методом сплошной выборки за период 1990-2009 годы. Обследованы 187 больных абдоминальным туберкулезом в возрасте 40,7±1,56 лет (95% ДИ 36,4-44,1) и 670 из 1229 больных туберкулезом легких (54,5%), выписанных из стационара за 2003-2004 гг. в возрасте 47,1±0,53 лет (95% ДИ 46,1-48,2 лет). Диагноз туберкулеза и сопутствующей ему неспецифической соматической патологии устанавливали согласно стандартам диагностики данных заболеваний с использованием комплекса клинических, лабораторных и инструментальных исследований. Фактические данные подверглись статистической обработке с использованием лицензионных статистических пакетов STATISTICA 6.0, SPSS 13.0.

Результаты и их обсуждения. Абдоминальный туберкулез классифицировали как: туберкулез гастроинтестинального тракта, абдоминального лимфатического аппарата, паренхиматозных органов, серозных оболочек; моно- и полиорганный;

изолированный и сочетанный. Клиника туберкулеза определяется туберкулезной интоксикацией, бронхолегочными симптомами и признаками пораженных органов. В 6 из 187 (3,21%) случаев туберкулеза паренхиматозных органов специфические изменения выявлены случайно при проведении гистологических исследований по поводу другой патологии.

Туберкулез паренхиматозных органов - печени (n=43, 23,0%) и селезенки (n=37, 19,8%) диагностирован в 26,2% случаев абдоминального туберкулеза – у 49 из 187 больных. Туберкулез легких представлен преимущественно инфильтративной, диссеминированной и милиарной формами.

И абдоминальному туберкулезу (АТ) и туберкулезу легких (ТЛ), протекающему с соматической полиморбидностью сопутствовали хронический гепатит (11,1% и 38,9%;  $\chi^2=11,3$ ,  $p<0,001$ ) и цирроз печени (2,8% и 0,9%). Важнейшие этиологические факторы гепатита – гепатотропные вирусы и алкоголь. Алкоголем злоупотребляли 33,8% больных АТ, однако алкогольная болезнь II-III стадий, установленная наркологами у 39% больных ТЛ. Алкогольные поражения печени (100%) представлены стеатогепатитом (87%) и циррозом (13%). HBV- и HCV-инфекция (HBsAg-емия, HBeAg, HBeAb, HCVAb summ) верифицирована у 7,5% больных АТ и у 9,4% больных ТЛ. При хроническом вирусном гепатите у больных АТ и ТЛ выявлены умеренная гепатомегалия, преимущественно минимальный цитолиз с повышением АЛТ и АСТ до 1,5-1,87 норм.

В рамках АТ диагностированы милиарная форма туберкулеза печени (82,9%), селезенки (100%) и туберкулема печени (17,1%). При туберкулезном гепатите на фоне гепатомегалии диагностируется преимущественно минимальный, реже – умеренный цитолиз, печеночно-клеточная недостаточность, паренхиматозная желтуха и 2-3-х кратное повышение активности ГГТП. В 14,6% случаев отмечена геморрагическая сыпь, свидетельствующая о выраженности печеночно-клеточной недостаточности. При милиарной форме туберкулезного гепатита в связи с обширностью поражений регистрировалась более высокая его лабораторная активность по сравнению с туберкулезом печени. По УЗИ определялись гепато- и спленомегалия, а в паренхиме печени и селезенки визуализировались лишь крупные очаги и кальцинаты, в 2/3 случаев в сочетании с кальцинатами в мезентериальных лимфатических узлах. Гистологически определялись эпителиоидно-клеточные гранулемы с наличием клеток Пирогова-Лангханса, лимфоидных элементов и казеозного некроза в центре.

**Заключение.** Представлены различия специфического и неспецифического гепатита при туберкулезе различных локализаций, протекающем в полиморбидности.

## 270. АУТОИММУННЫЕ МАРКЁРЫ СИСТЕМНОГО ВОСПАЛЕНИЯ ПРИ КОРОНАРНОМ АТЕРОСКЛЕРОЗЕ

Тарасов А.А., Бабаева А.Р.  
Кафедра факультетской терапии ВолГМУ, Волгоград

**Актуальность.** В последние годы все более пристальное внимание уделяется аутоиммунным воспалительным механизмам, лежащим в основе прогрессирования атеросклероза.

**Цель работы.** Нами предпринята попытка сравнительного изучения показателей, характеризующие аутоиммунный компонент воспаления, у больных с клинически выраженный коронарным атеросклерозом (верифицированной ИБС) и у больных без клинических признаков ИБС, соответствующих критериям синдрома хронического системного воспаления (СХСВ, Fabbri, Rabe, 2007), а также в контрольной группе больных без ИБС и без критериев СХСВ.

**Материалы и методы.** В исследование включено 98 человек (32 больных хроническими формами ИБС, 36 лиц без ИБС, соответствующих критериям СХСВ и 30 человек – контрольная группа). По гендерному составу группы достоверно не различались, средний возраст больных ИБС составил 63,7±2,1 лет, больных с СХСВ 59,6±1,5 лет, лиц из контрольной группы 60,1±1,6 лет.

Выполнялась диагностика основных клинических форм ИБС с целью подтверждения диагноза заболевания, проводились дополнительные инструментальные и лабораторные исследования с целью стратификации сердечно-сосудистого риска (антропометрические данные, наличие АГ, нарушений углеводного и липидного обмена, стаж курения) и для диагностики синдрома хронического системного воспаления (С-реактивный протеин количественным методом, ОФВ<sub>1</sub>, ЭхоКГ для оценки систолической и диастолической функции левого желудочка). Диагностика СХСВ проводилась в соответствии с критериями Fabbri L. и Rabe K. (2007). Сывороточный уровень антител к коллагену и гликозаминогликанам (ГАГ) как аутоиммунным маркерам системного воспаления определяли с помощью иммуноферментного метода по оригинальной методике, результаты выражали в единицах оптической плотности. Полученные данные подвергали в дальнейшем статистической обработке с использованием пакета SPSS 10.0.

**Результаты.** Нами установлено, что СХСВ встречался среди 71,8% больных клинически выраженными формами ИБС, при этом почти четверть из них соответствовала 5-6 диагностическим критериям. Отмечено также, что в этой группе клинически значимое курение ассоциировалось с наличием СХСВ в 80% случаев, а повышение уровня С-реактивного белка в 100% случаев. Уровни антител к коллагену и ГАГ в основных группах больных достоверно между собой не отличались, хотя несколько выше уровни аутоантител были всё же в группе больных ИБС. При этом в обеих группах как уровни антител к ГАГ, так и к коллагену, достоверно превышали таковые в контрольной группе.

При сравнении содержания антител к коллагену и ГАГ в зависимости от анамнеза по курению, наличия метаболического синдрома (МС) и от уровня С-реактивного белка обнаружено, что наиболее высокие показатели уровня антител отмечены при клинически значимом курении и у лиц с повышенным уровнем С-реактивного белка в сыворотке крови. Хотя в большинстве случаев показатели, характеризующие аутоиммунный компонент воспаления, были выше в группах больных с наличием независимых факторов

сердечно-сосудистого риска, достоверной эта разница была лишь в группе больных с повышенным уровнем С-реактивного белка. При проведении корреляционного анализа между уровнем антител и выраженностью факторов риска в основных группах больных оказалось, что между уровнем аутоантител к компонентам соединительной ткани и уровнем С-реактивного белка имеется достоверная прямая положительная корреляционная связь ( $r=0,705$  для антител к коллагену и  $0,349$  для антител к ГАГ,  $p<0,05$ ). Таким образом, как при клинически выраженных формах ИБС, так и у больных без клинических признаков ИБС, но при наличии критериев синдрома хронического системного воспаления, отмечается повышение уровня антител к основным структурным компонентам соединительной ткани в сыворотке крови. При этом значимых различий между этими показателями в группах нами не отмечено, хотя в большинстве случаев уровень антител при наличии у больных ИБС был несколько выше. Уровень антител к коллагену и ГАГ прямо коррелирует с уровнем С-реактивного белка в крови и связь носит достоверный характер.

**Выводы.** Полученные нами данные позволяют сделать заключение о том, что аутоиммунные механизмы, участвующие в развитии коронарного атеросклероза, запускаются на ранних этапах его развития, когда клинических проявлений заболевания еще нет. Маркёры аутоиммунного воспаления могут быть обнаружены уже у больных с факторами риска, соответствующими синдрому хронического системного воспаления. Исследование маркёров аутоиммунного воспаления может быть полезным в плане ранней диагностики коронарного атеросклероза. Кроме того, уровень антител к компонентам соединительной ткани в крови может быть использован для стратификации сердечно-сосудистого риска не только у больных, страдающих ИБС, но также и у больных с признаками СХСВ, у которых клинически выраженная ИБС еще не развилась.

## 271. ОРГАНИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ И КОНЦЕНТРАЦИЯ СЕЛЕНА ЦИНКА И МАРГАНЦА У ПАЦИЕНТОВ С ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

Тарасова Л.В., Хохлова Е.А., Степашина Т.Е., Аверина Н.Н.

Республиканский гастроэнтерологический центр Министерства здравоохранения и социального развития Чувашской Республики ГУЗ «РКБ», Управление Роспотребнадзора по Чувашской Республике,

Кафедра внутренних болезней Чувашского государственного университета им. И.Н. Ульянова г. Чебоксары, Россия

Общеизвестно, что имеются территории, в почвах, воде и горных породах которых содержатся избыточные или недостаточные количества химических элементов. Такие территории получили название естественных биогеохимических провинций, то есть регионов имеющих соответствующие особенности минерального состава воды и продуктов, выращенных в данной местности. При длительном проживании в таком регионе недостаточное или избыточное алиментарное поступление

микроэлементов в организм вызывает дисмикрозелементоз, одним из проявлений которого являются эндемические заболевания. Анализ данных литературы показал имеющуюся взаимосвязь эрозивно-язвенных поражений желудка и двенадцатиперстной кишки с природным йоддефицитом и содержанием в сыворотке крови таких микроэлементов, как селен (Se), цинк (Zn) и марганец (Mn).

**Цель исследования.** Изучение особенностей тиреоидного статуса и концентрации селена (Se), цинка (Zn), марганца (Mn) у пациентов с язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки (ЯБДК).

**Материалы и методы.** Функция щитовидной железы (ЩЖ) была исследована у 265 человек из числа которых 60 – пациенты гастроэнтерологического отделения ГУЗ «Республиканская клиническая больница» с верифицированным диагнозом ЯБДК, 205 – практически здоровые лица, проживающие в Марпосадском и Канашском районах Чувашии.

Концентрация Se, Zn, Mn в сыворотке крови определялась у 90- пациентов с ЯБДК и 150 практически здоровых жителей республики.

**Результаты.** Территория Чувашской Республики признана как эндемичный по йоду регион после чего появился исследовательский интерес к оценке влияния дефицита I на здоровье человека. В ходе исследования у 53,4% больных с ЯБДК были обнаружены органические поражения ЩЖ. Достоверно чаще у больных с ЯБДК, чем в популяции, диагностировался узловый эутиреоидный зоб и хронический аутоиммунный тиреоидит. Результаты гормонального анализа продемонстрировали, что у больных ЯБДК имеется достоверное по сравнению с контрольной группой снижение уровня тироксина в сыворотке крови ( $60,2\pm 2,9$  против  $69,2\pm 2,5$  нмоль/л). Достоверного изменения уровней тиреотропного гормона и трийодтиронина у лиц с ЯБДК по сравнению с общепопуляционным не наблюдалось.

Уровень Se в сыворотке крови у пациентов с ЯБДК в активной фазе на 27% превысил популяционный уровень ( $0,15\pm 0,009$  против  $0,11\pm 0,003$ ,  $p<0,05$ ). Концентрации Zn и Mn в острую фазу ЯБДК оказались также выше, чем в сравниваемой контрольной группе (на 12,4% и 29% соответственно).

**Выводы.** В Чувашии у пациентов с ЯБДК в активной фазе были зафиксированы нарушения тиреоидного статуса и увеличение концентрации Se, Zn и Mn в сыворотке крови.

## 272. ОЦЕНКА СБАЛАНСИРОВАННОСТИ РАЦИОНА ПИТАНИЯ СРЕДИ ПАЦИЕНТОВ С ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

Тарасова Л.В., Хохлова Е.А.

Республиканский гастроэнтерологический центр Министерства здравоохранения и социального развития Чувашской Республики ГУЗ «РКБ», Управление Роспотребнадзора по Чувашской Республике

За последние 10 лет в Чувашской Республике произошёл ряд изменений в структуре питания [Хохлова Е.А., 2009], социальных групп населения и их потребительского спроса, увеличилось количество

ввозимых продуктов питания, особенно фруктов и овощей, разнообразных молочных и производимых из молока продуктов, что вызвало интерес к проведению современных исследований особенностей питания при наиболее часто встречающихся заболеваниях органов пищеварения, в частности, при язвенной болезни двенадцатиперстной кишки (ЯБДК).

Цель исследования. С помощью анкетирования провести оценку питания взрослых пациентов (старше 18 лет), страдающих ЯБДК.

Материалы и методы. В соответствии с целями и задачами

настоящего исследования нами обследовано 80 пациентов гастроэнтерологического отделения Республиканского гастроэнтерологического центра Минздрава Чувашии Государственного учреждения здравоохранения Республиканская клиническая больница с верифицированным диагнозом язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки (ЯБДК). Для достижения достоверности и генерализованности результатов исследования была подобрана репрезентативная выборка группы исследования по возрасту, полу, а также многим социально-экономическим характеристикам. Среди пациентов с ЯБДК было проведено анкетирование с целью изучения характера и особенностей питания.

Результаты. Анализ кратности питания среди обследованных лиц с диагностированной ЯБДК выявил, что лишь 28 пациентов (35%) принимают пищу 3 раза в день, 19 человек (23,3%) употребляли пищу 2 раза в день, 3 (3,3%) – 1 раз в день, а 30 из обследованных (38,4%) питались нерегулярно.

Интересным оказался факт, что 32 человека (40% респондентов) назвали самым обильным вечерний приём пищи, а 16 (20%) плотнее обычного питались непосредственно перед сном, хотя знали о наличии у них ЯБДК. Несоблюдение режима питания с перегрузкой наиболее калорийной и обильной по количеству пищи в вечерние часы – одно из самых распространённых нарушений правил здорового питания.

Соотношение животных и растительных жиров в питании пациентов с ЯБДК оказалось 1:2. Так у 65% опрошенных в рационе преобладали растительные жиры, на которых преимущественно приготавливались различные блюда из муки и мяса. Растительные жиры были представлены исключительно подсолнечным маслом, что обеспечивает рацион ПНЖК класса  $\omega$ -6. Отсутствие в рационе орехов, семян и арахисового масла, а также морских сортов рыб значительно обедняют рацион ПНЖК класса  $\omega$ -3, а оливкового и миндального – классом  $\omega$ -9. Возможно, именно данная несбалансированность жиров в рационе является одним из пусковых механизмов ulcerации слизистой оболочки двенадцатиперстной кишки.

Анализ данных анкет показал, что наиболее часто опрошенными пациентами с ЯБДК в пищу употребляются мучные и кондитерские изделия (58,3% респондентов употребляют их ежедневно, 27% 2-3 раза в неделю, 10% - 1 раз в неделю, 5% - реже 2 раз в месяц). Среди хлебобучных изделий предпочтение отдаётся ржаным и смешанным сортам хлеба, что значительно обогащает рацион клетчаткой, ценными аминокислотами (глиадином и глутенином), магнием и железом, однако

практически не используются цельнозерновые и отрубные сорта. В рационе анкетированных широко представлены самые различные виды домашней выпечки (блины и оладьи), которые являются значительными источниками энергии, белков, углеводов, тиамина, рибофлавина, кальция и магния с одной стороны и увеличивает количество сахара и рафинированных видов муки с другой. Среднее потребление чистого сахара в день у анкетированных составило 27,45 г/сутки, причем корреляция с возрастом отсутствовала.

Количество овощей и фруктов (кроме картофеля) в фактическом питании обследованных пациентов с ЯБДК оказалось не велико (лишь 10% респондентов ежедневно употребляли блюда из сырых или варёных овощей).

Заключение. Проведённое анкетирование особенностей питания пациентов с ЯБДК в Чувашии выявило несбалансированность и однообразие питания, что требует разработки комплекса мероприятий направленных на выработку среди них мотивации к правильному питанию.

### 273. ПРОБЛЕМЫ ИНТЕРПРЕТАЦИИ РЕЗУЛЬТАТОВ ИЗМЕРЕНИЯ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЭЛАСТИЧЕСКОГО СОПРОТИВЛЕНИЯ ЛЕГКИХ

Тетнев К.Ф., Тетнев Ф.Ф.

Dept. of Molecular Physiology and Biophysics of the University of Vermont, Burlington, USA; кафедра пропедевтики внутренних болезней ГОУ ВПО СибГМУ Росздрава, г. Томск, Россия

Ценность показателей механики дыхания состоит в том, что они характеризуют величины не- и эластического сопротивления легких (ЭСЛ) вне зависимости от внелегочного сопротивления и их величины не зависят от сотрудничества исследуемого и исследователя. Широкого использования в практике, однако, они не нашли в связи со сложностью методики, связанной с введением внутривещеводного зонда для измерения транспульмонального давления (ТПД), и трудностью интерпретации результатов, особенно ЭСЛ. Macklem P. et al (1974) обнаружили обратимое снижение эластической тяги легких (ЭТЛ) при гиперинфляции в условиях провокации бронхообструктивного синдрома и отнесли этот факт к удивительному явлению. Macklem P. (1978) высказал суждение о заманчивой перспективе открыть способность легких к механической активности. Изучение эластичности легких (ЭЛ) в нормальных условиях и при патологии выявил ряд противоречий, которые невозможно объяснить, если механические свойства легких рассматривать в рамках парадигмы Ф. Дондерса. Динамическая растяжимость легких (ДРЛ) обычно снижена при обструктивных заболеваниях, когда снижается ЭТЛ. Снижение растяжимости легких (РЛ) означает повышение ЭЛ, а снижение ЭТЛ – снижение ЭЛ. Снижение ДРЛ пытались объяснить неравномерностью вентиляции легких, замедлением выравнивания давления в конце вдоха в связи с сужением просвета бронхов. Был предложен метод измерения статической растяжимости легких (СРЛ) с использованием прерывания воздушного потока на 0,5 с для выравнивания давления, который, однако, не помог разрешить противоречие. Напротив, выявились новые, анализ которых позволил создать теорию механической

активности легких (Тетнев Ф.Ф., 1976, 1981). Позднее убедились, что выравнивание давления в легких происходит со скоростью звука и не может влиять на величину эластического напряжения легких (ЭНЛ) и, следовательно, ДРЛ действительно отражает состояние ЭЛ на уровне дыхательного объема (ДО). Чтобы помирить клиническую и функциональную трактовку ЭСЛ, было предложено измерять СРЛ в квазистатических условиях, при медленном глубоком вдохе в линейном участке кривой ТПД. Сущность же противоречия осталась неизвестной: почему при обструктивной патологии на уровне спонтанного дыхания отмечается повышенная ЭЛ, тогда как общая растяжимость легких (ОРЛ) и СРЛ существенно повышены, что означает снижение ЭСЛ, т.е. легкие одновременно характеризуются и повышенной, и пониженной эластической способностью, что абсолютно не укладывается в парадигму Ф. Дондерса. У больных бронхиальной астмой легкого течения ДРЛ была снижена, тогда как ЖЕЛ, ФЖЕЛ<sub>1</sub> и МВЛ были в пределах допустимой нормы. Была высказана гипотеза, что повышение ЭЛ на уровне ДО является функциональным и обеспечивающим нормальные показатели вентиляционной функции легких (Тетнев К.Ф., 1998). Разница между ЭНЛ, измеренным на высоте резервного вдоха (ОРЛ) и ДРЛ является диапазоном функционального изменения ЭЛ. Был предложен коэффициент функциональной ЭЛ (КФЭЛ), который определялся делением ОРЛ на ДРЛ, и показывал в какой степени может снижаться РЛ, т.е. увеличиваться ЭЛ от суммарной ОРЛ для обеспечения механики спонтанного дыхания. У здоровых людей КФЭЛ варьировал от 0,48 до 1,4 (0,81±0,08), а у больных выраженной обструктивной эмфиземой легких – от 4,92 до 29,22 (7,69±2,27). Повышенная ОРЛ при эмфиземе, вероятно, отражает степень снижения ЭЛ анатомического характера, так как увеличение ООЛ и ФОЕ у них является необратимым. Тем не менее, функционирующая легочная паренхима способна значительно увеличивать ЭСЛ для осуществления вентиляции легких в условиях резко выраженной обструктивной патологии.

#### 274. НОВЫЕ ПОДХОДЫ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ СОВРЕМЕННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ПОЛИПАМИ ЖЕЛУДКА

Тимченко И.В., Терехов С.В.

Отделение эндоскопии ЦКБ №2 им. Н.А.Семашко ОАО «РЖД», отдел медицинской техники МТУСИ, г.Москва.

Актуальность проблемы состоит в том, что в связи с неуклонным ростом выявляемости рака желудка, назревает необходимость ранней диагностики процессов, приводящих к данной патологии и их лечению. Полипы желудка относятся к опухолеподобным процессам, они несут в себе предраковый потенциал и могут малигнизироваться, по данным разных авторов от 7% до 40% случаев.

Цель настоящего исследования преследует выработку алгоритма диагностики полипов с использованием передовых эндоскопических технологий, разработку способа их радикального эндоскопического удаления с использованием

достижений медицинской радиоэлектронной аппаратуры, что приведет к минимизации возможных осложнений (кровотечение, перфорация), а также выработку тактики лечения фоновых заболеваний слизистой оболочки желудка для профилактики развития в ней неопластических процессов и рецидивов полипов.

Материалы и методы. В Центральной клинической больнице №2 им. Н.А. Семашко ОАО «РЖД» за период с 1995 по 2009 годы 1821 больным удалено 2328 полипов желудка от 0,5 до 6,0см. В нашей клинике разработан и используется диагностический алгоритм для пациентов с полипами желудка. Диагностический алгоритм включает в себя: 1) эндоскопическое исследование полипа и окружающей слизистой оболочки желудка с использованием технологии спектрального цветового выделения (CVC) в совокупности с технологией многократного увеличения (ZOOM), позволяющей выявить очаги метаплазии, дисплазии, неоплазии по характеру сосудистого рисунка и рельефа слизистой оболочки; 2) выполняется биопсия полиповидного образования с целью его морфологической верификации, а также биопсия окружающей слизистой оболочки желудка для диагностики инфекции *Helicobacter pylori*; 3) колоноскопия проводится с целью выявления распространенности процесса в пищеварительном тракте; 4) трансабдоминальное ультразвуковое исследование желудка — позволяет исключить инфильтрацию стенки желудка в зоне локализации полиповидного образования 5) УЗИ органов брюшной полости выполняется для исключения сопутствующей патологии.

Эндоскопическая диагностика и удаление 2328 полипов желудка осуществлялось с использованием видео и фиброэндоскопов фирм «Olympus», «Fujinon», «Pentax», электрохирургических аппаратов PSD-30, MBC Soring, ЭХВЧ-50 МТУСИ, радиохирургических приборов Surgitron TM – США и МТУСИ, аргоноплазменного коагулятора, высокоэнергетического YAG-Nd лазера методами электроэксцизии, электрокоагуляции, радиоволновой коагуляции, фотодеструкции YAG-Ne лазером, а также разработанным нами комбинированным методом. Комбинированная полипэктомия применялась в 382 случаях для удаления полипов на широких основаниях и толстых ножках: методом электроэксцизии удалялась основная масса полипа, а оставшиеся в основании ткани полипа, во избежание рецидива, удалялись методом радиоволновой коагуляции радиохирургическими приборами Surgitron TM – США и МТУСИ.

Результаты и обсуждение. Морфологическая верификация удаленных полипов: гиперпластические полипы-1629 (70%), аденоматозные полипы с выраженной пролиферацией эпителия 484 (20,8%), с признаками дисплазии D1-D3 – 152 (6,5%), неэпителиальные опухоли 26 (липома-8, лейомиома- 5, Пейтц- Егерса 8, карциноид-3, ГИСТ- 2), малигнизированные полипы 47 (2,5%). Пациенты с малигнизированными полипами, лейомиомой, ГИСТ, карциноидом были оперированы.

Кровотечение при диатермической полипэктомии имело место у 3% больных (у 68 из 2328), при этом эндоскопический гемостаз был обеспечен у 60 из 68 больных, а 8 больным по поводу продолжающегося

кровотечения (0,34%) выполнена срочная лапаротомия. Рецидивы полипов отмечены в 9% случаев.

**Выводы.** Таким образом, полипы пищеварительного тракта, относящиеся по сути своей к предраковым состояниям, подлежат тщательному диагностическому исследованию и во всех возможных случаях эндоскопическому удалению с последующей морфологической верификацией. Использование новых технологий: виртуальной компьютерной хромоэндоскопии (СVC), экспресс-диагностики инфекции *Helicobacter pylori*, усовершенствованных для эндоскопических операций радиохирургических приборов позволяет максимально радикально с минимальными осложнениями удалять полипы желудка, также выявлять и лечить фоновые заболевания слизистой оболочки желудка. Пациенты после эндоскопической полипэктомии подлежат пожизненному динамическому наблюдению и лечению сопутствующей патологии слизистой оболочки желудка.

### 275. ИЗУЧЕНИЕ НЕПРЯМОЙ РЕАКЦИИ ДЕГРАНУЛЯЦИИ ТУЧНЫХ КЛЕТОК НА МТБЭ

Трифонова Э.В., Сайфутдинов Р.Г.

Кафедра терапии № 1 ГОУ ДПО КГМА Росздрава г. Казань, МСЧ ОАО «Татнефть» и г. Альметьевска

**Актуальность проблемы.** Метил-трет-бутиловый эфир (МТБЭ) используется при контактном химическом литолизе (КХЛ) холестериновых камней желчного пузыря с 1981 года. К сожалению, ни за рубежом, ни в России на МТБЭ не получено разрешение как на лекарственный препарат.

**Цель исследования:** определить на крысах возможной непрямо́й реакции дегрануляции тучных клеток на метил-трет-бутиловый эфир (МТБЭ).

**Материалы и методы.** Для получения тучных клеток использовали белых беспородных крыс. Для этого обескровленным крысам в брюшную полость вводили 6 мл стерильного физиологического раствора (рН = 7.4), подогретого до температуры 37°C. После массажа в течение 1 мин брюшной стенки по средней линии брюшины делали разрез длиной 1.5 см. Переворачивали тушку разрезом вниз и собирали экссудат, стекающий по петлям кишечника в стерильную пробирку. Субстанцию готовили на предметных стеклах, окрашенных заранее 0.3% спиртовым раствором нейтрального красного и высушенных при комнатной температуре.

К 30 мкл взвеси тучных клеток добавляли 30 мкл сыворотки опытного животного и 30 мкл исследуемого МТБЭ в заранее подобранной дозе таким образом, чтобы дегрануляция тучных клеток в контроле не превышала 5%.

Затем МТБЭ покрывают покровным стеклом, края которого смазаны вазелином, и инкубируют в термостате при 37°C в течение 15 мин.

После этого МТБЭ микроскопируют под 20-кратным увеличением. Оценку результатов проводят дифференциальным способом учета, подсчитывая показатель дегрануляции тучных клеток (ПДТК) по формуле:

$$\text{ПДТК} = (1 \cdot a + 2 \cdot b + 3 \cdot c + 3 \cdot d) / 100$$

где а, б, с, д — количество (среднее из трех повторений) дегранулированных клеток соответственно

степени дегрануляции (слабо выраженной, умеренной, резкой и полной дегрануляции клеток). В каждом препарате подсчитывали 100 клеток.

Реакцию считали положительной, если ПДТК превышал 0,2.

**Результаты:** среди полученных показателей дегрануляции тучных клеток ни в одном из случаев они не превышали значение 0,2, после которого эта реакция считается положительной. Во всех случаях показатель был ниже этого значения и, следовательно, отрицательным. Достоверных отличий в средних значениях ПДТК в опытных и контрольных группах самок и самцов морских свинок, получавших МТБЭ в дозах 70 и 700 мг/кг в течение месяца, не выявлено.

**Заключение:** данные позволяют заключить, что при в/ж введении вещество не обладает аллергенными свойствами, выявляемыми в непрямой реакции дегрануляции тучных клеток.

### 276. ВОЗМОЖНАЯ РЕАКЦИЯ ИММУННЫХ КОМПЛЕКСОВ НА МТБЭ, ИЗУЧЕННАЯ НА МОРСКИХ СВИНКАХ

Трифонова Э.В., Сайфутдинов Р.Г.

Кафедра терапии № 1 ГОУ ДПО КГМА Росздрава г. Казань, МСЧ ОАО «Татнефть» и г. Альметьевска

**Актуальность проблемы.** На метил-трет-бутиловый эфир (МТБЭ) нет разрешения как на лекарственный препарат. Для внедрения этого вещества в практическое здравоохранение и для регистрации его как лекарственная форма нами на животных проводится изучение его токсичности.

**Цель исследования:** определить на морских свинках возможную реакцию иммунных комплексов на МТБЭ.

**Материалы и методы.** Для постановки реакции использовали морских свинок (из питомника РАМН «Рапполово», Ленинградская область). Сенсibilизацию морских свинок осуществляли путем внутрижелудочного (в/ж) введения МТБЭ в дозах 70 и 700 мг/кг в течение 5 дней. Через 10 суток после последнего введения МТБЭ осуществляли введение разрешающей дозы внутрикожно. Разрешающую дозу МТБЭ определяли на интактных животных. За разрешающую дозу принимали наибольшее разведение антигена, не вызывающее видимых изменений в коже через 1 час после введения. В наших экспериментах такой дозой являлась доза МТБЭ 700 мг/кг. В контрольных группах таким же способом вводили дистиллированную воду. Учет реакции проводили визуально (в баллах по С.В. Суворову). В положительном случае уже через 30 минут на месте инъекции может развиваться отек и гиперемия. Через 2–3 часа воспалительный очаг может уплотниться, и кожа становится буро-красной. При гистологическом исследовании в случае положительной реакции может быть обнаружено острое геморрагическое воспаление, в инфильтрированном участке могут быть видны полиморфно-ядерные лейкоциты. Исследование осуществляли совместно с ФГУН «Институт токсикологии» ФМБА России (Санкт-Петербург).

**Результаты:** учет реакции проводили визуально начиная с 30 минуты после введения разрешающей дозы. На этом сроке никаких проявлений на коже обнаружено

не было. Никаких признаков реакции не было выявлено спустя 1, 4 и 24 часа после ее постановки.

**Заключение:** учитывая отсутствие показателей реакции в опыте и контроле на всех сроках наблюдения, можно сделать вывод, что при в/ж введении МТБЭ не обладает аллергенными свойствами, выявляемыми в реакции иммунных комплексов.

### 277. КЛИНИКО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО БЕСКАМЕННОГО ХОЛЕЦИСТИТА У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА

Трусов В.В., Данилова М.Л.

ГОУ ВПО «Ижевская государственная медицинская академия Росздрава», г. Ижевск

В настоящее время исследуют состояние различных органов и систем при сахарном диабете (СД), т.к. патологические проявления в них во многом определяют тяжесть течения заболевания и продолжительность жизни больного. Тесная анатомическая и функциональная связь гепатобилиарной системы с поджелудочной железой делают проблему изучения клинических проявлений билиарной патологии при СД весьма актуальной.

**Цель** настоящего исследования заключалась в изучении клинико-функциональных особенностей течения хронического бескаменного холецистита у больных СД 2 типа.

**Объект и методы исследования.** В соответствии с поставленной целью было проведено целенаправленное обследование 127 пациентов с верифицированным диагнозом ХБХ и СД 2 типа в возрасте от 36 до 65 лет (средний возраст -  $51 \pm 1,5$  лет), в том числе 78 женщин и 49 мужчин. Продолжительность заболевания СД 2 типа в среднем составила  $7,8 \pm 1,6$  лет, ХБХ -  $6,2 \pm 1,3$  лет. Группу сравнения составили 85 пациентов с ХБХ без сопутствующего диабета (55 женщин и 30 мужчин), с длительностью данного заболевания желчного пузыря -  $6,8 \pm 1,7$  лет.

Оценка функционального состояния гепатобилиарной системы у больных ХБХ и СД 2 типа проводилась с помощью многофракционного дуоденального зондирования (МФДЗ). Моторно-эвакуаторную функцию желчного пузыря у больных СД 2 типа исследовали методом динамической эхохолецистографии. Для изучения поглотительно-эскреторной функции печени и желчного пузыря использовалась динамическая гепатобилисцинтиграфия с применением радиофармацевтического препарата Бромезида Тс 99. Статистическую обработку данных производили с помощью пакетов программ "Statistica 5.0" и "MS Excel 2000".

**Результаты и обсуждение.** В результате сбора анамнеза и физикального обследования установлено, что в клинической картине больных ХБХ с сочетанным СД 2 типа достоверно чаще, чем в группе сравнения встречалась слабоинтенсивная боль в области правого подреберья (85,8% и 16,5% соответственно,  $p < 0,001$ ). У пациентов с ХБХ без сопутствующего диабета наблюдались более выраженные и продолжительные боли с элементами колющих. Из диспепсических жалоб у пациентов с данной сочетанной патологией

доминирующее место занимала почти постоянная горечь во рту (84,3%,  $p < 0,01$ ). При объективном исследовании следует заметить менее выраженную болезненность в области правого подреберья, а также слабые положительные пузырьные симптомы, которые были более интенсивными в группе сравнения (56% и 90,6% соответственно,  $p < 0,001$ ).

По данным, полученным при проведении МФДЗ, у больных ХБХ и СД 2 типа имеются значительные нарушения моторики билиарного тракта преимущественно в виде гипокинетического типа дискинезии (65,4%). В 77,1% случаев гипокинез желчного пузыря сочетался с гипертонусом сфинктера Одди и в 7,1% - с диссинергизмом сфинктерного аппарата билиарного тракта.

Проведенные исследования качественного состава желчи выявили достоверное снижение суммарного дебита холевой кислоты до  $0,47$  ммоль/л ( $p < 0,01$ ), что в совокупности с выше указанными данными и определенными жалобами больных ХБХ и СД 2 типа свидетельствует о средней степени тяжести билиарной недостаточности. В группе сравнения суммарный дебит холевой кислоты составил  $0,89$  ммоль/л, что соответствовало легкой степени билиарной недостаточности.

По данным динамической эхохолецистографии у больных СД 2 типа при наличии ХБХ моторика желчного пузыря закономерно снижена по сравнению с больными группы сравнения. В большинстве случаев выявлен гипокинетический тип желчевыделения, характеризующийся достоверным, по сравнению с больными ХБХ без сопутствующего диабета увеличением исходного объема желчного пузыря ( $V_0 = 34,04 \pm 0,13$  см<sup>3</sup> и  $V_0 = 32,24 \pm 0,15$  см<sup>3</sup> соответственно,  $p < 0,001$ ). При вычислении коэффициента эффективности эвакуаторной функции желчного пузыря получены данные, которые свидетельствуют о выраженном снижении данного показателя у больных ХБХ, ассоциированным с СД 2 типа и умеренном - в группе сравнения ( $K_{эф.} = 42,42 \pm 0,31\%$  и  $K_{эф.} = 46,41 \pm 0,54\%$  соответственно,  $p < 0,001$ ).

Проведенная динамическая гепатобилисцинтиграфия показала, что после желчегонной стимуляции статистически достоверное снижение показателей эвакуаторной функции желчного пузыря по сравнению с контролем было выявлено во всех случаях гипотонии желчного пузыря. Для больных с данной сочетанной патологией, в отличие от группы сравнения было характерно замедление накопления РФП в желчном пузыре ( $T_{max} = 62,17 \pm 0,30$  и  $53,71 \pm 0,35$  мин. соответственно,  $p < 0,001$ ), а также его последующего выведения ( $T_{1/2} = 91,41 \pm 0,21$  и  $82,43 \pm 0,42$  мин.,  $p < 0,001$ ). У больных ХБХ, ассоциированным с СД 2 типа выявлено значительно чаще и более выраженное снижение эвакуаторной функции желчного пузыря, вплоть до его атонии.

**Заключение.** Таким образом, несмотря на то, что клинические проявления патологии билиарного тракта у больных диабетом могут отсутствовать, часто определяются нарушенная сократительная способность желчного пузыря преимущественно по гипокинетическому типу. Гипокинез желчного пузыря у больных СД 2 типа свидетельствует о нарушении

вегетативной иннервации гепатобилиарной системы. Проведение выше описанных методов исследования может выявить это осложнение, которое, вероятно всего, является маркером гастроинтестинальной формы автономной нейропатии. В свою очередь, это может быть сигналом к началу патогенетической терапии.

### 278. АССОЦИАЦИЯ ГУМОРАЛЬНЫХ И ФЛОГОГЕННЫХ ФАКТОРОВ ИММУННОГО ГЕНЕЗА С АНТИГЕНАМИ НЛА ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ПАНКРЕАТИТЕ

Трухан Д.И.

ГОУ ВПО «Омская государственная медицинская академия Росздрава», г. Омск, Российская Федерация.

Цель исследования. Выявить возможные связи между количественными изменениями гуморальных и флогогенных факторов иммунного генеза и антигенами НЛА в фенотипе больных хроническим панкреатитом (ХП).

Материалы и методы. У 140 больных ХП была проведена идентификация антигенов НЛА I класса (A, B, C) и определены показатели гуморального иммунитета и флогогенных систем: количество В-лимфоцитов, сывороточных иммуноглобулинов А, G, М, циркулирующих иммунных комплексов (ЦИК), фактора некроза опухолей альфа человека (ФНО $\alpha$ ); активность комплемента и компонентов системы комплемента (C1-C5); наличие специфических антител к эндогенным (из тканей поджелудочной железы (ПЖ), трипсину, инсулину; односпиральной, нативной и денатурированной ДНК) и экзогенным (двуспиральной РНК, группоспецифическому антигену вируса Коксаки В) антигенам.

Результаты. Изучение нами распределения антигенов НЛА-I класса при ХП показало, что по сравнению со здоровыми лицами у них достоверно повышена частота антигенов НЛА : A1 ( P < 0,001 ), B8 ( P < 0,001 ), B27 ( P < 0,01 ), Cw1 ( P < 0,001 ), Cw2 ( P < 0,001 ), при достоверном снижении частоты определения антигенов НЛА : A2 ( P < 0,001) и Cw4 ( P < 0,001). Для антигенов, частота обнаружения которых достоверно повышена при ХП, величина относительного риска составила : A1 - 2,24, B8 - 2,76, B27 - 3,48, Cw1 - 14,77, Cw2 - 5,75. В целом, в популяции больных ХП с наибольшей частотой нами определялись гаплотипы НЛА : A1-B7, A1-B8, A1-B27, A3-B27, A10-B7, A1-Cw2, A1-Cw3, A10-Cw2, B5-Cw2, B7-Cw1, B7-Cw2, B27-Cw1, B27-Cw3.

При анализе исследованных показателей гуморального иммунитета и флогогенных систем у больных ХП с антигенами НЛА I класса был установлен ряд закономерностей. Достоверные различия по количественному уровню гуморальных и флогогенных факторов выявлены у больных ХП в зависимости от наличия или отсутствия в фенотипе антигенов системы НЛА: A1, A10, B5, B7, B8, B13, B27, Cw1, Cw2.

При НЛА-позитивных фенотипах были отмечены следующие изменения: при наличии антигена A1 ( были повышены уровни IgM и ФНО $\alpha$ , снижено число эффективных молекул C4), A10 (повышена частота обнаружения антител к двуспиральной РНК), B5 (повышена частота обнаружения антител к антигену из

тканей ПЖ и к двуспиральной РНК), B7 (повышено число эффективных молекул C1, C3-C5), B8 (повышены уровень ФНО $\alpha$  и относительное число В- лимфоцитов, снижено число эффективных молекул C4), B13 (снижена частота обнаружения антител к антигену из тканей ПЖ и к трипсину), B27 (снижены уровень IgA число эффективных молекул C1), Cw1 (повышен уровень IgA), Cw2 (повышены титры антител к вирусу Коксаки В и число эффективных молекул C4, C5). Следовательно, антигены A1, A10, B5, B8, B27 при ХП рассматривать как ассоциированные с развитием более выраженных иммунных нарушений. Иммунные нарушения развивались реже при наличии в фенотипе антигенов B7 и B13.

Кроме этого, примечательным для больных ХП является высокая частота выявления гаплотипа A1-B8 (H=5,28x10<sup>2</sup>), поскольку присутствие каждого из этих антигенов в НЛА фенотипе было ассоциировано с высоким количеством ФНО $\alpha$ .

Обращает внимание и высокая частота гаплотипов A1-B27 (H=6,72x10<sup>2</sup>), A1-Cw2 (H=21,18x10<sup>2</sup>), A10-Cw2 (H=10,23 x10<sup>2</sup>), B5-Cw2 (H=7,79x10<sup>2</sup>), B27-Cw1 (H=8,22x10<sup>2</sup>), так как каждый в отдельности из антигенов НЛА, входящий в эти гаплотипы, был ассоциирован с достоверно более высоким уровнем различных факторов иммунного генеза.

Заключение. Различный уровень количественных показателей гуморального иммунитета и флогогенных компонентов у больных ХП, ассоциированных с разными антигенами НЛА, позволяет предполагать генетическую детерминированность ответа исследованных иммунных факторов в условиях воспаления.

### 279. ВЛИЯНИЕ ЛЕКАРСТВЕННОЙ ТЕРАПИИ ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ НА УПРАВЛЕНИЕ АВТОТРАНСПОРТОМ

Трухан Д.И., Трухан Л.Ю.

ГОУ ВПО «Омская государственная медицинская академия Росздрава», город Омск, Российская Федерация.

Совершенствование организации медицинской помощи пострадавшим при дорожно-транспортных происшествиях (ДТП) в настоящее время является одним из основных направлений национального проекта «Здоровье».

Цель исследования. Выделить потенциально опасные для лиц, управляющих автотранспортом, лекарственные препараты, используемые для лечения гастроэнтерологических заболеваний.

Материалы и методы. Собственные наблюдения за пациентами гастроэнтерологического профиля и анализ инструкций по медицинскому применению наиболее распространенных лекарственных препаратов, используемых в практике врача гастроэнтеролога.

Результаты и их обсуждение. Из спазмолитиков наибольшую потенциальную опасность для автолюбителей представляют препараты на основе экстракта красавки (бекарбон, беллалгин и др.), которые с одной стороны, нередко вызывают головокружение, а с другой – обладают широким диапазоном негативных влияний на органы зрения (парез accommodation, мидриаз и др.). Из-за риска головокружения лицам занятым

«реактивно-скоростными» видами деятельности, следует быть осмотровыми и при использовании мебеверина (дюспаталин). Еще одним спазмолитиком, требующим повышенной осторожности является гиосцина бутилбромид (бускопан).

Среди регуляторов моторики ЖКТ, «несовместимым с автомобилем» является метоклопрамид (церукал). Особого внимания заслуживает и популярный антидиарейный препарат лоперамид (имодиум, лопедиум и др.), который нередко приобретает автомобилистами самостоятельно для дорожной аптечки. В большинстве случаев он не влияет на быстроту психомоторных реакций, однако в отдельных случаях после его приема может возникать чувство усталости, сонливость или головокружение.

Индивидуальная чувствительность должна учитываться и при назначении «автомобильным» пациентам антисекреторных препаратов. H<sub>2</sub>-гистаминоблокаторы: ранитидин (ранисан, зантак и др.), фамотидин (фамосан, ульфамид, и др.) способны вызвать головокружение и чувство усталости, а ингибиторы протонной помпы: омепразол (омез, ультоп, и др.), рабепразол (париет), эзомепразол (нексиум) - головокружение, сонливость, возбуждение или депрессию.

В группе гепатологических препаратов «ограничительными знаками» для автомобилистов помечены орнитин (гепа-мерц) и интерфероны (роферон-А, интрон-А, реальдерон и др.). При приеме орнитина разумно воздерживаться от вождения машины на протяжении всего курса лечения, а в случае проведения интерферонотерапии – в начале терапевтического курса и вплоть до периода стабилизации действия препарата.

В процессе приема противогельминтного препарата празиквантел (билтрицид), широко применяемого для лечения описторхоза, и в течение последующих суток следует воздерживаться от вождения автотранспорта и других потенциально опасных видов деятельности. От управления автомобилем следует воздержаться при приеме тинидазола. С осторожностью следует применять и метронидазол, ввиду возможного развития головокружения, нарушений сознания, атаксии, шума в ушах и расстройств слуха. Среди антибиотиков особого внимания заслуживают фторхинолоны. В инструкции к офлоксацину указано, что следует воздержаться от занятий потенциально опасными видами деятельности, требующими повышенного внимания и быстроты психомоторных реакций. Следует оценить индивидуальную реакцию и соблюдать осторожность при вождении автомобиля при приеме ципрофлоксацина, моксифлоксацина, ломефлоксацина, норфлоксацина, пefлоксацина. При приеме гемифлоксацина возможны нарушения зрения (диплопия, изменение цветовосприятия), снижение слуха, что также обуславливает необходимость оценки индивидуальной реакции пациента на лекарственный препарат. Прием левофлоксацина может вызывать головокружение или скованность, сонливость, нарушения зрения, а также снижать способность к концентрации внимания и скорость психомоторных реакций.

При медикаментозной коррекции проявлений астено-невротического синдрома и депрессии у гастроэнтерологических пациентов, им следует

воздерживаться от вождения транспортных средств при назначении сульпирида (просульпин, эглонил), amitриптилина (триптизол), тианептина (коаксил), флуоксетина (прозак, флюксонил и др.).

Вопрос о возможности вождения автотранспорта и управления механизмами при приеме тофизопама (грандаксин) и пароксетина (паксил, рексетин) следует решать только после оценки индивидуальной реакции пациента на препарат.

Заключение. Таким образом, гастроэнтерологу при амбулаторном лечении гастроэнтерологических заболеваний следует учитывать возможность управления пациентом автомобиля и дать пациенту соответствующие рекомендации.

## 280. ИЗМЕНЕНИЯ ОРГАНОВ И ТКАНЕЙ ПОЛОСТИ РТА ПРИ ЛЕКАРСТВЕННОЙ ТЕРАПИИ ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Трухан Л.Ю., Трухан Д.И.

ГОУ ВПО «Омская государственная медицинская академия Росздрава», город Омск, Российская Федерация.

Болезни органов пищеварения часто сопровождаются различными изменениями со стороны органов и тканей полости рта. Совместная консультация гастроэнтерологом и стоматологом пациентов с заболеваниями органов пищеварения свидетельствует о том, что появление жалоб и изменений со стороны органов и тканей полости рта возможно в результате проводимой лекарственной терапии основного заболевания.

Цель исследования. Выделить возможные изменения со стороны органов и тканей полости в результате лекарственной терапии гастроэнтерологических заболеваний.

Материалы и методы. Собственные наблюдения за пациентами гастроэнтерологического профиля и анализ инструкций по медицинскому применению наиболее распространенных лекарственных препаратов, используемых в практике врача гастроэнтеролога.

Результаты и их обсуждение. Прием пациентами антисекреторных препаратов может сопровождаться появлением сухости во рту и изменением вкусовых ощущений (ингибиторы протонного насоса, блокаторы гистаминовых H<sub>2</sub>-рецепторов, антациды и алгинаты). Возможным побочным эффектом омепразола и эзомепразола является развитие стоматита. Регулятор моторной функции ЖКТ ганатон (итоприда гидрохлорид) может вызывать повышенное слюноотделение.

При приеме антибиотиков возможно развитие кандидоза слизистой оболочки полости рта, обусловленное биологическим действием препаратов. Использование в схеме эрадикации *H. pylori* 1-й линии кларитромицина предполагает возможность развития нарушения вкуса, глоссита, стоматита, изменения цвета языка и цвета зубов (в большинстве случаев обратимое). Обесцвечивание зубов обычно восстанавливается профессиональной чисткой у стоматолога. Назначение пациенту схемы эрадикации *H. pylori* 2-й линии предполагает появление возможных побочных эффектов метронидазола и тетрациклина со стороны органов и

тканей полости рта. Так, прием метронидазола может сопровождаться изменением вкусовых ощущений, металлическим привкусом во рту, сухостью во рту, возможно развитие глоссита и стоматита. Применение тетрациклина предполагает возможность появления сухости во рту, глоссита, изменения цвета языка. При использовании антибиотиков резерва – рифабутина и рифампицина возможно красно-коричневое окрашивание языка, слюны и других биологических жидкостей организма. Прием препаратов для лечения заболеваний билиарного тракта часто сопровождается сухостью во рту (метацин, платифиллин, атропин, гастроцепин, бускопан, галидор) и изменением вкусовых ощущений. Развитие аллергических реакций возможно при приеме дицетела, галидора, дюспаталина (крапивница, отек Квинке), бускопана (кожная сыпь).

Развитие аллергических реакций, в том числе с клиническими проявлениями со стороны слизистой оболочки полости рта, может отмечаться при использовании ингибиторов протеаз (ингитрил, контрикал, гордокс) и приеме ферментных препаратов (мезим-форте, пензитал, панкреатин и др.) у пациентов с патологией поджелудочной железы.

Лечение хронических заболеваний печени противовирусными препаратами (интерфероны, аналоги нуклеозидов) может сопровождаться извращением вкуса, сухостью во рту, кровоточивостью десен, глосситом, катаральным и язвенным стоматитом, кандидозом полости рта. При длительном приеме пациентами глюкокортикостероидов (ГКС) стоматологу следует учитывать их иммунодепрессивное действие, проявляющееся замедлением процессов регенерации, снижением устойчивости к инфекциям. Применение других препаратов с иммунодепрессивным действием (метотрексат, азатиоприн и др.) дополнительно может сопровождаться развитием язвенного стоматита, гингивита, повышенной кровоточивости (вследствие развития тромбоцитопении).

Для аминосалицилатов, ГКС, иммуносупрессоров и инфликсимаба (ремикейд), применяемых для лечения хронических воспалительных заболеваний кишечника, характерны повышенная кровоточивость (вследствие тромбоцитопении) и угнетение иммунитета, проявляющееся замедлением заживления ран, снижением устойчивости к инфекциям. При приеме аминосалицилатов отмечаются сухость во рту и стоматит. Терапия иммуносупрессорами (метотрексат, азатиоприн и др.) может сопровождаться развитием язвенного стоматита и гингивита. Использование ремикейда может быть причиной хейлита, отека лица и губ аллергического генеза, герпетических высыпаний, лимфаденопатии, васкулита (преимущественно кожного), кандидоза полости рта.

**Заключение.** Таким образом, при наличии изменений со стороны органов и тканей полости рта у гастроэнтерологических пациентов следует учитывать возможное влияние лекарственной терапии этих заболеваний.

#### 281. CLINICAL EFFECTIVITY OF TREATMENT BY EQUATOR AT PATIENTS WITH SYMPTOMATIC HYPERTENSION

Tuleutayeva R. Ye., Mussina A. E.

Semey State Medical University, Semey City, Kazakhstan

In developed countries from arterial hypertension suffers about 30% of adult population. At treatment of symptomatic hypertension of renal genesis the preference is given for medicines which decreases AP quickly and has prolonged effect. Antihypertensive drug Equator it is fixated combination of lisinopril 10 mg and amlodipine 5 mg.

**Aim of research:** estimation of treatment's effectiveness of nephrogenic hypertension by antihypertensive drug Equator according to clinical manifestations and level of AP at hospitalized patients.

**Equipment and methods:** Examined 40 patients (26 men and 14 women) in the age from 28 till 72 years with mild, moderate, and severe form of symptomatic AH, with chronic pyelonephritis in anamnesis. Equator has been prescribed in dosage 1 tablet at morning to patients with AH II-III degree. In case of AH III degree additionally was used diuretics at the beginning of treatment. Course of treatment 10 days.

**Results and discussion:** In average systolic pressure (SP)  $186 \pm 8,31$  mm.Hg, and diastolic pressure (DP) -  $109 \pm 14,2$  mm.Hg. 64% of patients has AH III degree, 36% - AH II degree. Before patients has been treated by ACE-inhibitors (43%), diltiazem (38%), physiotenz (10%), teveten (9%). HF I degree at 26%, at 74% of patients HF II degree. At 73% of patients on ECG LV-hypertrophy signs, at 15% rhythm disorders such as ventricular extrasistoles. At 89% of patients signs of chronic pyelonephritis, at 40% of patients mild and moderate degree of proteinuria. During treatment observed decreasing or disappearance of basic complaints at 5% of patients on 1 day, at 40% - on 2-3 days. At 53% of patients' level of AP sets on 4-5 days and only at 7% of patients on 6 day. Average of SP compose  $139,2 \pm 5,9$  mm.Hg, DP  $90,1 \pm 4,12$  mm.Hg. Improves clinical condition of patients, disappears heart pains. Side-effects not observed at anyone.

**Conclusion:** on the base of received results of Equator usage in treatment of nephrogenic arterial hypertension we can make conclusion about its effectivity, no side-effects, comfortable usage, and secure control of AP during 24 hours and recommend Equator in mono-therapy at symptomatic AH II degree, and in combination with diuretics at symptomatic AH III degree.

#### 282. USING OF PLANT DRUG KANEPHRON IN PATIENTS WITH GLOMERULOPATHIES

Tuleutayeva R. Ye., Rakisheva A

Semey State Medical University, Semey City, Kazakhstan

Actuality of glomerulopathies problem is defined by severity of prognosis of disease, progress of process even till chronic renal insufficiency development. In last years it's verified that expressed and prolonged proteinuria toxically influence on canaliculi epithelium. Filtrated proteins reabsorption activates proximal canaliculi epithelium what leads to excessive production of inflammatory and vasoactive substances. Molecules of this substances are secreted through basal parts of cells into interstitium and promote inflammatory reaction and further nephrosclerosis development. As a result one of the important directions in

glomerulopathies therapy is nephroprotection and fight with proteinuria.

The aim of investigation: to evaluate effectiveness of phitodrug Kanephron N ("Bionorika AG", Germany) in treatment and prophylaxis relapses during pomerulopathies and also it's antiproteinuric effect in conditionso эффекта в условиях СКДЦ.

Materials and methods: we investigate 16 patients from 16 till 46 лет (44 men and 28 women) with different variants of glomerulopathies: acute (3), chronic glomerulonephritis with isolated uric syndrome (13). The main syndrome in investigated patients was uric syndrome as hematuria and proteinuria. Leucocyturia was detected only in 2 (8,3%) patients. Disturbance of excretion and concentration functions of kidneys were determined in 7 (47,4%) patients with chronic nephritis. Other one of the most characteristic sign of glomerulophtis is arterial hypertension syndrome detected in 3 (18,1%) patients from the beginning of therapy, but quickly decreased by using ACE inhibition. We prescribed phitodrug Kanephron N by 2 dragee 3 times a day. Duration of course was 3 months. Criteria for effectiveness of Kanephron using were absence of clinical signs and uric syndrome by dynamics proteinuria after 3 months carried out therapy.

Results and discussion: during carried out investigation it's indicated that therapy by Kanephron N there was improving of patients mood and positive dynamics of hematuria, proteinuria, leucocyturia and also nitrogen excretion and concentration function of kidneys. Protein loss level decreases comparing with initial moderately for 53,8%.

Conclusion: Using of Kanephron N in patients with glomarulopathies during 3 months leads to verified decrease of proteinuria level, so it can be used as drug with nephroprotection peculiarities at glomerulopathies treatment.

### 283. НЕФРОПРОТЕКТИВНОЕ ДЕЙСТВИЕ ПРЕПАРАТА ЛИЗИНОПРИЛ-Н-РАТИОФАРМ У БОЛЬНЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ

Тулелтаева Р.Е., Мусина А.Е.

Государственный медицинский университет г.Семей, г.Семей, Казахстан

Артериальная гипертония (АГ) у больных остается одной из важных проблем из-за высокой частоты заболеваемости и смертности, отсутствия адекватного контроля у подавляющего большинства нефрологических больных на этапе амбулаторного лечения. Одним из ранних признаков поражения почек при АГ является микроальбуминурия (МАУ), которая обусловлена появлением почечной дисфункции на ранних этапах заболевания. Одной из наиболее рациональных комбинаций для лечения АГ является сочетание иАПФ и диуретика.

Цель исследования: оценка эффективности лечения нефрогенной АГ препаратом Лизиноприл-Н-ратиофарм по клиническим данным и цифрам АД в условиях Консультативно-диагностического центра г.Семей.

Материалы и методы. Обследованы 26 больных АГ (14 мужчин и 12 женщин) в возрасте от 42 до до 71 года (в среднем 56±2 года) со средней длительностью болезни 16,2±1,4 года. Исходно в группе был уровень систолического АД 142-180 мм.рт.ст., диастолического АД 88-110 мм.рт.ст. Нами применялся препарат

Лизиноприл-Н- ратиофарм (Германия)-комбинация иАПФ лизиноприла дигидрат 21,78мг и 12,5 мг диуретика гидрохлортиазида. Курс лечения составлял 30 дней. Наблюдение за больными проводилось в течение 16 недель. Уровень микроальбуминурии (МАУ) в утренней и суточной порциях мочи определяли с использованием метода усиления иммунопреципитации до начала лечения, через 2 и 16 недель лечения. Нормальными показателями считали уровень МАУ в утренней моче не выше 10 мг/л, а в суточной 20 мг/л.

Результаты и их обсуждение. Из 26 больных 2 пациента прекратили прием препарата из-за возникновения кашля после 2 недель лечения. После 2 недель лечения у остальных больных наблюдалось снижение САД с ср 156,2±2,1 до 150,9±2,1 мм.рт.ст. и ДАД со 100,4±1,3 до 94,6±1,1 мм.рт.ст. На фоне 4 недель приема исследуемого препарата достижение целевого АД (САД ≤ 140 мм.рт.ст и ДАД ≤ 90 мм.рт.ст) было у 61% больных. У всех больных исходный уровень МАУ был повышен и составил 16,2 ±1,46мг/л в утренней и 21,26мг/л в суточной моче. К 16 неделям лечения уровень МАУ достиг 8,41±0,67мг/л, p<0,001 в утренней порции и 12,4±0,64мг/л, p<0,001 в суточной, что свидетельствует о нефропротективном действии препарата.

Выводы. Высокая эффективность препарата Лизиноприл-Н-ратиофарм и его положительное влияние на почки позволяют применить эту лекарственную комбинацию в качестве препарата первого ряда у больных с умеренной и тяжелыми формами артериальной гипертонии.

### 284. ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ПРЕПАРАТА КАНЕФРОН-Н У БЕРЕМЕННЫХ С ХРОНИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ПОЧЕК

Тулелтаева Р.Е., Пак Л., Турдиева А.

Государственный медицинский университет г.Семей, г.Семей, Казахстан

Во время беременности происходит изменение функционального состояния почек: повышаются почечный кровоток и клубочковая фильтрация, увеличивается реабсорбция воды в почечных канальцах, что способствует ее накоплению в организме и снижению осмолярности плазмы. Существенно осложняют течение беременности предшествующие (фоновые) заболевания почек. Хронический пиелонефрит развивается как следствие обструктивных причин (мочекаменная болезнь, стриктура, пузырно-лоханочный рефлюкс). Реже у беременных женщин встречается хронический гломерулонефрит, обычно в форме отечно-нефротического или изолированного мочевого синдрома.

Растительный препарат «Канефрон Н» (компания «Бιονорика АГ», Германия), содержащий экстракт золототысячника, любистка и розмарина. Эфирные масла, флавоноиды, горечи, фталиды и фенолкарбоновые кислоты, содержащиеся в этих растениях оказывают диуретическое, спазмолитическое, сосудорасширяющее, противовоспалительное и антибактериальное действие.

Цель исследования: оценить клиническую эффективность препарата «Канефрон Н» как компонента комплексной терапии при различных заболеваниях почек

у беременных с пиелонефритом и гестозом.

Материалы и методы. Нами исследованы 44 женщины в возрасте от 19 до 43 лет. Из них 18 первородящие, у 26 повторная беременность. У 20 беременных были бессимптомная бактериурия, хронический пиелонефрит и гестозы легкой и средней степени тяжести. Препарат назначали в каплях (по 50 капель 3 раза в сутки) или драже (по 2 драже 3 раза в сутки), на фоне антибактериальной терапии. В группе с инфекционно-воспалительными заболеваниями мочевыделительной системы у 20 пациенток наблюдалась бессимптомная бактериурия (в посевах мочи *Escherichia coli* при КОЕ 10-4/л - 10-5/л), в остальных случаях отмечали хронический пиелонефрит, в том числе - в сочетании с мочекишлым диатезом. У трети беременных наблюдался анемический синдром как вне, так и во время беременности (Hb 74-90-103-110 г/л, снижение цветного показателя), у части пациенток - разной частоты обострения пиелонефрита, данные УЗИ почек (расширение и деформация чашечно-лоханочной системы, гидронефротическая трансформация почек). Протеинурия не была постоянной и мало выраженной, в мочевом осадке - клетки почечного эпителия, единичные зернистые, гиалиновые цилиндры (не постоянно), при обострениях - лейкоцитурия. Концентрация креатинина и мочевины в сыворотке крови была нормальной. Продолжительность лечения препаратом «Канефрон Н» составляла 6-12 недель, а по показаниям - до срока родов непрерывно или с одним-двумя 2-3-х-недельными интервалами.

Результаты и их обсуждение. Через две недели от начала лечения отмечалось субъективное состояние беременных, что проявлялось улучшением диуреза, уменьшением или исчезновением болевого синдрома, достоверно исчезали признаки инфекции: прекращалась лейкоцитурия, бактериурия, нормализовалась микроскопическая картина мочевого осадка в целом, приближалась к норме или становилась нормальной проба Нечипоренко. При контрольном УЗИ исследовании у беременных уменьшились размеры расширенных чашечек, однако при гидронефротической трансформации почек изменений после традиционного лечения с применением препарата Канефрон не отмечено. Несмотря на это, ни у одной беременной не наблюдалось обострения хронического пиелонефрита или острого пиелонефрита в процессе беременности. Достаточно быстро снижалась суточная потеря белка (протеинурия соответственно 30 - 1630 и 30 - 660 мг/сут до и через 2-3 недели лечения).

Выводы. Таким образом, суммарные эффекты «Канефрон Н» в сочетании с высокой степенью безопасности для матери и плода позволяют рекомендовать его применение у беременных с инфекциями мочевыделительной системы, хроническим гломерулонефритом, тубулоинтерстициальными и другими хроническими повреждениями почек, а также у беременных с гестозом - от его начальных до среднетяжелых форм.

## 285. ИЗМЕНЕНИЕ БУФЕРНОЙ СИСТЕМЫ У БОЛЬНЫХ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ

Туляганова Ф.М., Хамрабаева Ф.И., Атабаева С.М., Юлдашева Г.Р.

Ташкентский институт усовершенствования врачей, Узбекистан

Цель исследования – исследование газового состава крови у больных язвенной болезнью (ЯБ) желудка и двенадцатиперстной кишки.

Материал и методы исследования. Под нашим наблюдением находились 70 больных с ЯБ желудка и двенадцатиперстной кишки. Всем больным проводилась фиброгастродуоденоскопия и исследования показателей кислотно-щелочного состояния крови и ПОЛ.

Результаты исследования. Исследование газового состава крови у больных ЯБ показало, что обострение данного заболевания сопровождается снижением  $PO_2$  до  $50,5 \pm 1,2$  мм.рт.ст. и  $PCO_2$  до  $46,1 \pm 0,65$  мм.рт.ст., увеличением  $SB$  до  $25,9 \pm 0,23$  ммоль/л и низким уровнем сатурации крови кислородом до  $80,6 \pm 2,1\%$  против  $96,6 \pm 0,15\%$  в группе сравнения. Увеличение  $PCO_2$  и рост уровня  $HCO_3$  в плазме крови способствует избытку ионов  $H^+$ , усиливает отщепление от белков ионов  $K^+$  и приводит к частичному перемещению ее во внеклеточное пространство в обмен на ион  $Na^+$ .

Выводы. Таким образом, у больных ЯБ состояние метаболического алкалоза сочетается гипокалиемией и тканевой гипоксией за счет низкой сатурации крови кислородом, что является одной из причин накопления продуктов перекисного окисления липидов (в большей степени малонового диальдегида и в меньшей степени ацилгидроперекисей), свидетельствующих о его глубине и степени выраженности процесса.

## 286. НОВЫЕ АСПЕКТЫ ТЕРАПИИ ПЕРВОЙ ЛИНИИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ДВЕНАДЦАТИПЕРСНОЙ КИШКИ

Туляганова Ф.М., Хамрабаева Ф.И., Кадилова С.Р.

Ташкентский институт усовершенствования врачей, Узбекистан

Цель исследования. Изучить эффективность и безопасность эрадикационной терапии с включением рабепразола (рабемак) у больных язвенной болезнью, ассоциированной с *Helicobacter pylori*.

Материал и методы исследования. Было обследовано 66 больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки, ассоциированной с *Helicobacter pylori*. Всем пациентам выполнена фиброгастродуоденоскопия (ФГДС). Диагностику *H. pylori* проводили при морфологическом исследовании биоптатов слизистой оболочки - не менее 2 из антрального отдела желудка и не менее одного - из тела желудка. Схема лечения включала рабепразол (рабемак) по 20 мг. 2 раза в сутки, кларитромицин (флагил) по 500 мг. 2 раза в сутки, амоксициллин по 1000 мг. 2 раза в сутки. Продолжительность лечения - 14 дней. Через 14 дней оценивали клинические симптомы и переносимость терапии. После завершения эрадикационной терапии оценивали состояние слизистой оболочки двенадцатиперстной кишки при ФГДС, проявление клинических симптомов и наличие *H. pylori*.

Результаты исследования. К концу лечения по контрольной ФГДС, рубцевание язвенного дефекта наступило у 98% пациентов. При контрольном исследовании тремя методами *H. pylori* не выявлен у 32

больных, у 5 он обнаружен морфологическим методом. Эффективность эрадикации составила 96%. В процессе лечения побочные эффекты наблюдались.

**Выводы.** Таким образом, в результате проведенных исследований установлено, что схема первой линии эрадикации *H. pylori* на основе рабепразола (рабемака), кларитромицина (флагил) и амоксициллина является эффективной и безопасной по сравнению с традиционными схемами лечения.

### 287. ТАКТИКО-СТРАТЕГИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ В ЛЕЧЕНИИ ТУБЕРКУЛЕЗА У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ ПРИ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ГЕПАТИТАХ

Тхакушинова Н.Х., Дробот Н.Н., Бабаева И.Ю., Осипова И.Г., Батанина Т.П.

Кубанский государственный медицинский университет, ГУЗ СКДИБ, г. Краснодар

В последние годы неблагоприятная эпидемиологическая ситуация по туберкулезу характеризуется ростом заболеваемости туберкулезом детей и подростков. В связи с этим проблема лечения детей и подростков, больных туберкулезом весьма актуальна. Длительное лечение противотуберкулезными препаратами, в том числе полихимиотерапия, оказывают воздействие на макроорганизм, вызывая изменения тканевого обмена, снижение содержания витаминов и блокирование витаминных систем. Большая нагрузка приходится на печень, которая участвует в инактивации препаратов. Предпосылкой для поражения печени может быть и туберкулезная интоксикация, как при латентном туберкулезе, так и при прогрессирующем течении.

**Цель исследования** – изучение состояния печени у детей и подростков, больных туберкулезом, по данным клинического и биохимического исследования, определить тактику профилактики побочных реакций (ПР), выявления причин их развития и лечения.

**Методы исследования.** Под наблюдением находились 125 детей, которые получали лечение по поводу туберкулеза. Большую группу составили подростки (57,8%), остальные были дети раннего школьного и дошкольного возраста. Пациентов мужского и женского пола было одинаковое количество. Среди детей дошкольного и раннего школьного возраста преобладал туберкулез внутригрудных лимфатических узлов, в старших возрастных группах – инфильтративная форма туберкулеза. Деструктивные изменения в легких установлены у 35,6% больных, бактериовыделение – в 38,9% случаев. При сборе анамнеза и анализе медицинской документации особое внимание уделяли анамнестическим данным о перенесенных заболеваниях печени, желчевыводящих путей, которые могли неблагоприятно влиять на функцию печени в процессе лечения по поводу туберкулеза. Больным выполнялся комплекс клиничко-лабораторных исследований. При этом учитывалась степень выраженности симптомов туберкулезной интоксикации, данные пальпаторного исследования печени, наличие HBs – антигена в сыворотке крови, показатели общего и прямого билирубина, активности аминотрансфераз и их изменения в процессе лечения противотуберкулезными препаратами.

Лечение проводилось по стандартным режимам химиотерапии, когда в интенсивную фазу лечения назначается 4 или 5 противотуберкулезных препаратов, среди которых изониазид, рифампицин, пиразинамид, протионамид обладают выраженной гепатотоксичностью. При выявлении ПР на противотуберкулезные препараты использовалась синдромальная симптоматика медикаментозных осложнений с учетом данных гемограммы, лабораторных показателей биохимических сдвигов функционального состояния печени. Частота лекарственных гепатитов среди наблюдаемых больных составила 13,8%. Встречаемость этого вида ПР не зависела от возраста больных. Однако на тяжесть функциональных нарушений печени оказывала влияние сопутствующая патология, сопровождающаяся массивной вторичной инфекцией, что вызывало необходимость назначения антибиотиков широкого спектра действия.

Профилактика лекарственных гепатитов необходима еще до начала противотуберкулезной терапии. В связи с этим всем больным нами до начала лечения проводилось тщательное лабораторное исследование функции печени, выполнялись дезинтоксикационные мероприятия, назначались витамины, гепатопротекторы. Это в дальнейшем уменьшало симптомы интоксикации, облегчало эфферентную функцию печени. У большинства больных (75,0%) лекарственные гепатиты развивались в первые 2-4 недели после начала противотуберкулезной терапии на фоне здоровой печени. В таких ситуациях лекарственный гепатит характеризовался четкой взаимосвязью между началом противотуберкулезной терапии и развитием ПР, характерных для конкретного препарата и его отменой. В результате чего наступала регрессия клинических и биохимических признаков поражения печени, вплоть до полной нормализации показателей функции печени. В дальнейшем в процессе противотуберкулезного лечения функция печени контролировалась ежемесячно. Если появлялись жалобы у больного или признаки изменений со стороны печени, лабораторные исследования проводились внепланово и, при необходимости, отмена противотуберкулезных препаратов.

**Выводы.** Проведенные наблюдения позволяют рассматривать необходимым мониторинг уровня печеночных ферментов во время проведения противотуберкулезной терапии для установления факта гепатотоксичности и предотвращения развития поражения печени в результате высокой токсичности противотуберкулезных препаратов. Своевременное применение профилактических мероприятий, направленных на предотвращение побочных реакций со стороны печени повышает эффективность лечения пациентов и сокращает продолжительность лечения.

### 288. ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ (ЦЕЛЕКОКСИБ И УРСОДЕЗОКСИХОЛЕВАЯ КИСЛОТА (УДХК)) БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ХОЛЕЦИСТИТОМ С БИЛИАРНЫМ СЛАДЖЕМ

Тюрюмин Я.Л., Козлова Н.М., Тюрюмина Е.Э.

Институт хирургии НЦ РВХ СО РАМН, Кафедра факультетской терапии, ИГМУ, г. Иркутск

**Актуальность.** Ранее нами была выявлена

повышенная экспрессия циклооксигеназы-2 (ЦОГ-2) в гладкомышечных клетках, стромальных и эпителиальных клетках желчного пузыря (ЖП) у больных хроническим калькулезным холециститом. Выявлена положительная корреляция между интенсивностью воспаления в стенке ЖП и выраженностью экспрессии ЦОГ-2 в гладкомышечных клетках, стенках сосудов, стромальных клетках и эпителиальных клетках стенки ЖП.

**Цель работы.** Проанализировать взаимосвязи между клиническими и функциональными изменениями у больных хроническим некалькулезным холециститом (ХНХ) до и после патогенетического лечения.

**Материалы и методы.** Было обследовано 23 больных ХНХ: 9 больных ХНХ-1 были обследованы до и после традиционного лечения (антибиотики и желчегонные препараты), 14 больных ХНХ-2 были обследованы до и после патогенетического лечения (целекоксиб – селективный ингибитор ЦОГ-2 и урсодезоксихолевая кислота – УДХК) и 12 практически здоровых людей (Кон). 1 больной в группе ХНХ-1 и 12 больных в группе ХНХ-2 имели билиарный сладж и неоднородное содержимое. Ультразвуковое исследование печени и желчного пузыря проводили на цифровом ультразвуковом сканирующем комплексе Aloka PND 4000 с мультислотным датчиком 2.5-6.5 МГц. Динамическую гамма-сцинтиграфию печени и желчного пузыря (ЖП) проводили с помощью <sup>99m</sup>Tc БРОМЕЗИДА. Значимость различий определяли по критерию Манна-Уитни.

**Результаты.** Болевой и диспепсический синдром у больных ХНХ-2 купировался эффективнее на  $4.1 \pm 0.2$  день, чем у больных ХНХ-1 – на  $10.2 \pm 0.5$  день ( $p < 0.05$ ). У больных ХНХ-2 через 1 мес. выявлено уменьшение толщины стенки ЖП с  $4.5 \pm 0.2$  мм до  $2.4 \pm 0.2$  мм ( $p < 0.001$ ). После патогенетического лечения у всех больных ХНХ-2 регистрировали элиминацию билиарного сладжа, т.е. эффективность составила 100%. У больного ХНХ-1 негетерогенное содержимое оставалось после лечения. До лечения у больных ХНХ-2 выявляли наличие хронического «мягкого» внутривисцерального (р<0.001) и внутривисцерального холестаза (р<0.002), снижение эвакуаторной функции желчного пузыря до 34% (р<0.001). После лечения у больных ХНХ-2 отмечали восстановление накопительно-выделительной функции печени (р<0.02) и эвакуаторной функции желчного пузыря до 60% (р<0.01). Продолжительность ремиссии у больных ХНХ-2 после лечения целекоксибом и УДХК составила  $19.3 \pm 2.1$  мес., в группе ХНХ-1 –  $7.1 \pm 1.3$  мес. (р<0.001).

**Выводы.** Полученные данные позволяют предположить, избыточная экспрессия ЦОГ-2 в гладкомышечных клетках ЖП может быть причиной болевого синдрома и гипомоторной дисфункции ЖП, повышенная экспрессия ЦОГ-2 в стромальных, гладкомышечных клетках и эпителиальных клетках ЖП может быть причиной утолщенной стенки ЖП (по данным УЗИ) и гиперсекреции гликопротеинового муцина. Повышение концентрации гликопротеинового муцина в пузырной желчи свыше критической точки полимеризации способствует формированию и проявлению билиарного сладжа в просвете желчного пузыря (по данным УЗИ). Целекоксиб, эффективно

ингибируя ЦОГ-2 в стенке желчного пузыря, способствует купированию болевого синдрома и хронического асептического воспаления в стенке желчного пузыря, восстановлению эвакуаторной функции желчного пузыря. УДХК, эффективно растворяя кристаллы моногидрата холестерина в билиарном сладже, способствует элиминации билиарного сладжа, разрешению хронического «мягкого» внутривисцерального и внутривисцерального холестаза.

## 289. ЖЕЛЧЕГОННОЕ ДЕЙСТВИЕ СУХОГО ЭКСТРАКТА ЦИКОРИЯ

Усманова З.У.

Ташкентский фармацевтический институт, город Ташкент, Республика Узбекистан

В настоящее время заболевания желудочно – кишечного тракта широко распростираны в Республике Узбекистан. Поэтому внедрение в медицинскую практику высоко – эффективных, безвредных и фармакоэкономичных лекарственных средств для лечения и профилактики заболевания желудочно – кишечного тракта, в частности при патологии печени, является актуальной проблемой медицины.

**Цель:** изучить влияние сухого экстракта цикория на желчевыделение в условиях экспериментального токсического гепатита.

**Материалы и методы:** эксперименты проводили на 24 мышах массой 18 – 20 г обоего пола, предварительно голодавших в течение 24 часов. Токсический гепатит вызывали однократным внутривисцеральным введением тетрахлорметана (Ссl<sub>4</sub>) в дозе 0,1 мл на 10 г массы тела мышей в виде 50% масляного раствора. Изменения функционального состояния печени учитывали по тесту «гексеналовый сон», желчевыделительную функцию – по методу М.Д. Литвинчука. О противовисцеральной активности судили по уровню специфических ферментов печени и билирубина в сыворотке крови. Животных разделили на 3 группы: первая контрольная, которым вводили дист. воду в соответствующем объеме; вторая опытная – получала сухой экстракт цикория в дозе 25 мг/кг, а третья группа – препарат в дозе 50 мг/кг орально однократно. Спустя 3 часа после введения препарата мышей декантировали под легким эфирным наркозом измеряли массу желчного пузыря.

**Результаты опытов.** Опыты показали, что изучаемый препарат цикория у интактных мышей в изученных дозах достоверно увеличивает уровень желчевыделения. Так, если в контрольной группы массы желчного пузыря было  $11,5 \pm 0,6$  мг, то в опытной группе она была соответственно  $15,6 \pm 0,7$  и  $18,2 \pm 1,1$  мг. Во второй серии опытов, где было изучено влияние препарата на течение токсического гепатита у мышей. Препарат вводили орально однократно в течение 3 дней. Спустя сутки после третьего введения препарата проводили тест «Гексеналовый сон». При этом гексенал вводили внутривисцерально в дозе 70 мг/кг и учитывали продолжительность сна. Опыты показали, что продолжительность гексеналового сна у контрольной группы мышей с интоксикацией тетрахлорметаном увеличивалась в 2,52 раза по отношению к интактным

(с  $35,8 \pm 5$  мин до  $90,1 \pm 7,8$  мин). Трехдневное лечебное действие сухого экстракта в дозах 25 мг/кг и 50 мг/кг достоверно уменьшало продолжительность Гексеналового сна по отношению к контролю соответственно с  $90,1 \pm 7,8$  мин до  $30,3 \pm 4,6$  мин и  $30,0 \pm 3,7$  мин. Следовательно, изучаемые препараты выражено стимулируют детоксикационную функцию печени за счёт активации ферментов монооксигенозной системы гепатоцитов. Сухой экстракт цикория не изменяет процессы цитолиза и обмена билирубина.

**Выводы.** На основании изложенного можно заключить, что препарат Цикория обладает выраженным желчегонным и гепатопротекторным действиями. Гепатопротекторное действие препарата проявляется по – видимому вследствие активации детоксицирующей системы при экспериментальной острой интоксикации у животных, отравленных четырех хлористым углеродом.

## 290. ПРИМЕНЕНИЕ ПАНТОПРАЗОЛА В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ЖЕЛУДКА И 12-ПЕРСТНОЙ КИШКИ

Ушкац Л.К., Мусина Ш.Ж.

Государственный медицинский университет г. Семей, Казахстан

В последние годы открылись новые возможности в лечении язвенной болезни, связанные с применением антисекреторных препаратов ингибиторов протонной помпы (ИПП). Уникальный механизм действия ингибиторов протонной помпы обеспечивает этому классу лекарственных препаратов ведущее место в лечении кислотнозависимых заболеваний. Их широкое внедрение в клиническую практику позволило радикально улучшить прогноз при многих кислотнозависимых и *Helicobacter pylori* – ассоциированных заболеваниях.

Известным препаратом данной группы является пантопразол, который обладает избирательным антисекреторным эффектом и является наиболее рН-селективным ИПП. Период полувыведения его составляет примерно 46 часов, он имеет более низкую афинность к печеночной системе цитохрома P450, чем другие ИПП.

**Цель исследования** — оценка эффективности лечения пантопразолом в сочетании с кларитромицином и амоксициллином больных язвенной болезнью желудка и ДПК.

**Материал и методы.** Нами проведено лечение 30 больных язвенной болезнью желудка и 12-перстной кишки. Всем больным проводилось клинико-инструментальное и эндоскопическое исследование. Пациенты были в возрасте от 18 до 52 лет, из них 22 мужчин и 8 женщин. Все больные получали пантопразол по 40 мг в день, кларитромицин 500 мг и амоксициллин по 1000 мг два раза в сутки в течение 7 дней. Эндоскопическое обследование проводилось до начала лечения и на 15 день. Среди 30 больных, язвенной болезнью желудка страдали 6 человек (20%), у 24 (80%), язва локализовалась в луковице ДПК. Продолжительность заболевания составила от 4 месяцев до 24 лет. Размер язвенного дефекта был различным: от 0,4 см в диаметре до 1,0 см.

**Результаты и их обсуждение.** Наиболее часто язвенная болезнь встречалась у мужчин в возрасте 30-39 лет. Ведущей жалобой была боль в эпигастральной области (100% больных). Больные часто отмечали изжогу (86,7%); отрыжку воздухом (83,3%); тошноту (60%); похудание (25,0%); запоры (34,9%). Эффективность лечения оценивали по следующим признакам: купирование боли, изжоги, тошноты, а также по данным эндоскопического исследования в динамике. Боли в подложечной области уменьшились на 2 сутки у 4 больных (66%) с язвой желудка и у 18 (75%) больных с ЯБДПК. К концу 1 недели полностью был купирован болевой синдром у большинства больных. Изжога, тошнота, отрыжка прошли к 8 дню лечения.

При контрольном эндоскопическом обследовании констатировано полное рубцевание язвы у 28 больных (93,3%). Наблюдалось заживление язвенного дефекта: у 23 (96%) пациентов с язвенной болезнью луковицы ДПК и у из 6 пациентов 5 (83%) с язвенной болезнью желудка. Пантопразол хорошо переносился больными, побочных эффектов не отмечалось.

### **Выводы.**

1. Пантопразол способствует быстрому купированию клинических проявлений язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки.

2. Прием пантопразола в дозе 40 мг в сутки в сочетании с антихеликобактерной терапией в течение 15 дней вызывает полное заживление язвы луковицы двенадцатиперстной кишки у 96% больных, при язве желудка у 83%.

3. Пантопразол является безопасным и хорошо переносимым препаратом из группы ингибиторов протонного насоса.

## 291. КОРРЕЛЯЦИЯ ГИСТОСТРУКТУРЫ ПЕЧЕНИ И ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ГЛИКОИНУВИТОМ ПРИ АЛЛОКСАНОВОМ ДИАБЕТЕ

Файзиева З.Т.

Тошфарми, г.Ташкент, ул.Айбека-45, Узбекистан

**Цель:** изучить влияние гликоинувита (порошка клубней топинамбура) на гистоструктуру печени и поджелудочной железы при аллоксановом диабете

**Материалы и методы:** экспериментальный диабет воспроизводили однократным подкожным введением аллоксана в дозе 150 мг/кг. Подопытным животным перорально вводили гликоинувит в дозе 50 мг/кг в течение месяца, а контрольная группа получила физиологический раствор в соответствующем объеме.

**Результаты и их обсуждение:** гистологическими исследованиями выявлено, что диабетогенная доза аллоксана приводит к дистрофическим изменениям в печени и поджелудочной железе. Выявляется некроз печеночной ткани и незначительная инфильтрация лейкоцитами вокруг триад.

В поджелудочной железе отмечается утолщение прослойки соединительной ткани, разрастание жировой ткани (липоматоз). На эндокринной части основная часть островков уменьшена в размере. У части островков отмечается некротические изменения. Уменьшение число инсулиноцитов свидетельствует о том, что

аллоксан прежде всего избирательно поражает в-клеток островков Лангерганса.

При введении гликоинувита патоморфологические изменения, происходящие в печени заметно устраняется. Количество здоровых гепатоцитов резко увеличена, некроз и дистрофические изменения незначительны. Синусоиды местами расширены, уменьшается лимфоцитарная инфильтрация вокруг триад. На поджелудочной железы значительная часть островков гипертрофировано. За счет этого увеличена общая масса островковой ткани поджелудочной железы в целом. В клетках крупные ядра овальной формы, с выраженной ядерной оболочкой. Количество их резко увеличена. Дистрофических изменений и некроза в поджелудочной железы не отмечается.

Следовательно, действие гликоинувита направлено именно на восстановление количество функционируемых клеток печени и поджелудочной железы.

**Выводы:** гликоинувит устраняет патологические изменения в печени и поджелудочной железы, возникающий при аллоксановом диабете и стимулирует репаративные процессы в исследуемых органах.

## 292. НОВЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ИНФУЗИОННОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ С ГНОЙНО-СЕПТИЧЕСКИМИ ОСЛОЖНЕНИЯМИ ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ

Фассахова Л.С., Фаттахов В.В., Насруллаев М.Н., Ханнанов Н.И., Гафуров М.Х.

Кафедра клинической анатомии и амбулаторно-поликлинической хирургии, КГМА, МЗ РТ, г. Казань

Вопросы проведения дезинтоксикационной терапии при осложнениях сахарного диабета, таких как гангрена, диабетической стопа, гнойно-септические состояния, являются в настоящее время актуальными. В общей структуре хирургических заболеваний данная патология наблюдается у 29-31% больных. Стратегия и тактика комплексного лечения данной группы пациентов базируется на принципах местного лечения и проведения активной дезинтоксикационной и антибактериальной терапии.

Инфузионная терапия является важнейшим компонентом ведения больных с сахарным диабетом, особенно при его осложнениях. Основной задачей инфузионной терапии является коррекция объема и реологических свойств крови, биохимическая и коллоидно-осмотическая коррекция крови и тканевой жидкости, дезинтоксикация, парентеральное питание. Для реализации этих задач используются различные инфузионные средства, в том числе, такие как реамберин (1,5% раствор) и сорбилакт, представляющие собой солевые растворы с детоксицирующим действием. Показаниями к использованию этих препаратов являются гнойно-септические состояния, основными звеньями патогенеза которых являются гипоксия, интоксикация и иммунопрессия.

В основе гнойно-септических состояний лежит интоксикационный синдром, который обусловлен накоплением бактериальных эндотоксинов, токсических органических соединений, избыточных физиологических компонентов межклеточного обмена и метаболизма

(мочевина, креатинин, мочевая кислота). Используя растворы реамберина и сорбилакта в инфузионной терапии, можно достичь детоксикации за счет: 1) метаболического механизма (утилизации кетоновых тел); 2) экскреторного механизма (выведения с мочой); 3) иммунных механизмов (поглощения токсинов клетками моноцитарно-макрофагальной системы, связывания нейтрализующими антителами).

Нами проведена оценка эффективности применения растворов реамберина и сорбилакта в комплексном лечении больных с осложнениями сахарного диабета: обширными флегмонами мягких тканей, абсцессами, гангреной конечностей.

Исследования проводились в условиях отделения неотложной гнойной хирургии МУЗ ГКБ №9 г. Казани, которая является клинической базой кафедры клинической анатомии и амбулаторно-поликлинической хирургии медицинской академии. Под наблюдением находились 45 больных в возрасте от 21 до 68 лет. Пациенты были разделены на 2 группы. Первая группа (24 больных) получала стандартное лечение, назначаемое при гнойно-септических осложнениях, а вторая группа (21 больных) дополнительно к стандартному лечению получала внутривенно растворы реамберина и сорбилакта в суточной дозе 200 – 400 мл 1-2 раза в сутки в течение первых 5 – 6 суток пребывания больного в стационаре. Побочных реакций при их применении не наблюдалось.

Для оценки эффективности применения этих растворов у данной группы больных использовали динамику изменений клинических и биохимических показателей крови (лейкоцитарно-лимфоцитарного индекса, содержания белков плазмы, калия, магния, кальция) и клинических данных.

В процессе применения этих препаратов наблюдалась нормализация лейкоцитарно-лимфоцитарного индекса, биохимических показателей – содержания калия, магния, кальция, натрия. Удалось скорректировать состав плазмы, ее белков, иммунных нарушений, восстановить и оказать стимулирующее влияние на клетки ретикуло-эндотелиальной системы.

По нашим данным у больных второй группы сократилась длительность периода интоксикации, что проявилось сокращением лихорадочного периода, нормализацией температуры через 2 дня, купированием отеков, ускорением процессов репаративной регенерации. Улучшилось самочувствие больных, быстрее восстановилась функция конечности.

Применение растворов реамберина и сорбилакта в комбинации с антибактериальной терапией у больных с гнойно-септическими осложнениями при сахарном диабете приводит к быстрому купированию эндотоксикоза, мезенхимально-воспалительного синдрома, коррекции нарушений гемодинамики, ускорению нормализации органной дисфункции и тяжести состояния больных, уменьшению интерстициальной гипергидратации, нормализации показателей кислотно-щелочного состояния, устранению метаболического ацидоза, дизэлектролитных нарушений и ускорению процессов репаративной регенерации.

Растворы реамберина и сорбилакта могут быть рекомендованы как средства патогенетической терапии у

больных с гнойно-септическими осложнениями на фоне сахарного диабета.

### 293. НУЖНА ЛИ ЭРАДИКАЦИЯ HELICOBACTER PYLORI ПРИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ЖЕЛУДКА?

Фаттахов В.В., Ханнанов Н.И., Насруллаев М.Н., Фассахова Л.С.,

Кафедра клинической анатомии и амбулаторно-поликлинической хирургии ГОУ ДПО «Казанская государственная медицинская академия Росздрава». Казань. Россия

В последние годы большое значение в этиологии язвенной болезни, хронического гастрита и гастродуоденита придается обсеменению слизистой оболочки микроорганизмом *Helicobacter pylori* (HP). Оптимальной для внедрения и активации HP в слизистой оболочке является рН от 4 до 8. Более кислое желудочное содержание (рН < 3,5) приводит к инактивации микроорганизма. Поэтому излюбленной локализацией HP является антральный отдел желудка, где обычно происходит полная или частичная нейтрализация свободной HCl слизистым секретом.

HP располагается в слизистой оболочке под слоем слизи. Отчетливо выраженная уреазная активность микроорганизма позволяет разлагать мочевины, окружая себя аммиаком, защищающим его от воздействия HCl.

Механическая функция желудка впечатляет. Скоординированные движения и сокращения стенки желудка измельчают твердые компоненты пищи до частичек размером менее 0,25 мм. В сутки железы слизистой оболочки выделяют 2-3 литра желудочного сока. Он содержит, прежде всего, соляную кислоту и фермент пепсиноген. Пепсиноген под влиянием соляной кислоты в полости желудка превращается в активную форму – пепсин.

В год через желудок проходит около полутонны разнообразной пищи. Продукты питания отнюдь не стерильны. Вместе с ними поступает огромное количество микробов, вирусов, паразитов, токсинов и аллергенов.

Благодаря агрессивной среде в желудке, пища под влиянием соляной кислоты обеззараживается, а в результате действия фермента пепсина крупные и прочные белковые молекулы животного и растительного происхождения расщепляются на мелкие фрагменты.

Возникает вопрос - как в таких экстремальных условиях не повреждается сама слизистая оболочка желудка? Почему не у всех людей развивается гастрит или язва? Защита обеспечивается клетками слизистой оболочки, постоянно выделяющей слизь и щелочь (бикарбонат).

Благодаря защитному слою слизи имеет место следующая ситуация: в полости желудка среда резко кислая (рН составляет 2,0), а под слизью, которой укутаны клетки, среда нейтральная (рН составляет 7,0).

При нарушении защитного барьера, слизистая оболочка под действием соляной кислоты и пепсина повреждается. Клетки слизистой оболочки гибнут, в стенке желудка развивается хроническое воспаление (хронический гастрит, эрозия, язва). Нарушению защитных свойств слизистой оболочки и развитию

гастрита способствуют грубая и острая пища, курение, прием алкоголя, нестероидные противовоспалительные препараты (типа аспирина, индометацина), желчные кислоты, попадающие в желудок из кишечника. Одним из самых главных и распространенных агрессивных факторов является бактерия *Helicobacter pylori*, - способная выжить в кислой среде желудка. Поэтому очень много людей (по различным оценкам от 20 до 50% взрослого населения) страдают хроническими гастритами.

Постоянные стрессы (физические, химические, биологические, психогенные) провоцируют нарушение работы нервной системы, приводя к спазмам мышц и кровеносных сосудов желудочно-кишечного тракта. Оксидативные изменения в системе гомеостаза при стрессах приводят к дисфункции эндотелия и нарушению микроциркуляции в сосудах органов желудочно-кишечного тракта. Питание стенки желудка уменьшается, нарушается ее защитная функция, желудочный сок начинает оказывать губительное действие на слизистую, что приводит к образованию гастрита и язвы. Нарушение микроциркуляции приводит к нарушению системы репарации и регенерации.

Наиболее часто язвой желудка страдают мужчины от 20 до 50 лет. Для заболевания характерно хроническое течение с частыми рецидивами, которые обычно бывают весной и осенью. Немалую роль в возникновении заболевания играет бактерия *Helicobacter pylori*, жизнедеятельность которой приводит к повышению кислотности желудочного сока.

Однако главной причиной развития болезни является нарушение баланса между защитными механизмами желудка и факторами агрессии, т.е. выделяемая желудком слизь не справляется с ферментами и соляной кислотой. К такому нарушению баланса и развитию язвы желудка могут приводить следующие факторы:

- наличие хронических заболеваний желудочно-кишечного тракта (гастрит, панкреатит)
- неправильное питание
- длительный прием препаратов, которые обладают язвообразующими свойствами
- злоупотребление алкоголем и курение
- стресс
- генетическая предрасположенность

Само по себе выявление HP в слизистой оболочке не всегда свидетельствует о наличии заболеваний желудка или двенадцатиперстной кишки, ассоциированных с этим инфекционным агентом. Обсеменение слизистой оболочки может встречаться и у совершенно здоровых людей, генетически невосприимчивых к HP, у которых бактерия не способна к адгезии на эпителии. Значение имеют случаи сочетания инфицирования HP и характерных эндоскопических признаков хронического антрального гастрита, пангастрита, хронического активного дуоденита, ЯБЖ и ЯБДК. HP у больных с дуоденальными язвами и хроническим антральным гастритом и дуоденитом выявляется в 90–100% случаев, а у пациентов с пангастритом и ЯБЖ — в 56–80%.

Во время обострения болезни больного необходимо госпитализировать. Лечение в стационаре, которое длится до полного рубцевания язвы, намного эффективнее самолечения и позволяет максимально

удлинить промежутки между обострениями. Однако после выхода из больницы, пациент еще в течение трех месяцев лечится амбулаторно. В основу лечения должны быть положены принципы улучшения кроволимфообращения в стенке желудка, что будет способствовать активизации системы самовосстановления и самозащиты.

Для стационарного, особенно амбулаторного этапа лечения и реабилитации нами разработаны специальные технологии, включающие, наряду с утвержденными схемами эрадикации НР физиотерапию, фитотерапию, психотерапию, ЛФК, массаж, рекомендации по диете, представленные ниже. Физиотерапия:

1. Минеральные воды
2. Грязелечение. Аппликации на область желудка и сегментарно (38-40 °С)
3. Озокерит. Аппликации 2-3 см (45-50 °С) на подложечную область и сегментарно.
4. Гальванизация области желудка: электрод – в области эпигастрия + электрод в области нижнегрудного отдела позвоночника;
5. Электрофорез кальция, новокаина
6. ДДТ. Анод на области желудка. СМТ. I электрод на область эпигастрия, II - сзади TVII - TXII, режим переменный.
7. Ультразвук. Перед процедурой больной выпивает 0,5 л воды или фиточая. 3 поля: подложечная обл. (5'), паравертебральная область справа и слева T<sub>V</sub> – T<sub>IV</sub> (по 3')
8. ДМВ на область эпигастрия.
9. Соляно-хвойные ванны.

Фитотерапия. 1. Хронический гастрит с сохраненной и повышенной секреторной функцией. Отвары и настои из: алтея, земляники, ивы, иван-чая, картофеля, клевера, липы, мальвы, мать-и-мачехи, календулы, овса, солодки, фасоли, черники, шиповника, меда.

2. Хронический гастрит с секреторной недостаточностью. Отвары и настои из: авакадо, алоэ, апельсина, барбариса, бузины, мяты, огурца, одуванчика, персика, петрушки, подорожника, подсолнечника, полыни, помидора, пажиты, редьки, репы, свеклы, тысячелистника, хрена, череды, шелковицы, шалфея, яблок, ананаса, калины.

Психотерапия. Индивидуальное тестирование. Психологические тренинги. Индивидуальные беседы. Элементы аутотренинга. Гипноз. Работа на аппарате с биологической обратной связью.

ЛФК, массаж. Массаж общий, точечный, по рефлексогенным зонам. Лечебная гимнастика. Иглорефлексотерапия.

Диета при повышенной кислотообразующей функции № 1, запрещается употребление грубой, острой, сокогонной пищи.

При секреторной недостаточности диета № 2, запрещаются продукты, вызывающие броидильные процессы (цельное молоко, свежие мучные изделия) и требующие большого напряжения пищеварения (сливки, сметана).

Минеральная вода при секреторной недостаточности за 20-30 мин. до еды. Гидрокарбонатнохлоридные, натриевые минеральные воды (37-38 °С). Пить медленно, небольшими глотками с

¼ -1/2 стакана 1-2 раза до ¾ - 1 стакана 3 раза в день. Курс 21-24 дня.

При повышенной секреторной функции желудка – минеральные воды преимущественно малой и средней минерализации с преобладанием гидрокарбонатных, сульфатных и кальциевых ионов, слабо углекислые или не содержащие углекислоту (38 °С) за 1-1,5ч. до еды 3 раза в день. Курс 21-24 дня.

#### 294. HELICOBACTER PYLORI ИНФЕКЦИЯ У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМИ ВИРУСНЫМИ ГЕПАТИТАМИ А И В.

Федина Е.А., Мартынов В.А., Клочков И.Н.  
Рязанский Государственный Медицинский Университет имени академика И.П. Павлова. г.Рязань, Россия

В клинике инфекционных болезней диспепсические симптомы, такие как, тошнота, рвота, тяжесть в эпигастрии, нередко у больных острыми вирусными гепатитами А и В. Данные диспепсические симптомы многие связывают с проявлениями интоксикации, патологическими изменениями слизистой оболочки верхних отделов желудочно-кишечного тракта, возникающими в составе основного заболевания. В последние годы широко обсуждается возможная связь развития симптомов диспепсии с инфицированностью слизистой оболочки желудка *Helicobacter pylori*. Исходя из этого нельзя исключить влияние пилорического хеликобактериоза на развитие диспепсических симптомов у больных острыми вирусными гепатитами А и В.

Целью исследования явилось изучение частоты *Helicobacter pylori* инфекции верхних отделов желудочно-кишечного тракта у больных острыми вирусными гепатитами А и В.

Материалы и методы. Обследовано 96 больных острыми вирусными гепатитами А и В различной степени тяжести в возрасте от 16 до 57 лет, находившихся на стационарном лечении в инфекционном отделении клинической больницы имени Н.А. Семашко г. Рязани. На ранних сроках госпитализации всем пациентам выполнялась фиброгастродуоденоскопия с забором материала на цитоморфологическое исследование и диагностику пилорического хеликобактериоза. Для верификации *Helicobacter pylori* инфекции применялись уреазный тест, ПЦР, цитологическое исследование.

Результаты и обсуждение. У 53 больных острым вирусным гепатитом А заболевание протекало в легкой (90.5%) и среднетяжелой (9.5%) формах с умеренно выраженными симптомами диспепсии. В 37.7% случаев обнаружены эрозивные изменения слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки, причем у 4 больных наблюдались признаки состоявшегося кровотечения. У оставшихся 62.3% больных при эндоскопическом обследовании выявлены различные формы гастрита. *Helicobacter pylori*-инфекция диагностирована у 50 больных (94.3%). У пациентов с эрозивно-язвенной патологией желудка и двенадцатиперстной кишки пилорический хеликобактериоз выявлен в 100% случаев.

Острый вирусный гепатит В у больных (43 человека) протекал в легких (36.7%), среднетяжелых (36.7%) и тяжелых (26.6%) формах. Симптомы диспепсии были слабовыраженными. Эрозивные поражения слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки встречались в 30.2% случаях; в 69.2% диагностировались различные формы гастрита. *Helicobacter pylori*-инфекция выявлена у 20.9% пациентов. Эрозивные изменения слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки сочетались с *Helicobacter pylori*-инфекцией у 69.2% обследованных пациентов.

**Заключение.** Таким образом, у больных острыми вирусными гепатитами А и В при наличии диспепсических симптомов выявляется значительный процент эрозивной патологии слизистой оболочки верхних отделов желудочно-кишечного тракта. У пациентов с острым вирусным гепатитом А и острым вирусным гепатитом В выявлена значительная фоновая инфицированность *Helicobacter pylori* (94.3% и 20.9%, соответственно). Проведенные исследования свидетельствуют о целесообразности диагностики и лечения пилорического хеликобактериоза у данных категорий больных.

## 295. ТЕРАПИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ГЛОМЕРУЛО-НЕФРИТОМ

Филина Л.В., Соловьянова Е.Н.

Кафедра госпитальной терапии им. В.Г. Вогралика, ГОУ ВПО НижГМА, г.Н.Новгород

**Актуальность.** Проблема ремоделирования внутриклубочковой и системной артериальной гипертензии разрабатывается во многих медицинских центрах. В последние годы большое внимание уделяется применению комбинированных препаратов, состоящих их двух лекарственных средств, потенцирующих и дополняющих друг друга.

**Цель исследования.** Оценить антигипертензивную эффективность монотерапии препаратами вальсартан (Диован фирмы «Novartis Pharma AG»), амлодипин (Тенокс фирмы «KRKA») и их комбинацию в препарате «Эксфорж» фирмы «Novartis Pharma AG» у больных хроническим гломерулонефритом с мочевым и гипертоническим синдромами.

**Методы исследования.** В городском нефрологическом центре под наблюдением находилось 47 больных (19 женщина и 28 мужчин) с хроническим гломерулонефритом с мочевым и гипертоническим синдромами. Длительность заболевания составляла от 3 до 5 лет. Средний возраст больных  $36 \pm 5,7$  года.

Обследуемые были рандомизированы на три группы: у 12 человек в течение 2 месяцев проводилась гипотензивная терапия вальсартаном 80 мг/сут, у 16 человек – теноксом 10 мг/сут и 19 больных получали лечение препаратом «Эксфорж» состоящим из комбинации вальсартана 80 мг и амлодипина 5 мг. Препарат «Эксфорж» хорошо переносился пациентами, побочных явлений не наблюдалось. Изучали динамику артериального давления, протеинурию и скорость клубочковой фильтрации по формуле Кокрофта-Голта.

Артериальное давление измерялось по методу

Н.С.Короткова и составляло до лечения в первой группе  $170,0 \pm 3,1/105,2 \pm 4,12$  во второй группе –  $168,2 \pm 5,1/103,2 \pm 3,2$ , в третьей –  $174,1 \pm 6,1/102,3 \pm 4,12$  мм рт. ст. Протеинурия достигала  $1,5 \pm 0,28$  г/л (1 группа),  $0,9 \pm 0,14$  г/л (2 группа),  $1,2 \pm 0,31$  г/л (3 группа). Скорость клубочковой фильтрации равнялась  $86,3 \pm 3,2$  мл/мин в 1 группе,  $82,4 \pm 5,2$  мл/мин во 2 группе и  $81,2 \pm 3,1$  мл/мин в 3 группе.

**Полученные результаты.** Терапия антагонистом рецепторов ангиотензина II вальсартаном через 2 месяца привела к снижению артериального давления до  $156,2 \pm 4,1/96 \pm 3,1$  мм рт. ст. ( $p < 0,01$ ). Протеинурия уменьшилась до  $0,57 \pm 0,11$  г/л, СКФ возросла до  $95,2 \pm 3,4$  мл/мин.

При лечении блокатором кальциевых каналов теноксом через те же сроки артериальное давление снизилось до  $159,5 \pm 6,3/98,2 \pm 3,73$  мм рт. ст., протеинурия – до  $0,51 \pm 0,14$  г/л, скорость клубочковой фильтрации увеличилась до  $91,3 \pm 3,4$  мл/мин.

У пациентов, получавших комбинированный препарат «Эксфорж» артериальное давление в конце обследования составило  $153,6 \pm 4,1/92,4 \pm 5,2$  мм рт. ст. ( $p < 0,01$ ). Количество белка в моче снизилось до  $0,7 \pm 0,12$  г/л. Скорость клубочковой фильтрации возросла до  $102,3 \pm 3,4$  мл/мин.

**Обсуждение.** Артериальная гипертензия выявляется у 80% пациентов с хроническим гломерулонефритом. Повышение артериального давления при гломерулонефритах приводит к гипертрофии левого желудочка, к формированию синдрома гиперфильтрации в капиллярах клубочка, к уменьшению массы действующих нефронов. Протеинурия – важнейший фактор ремоделирования тубулоинтерстиция. АД и протеинурия определяют скорость прогрессирования почечной недостаточности при хроническом гломерулонефрите.

Для больных с артериальной гипертензией и нарушенной функцией почек важным фактором является способность антигипертензивных препаратов не только снижать АД, но и уменьшать протеинурию. По этим показателям несомненными лидерами являются антагонисты рецепторов ангиотензина II и блокаторы кальциевых каналов.

При лечении блокаторами рецепторов ангиотензина II происходит уменьшение вазоконстрикции, снижение гидростатического давления в почечных клубочках, уменьшение внутриклубочковой гиперфильтрации, снижение микроальбуминурии и протеинурии.

Длительное применение препаратов этой группы приводит к торможению пролиферации мезангиальных клеток и фибробластов.

Предпосылкой к использованию блокаторов кальциевых каналов третьего поколения при поражении почек на фоне артериальной гипертензии являются их вазодилатирующие свойства, антиагрегационный и антиатерогенный эффекты, способность повышать скорость клубочковой фильтрации и благоприятно влиять на функцию эндотелия.

Терапия комбинированным препаратом «Эксфорж» (по сравнению с монотерапией) позволила достоверно снизить артериальное давление, уменьшить протеинурию, повысить функциональную способность почек, что проявилось в повышении скорости

клубочковой фильтрации. Гипотензивный, антипротеинурический и нефропротекторный эффекты препарата “Эксфорж” по-видимому связаны с вазодилатацией, повышением эффективности почечного кровотока, со снижением внутривенной гипертензии.

**Заключение.** Препарат «Эксфорж» при лечении больных хроническим гломерулонефритом оказывает синергическое действие на артериальную гипертензию, протеинурию, скорость клубочковой фильтрации и является важным фактором, тормозящим скорость прогрессирования почечной декомпенсации.

Терапия комбинированным препаратом “Эксфорж” с фиксированной дозой (два препарата в одной таблетке) удобна для больного – простота дозирования, удобство однократного приема, меньшая вероятность появления дозозависимых побочных эффектов, увеличение приверженности пациентов к постоянному лечению (compliance).

## 296. СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ ПОСЛЕ ПРЯМОЙ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИИ МИОКАРДА. РОЛЬ КАРДИОЛОГА В КАРДИОХИРУРГИЧЕСКОЙ КЛИНИКЕ

Фокин А.А., Яковлев А.Н., Нетисанов С.В., Борсук Д.А.

ГОУ ДПО Уральская Государственная Медицинская Академия Дополнительного Образования Росздрава, Челябинск, Россия

НУЗ Дорожная Клиническая Больница на станции Челябинск, ОАО «РЖД», Челябинск, Россия

Хирургические вмешательства на коронарных артериях доказали свою необходимость. В связи с тем, что количество кардиохирургических операций ежегодно увеличивается, вопросы полноценной реабилитации и адекватного медикаментозного лечения больных в послеоперационном периоде становятся все более актуальными (Cooley D., 2006; Beukema R., 2009). Ввиду постоянно растущего количества терапевтических стратегий, появления новых препаратов, возрастает роль врача, прицельно занимающегося данными аспектами. Наиболее адекватным способом решения этих задач является наблюдение и лечение пациентов страдающих ишемической болезнью сердца, прооперированных на коронарных артериях, врачом-кардиологом, постоянно работающим с данной категорией больных.

За последние 3 года в нашей клинике было выполнено 420 операций на коронарных артериях. Из них по технологии ОРСАВ выполнено 382 (91%), в условиях искусственного кровообращения – 38 (9%). В послеоперационном периоде получены следующие результаты: летальных исходов было 5 (1,2%) из которых 3 пациента исходно имели тяжелую сопутствующую патологию. Острый инфаркт миокарда развился у 4 пациентов (0,95%), нарушения ритма сердца по типу фибрилляции предсердий возникло в 42 случаях, что составило 10%. Данные результаты считаются хорошими и сопоставимы с результатами большинства преуспевающих Европейских и мировых клиник, а их

достижение является продуктом совместного труда хирургической и терапевтической служб.

В послеоперационном периоде необходима ранняя активизация пациентов, которая должна проходить под постоянным контролем опытного специалиста; ишемия миокарда требует дифференциальной диагностики от послеоперационного перикардита, развивающегося у большинства пациентов; профилактика и своевременное лечение нарушений ритма и проводимости сердца, борьба с сердечной недостаточностью, - все это требует от врача широких знаний терапевтического характера, знаний электрокардиографии, основ реабилитации.

За время нахождения пациентов в стационаре после операций на коронарных артериях возможен подбор соответствующей состоянию больного антигипертензивной, антиагрегантной и липидкорректирующей терапии, имеется возможность рассказать больному о факторах риска сердечно-сосудистых заболеваний и о необходимости их коррекции. В совокупности с физическими аспектами реабилитации это способствует более раннему восстановлению трудоспособности пациента и возврату его к активному образу жизни, формированию у больных правильных психологических установок относительно здорового образа жизни. Все это является прерогативой врача терапевтического профиля – кардиолога.

Таким образом, мы считаем, что совместная оценка состояния больного кардиологом и кардиохирургом является разносторонней, более объективной и соответственно подразумевает под собой грамотное и обоснованное ведение больных, коррекцию патологических состояний и выбор адекватных терапевтических стратегий в послеоперационном периоде.

## 297. АНАЛИЗ ОБЩЕЙ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТИ ШУМА ФОРСИРОВАННОГО ВЫДОХА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПОЛА НА ОСНОВЕ ТРАХЕОФОНОГРАФИИ ФОРСИРОВАННОГО ВЫДОХА.

Хаирзаманова Т.А.\*, Кулаков Ю.В\*., Почекутова И.А\*\*., Крыжановский С.П.\*\*\*

\*Кафедра госпитальной терапии с курсом фтизиопульмонологии, ГОУ ВПО ВГМУ, Министерство здравоохранения и социального развития России, г. Владивосток,

\*\*Тихоокеанский океанологический институт им. акад. В.И.Ильичева ДВО РАН, Россия, г. Владивосток,

\*\*\*Медицинское объединение Дальневосточного отделения РАН, Россия, г. Владивосток (МО ДВО РАН).

**Актуальность.** Одной из важных задач современной медицины является поиск и разработка новых неинвазивных экономически доступных подходов к диагностике нарушений бронхиальной проходимости в амбулаторно-поликлинических условиях, которые позволят повысить эффективность выявления обструктивных заболеваний легких на ранних стадиях. Одним из таких методов является акустическая трахеофонография форсированного выдоха, однако существует неоднозначная трактовка акустических параметров форсированного выдоха в зависимости от пола (Коренбаум В.И., Почекутова И.А., 2008).

**Цель работы.** Изучить особенности общей продолжительности шума форсированного выдоха, регистрируемого акустическим методом трахеофонографии форсированного выдоха в зависимости от пола в амбулаторно-поликлинических условиях.

**Материалы и методы:** в период профилактических медицинских осмотров на базе поликлиники МО ДВО РАН было обследовано 158 человек (73 женщины и 85 мужчин) в возрасте от 40 до 66 лет. Статистическая характеристика группы обследуемых лиц: возраст: Me (LQ; UQ) = 53 (40; 66) лет; рост: Me (LQ; UQ) = 170 (161; 176) см; вес: Me, (LQ; UQ) = 75 (66; 83) кг. Обследование проводилось методом спирографии, с последующим определением нижней границы нормы для индексов Тиффно и Генслера (LLN FEV<sub>1</sub>/FVC) с помощью программы SpiExpert (Philip H. Quanjer). Методом акустической трахеофонографии регистрировалась общая продолжительность шума форсированного вдоха (Т) в секундах.

**Результаты:** из 158 обследуемых (для мужчин - Т: Me (LQ; UQ) = 2,34 (1,47; 2,48) сек.; для женщин - Т: Me (LQ; UQ) = 2,10 (1,63; 3,15) сек.). У 14 лиц выявлены признаки нарушения бронхиальной проходимости (FEV<sub>1</sub>/FVC < LLN FEV<sub>1</sub>/FVC), из них у 7 мужчин (Т: Me (LQ; UQ) = 3,01 (2,37; 4,59) сек. и у 7 женщин (Т: Me (LQ; UQ) = 3,22 (3,05; 5,26) сек. При корреляционном анализе не выявлено статистически значимой взаимосвязи между полом обследуемых лиц и общей продолжительностью шума форсированного выдоха.

**Выводы.** При проведении скрининг диагностики нарушений бронхиальной проходимости методом акустической трахеофонографии форсированного выдоха нет необходимости учитывать половые особенности обследуемых.

## 298. МИКРОБИОЦЕНОЗ КИШЕЧНИКА И ИММУННАЯ СИСТЕМА В ПАТОГЕНЕЗЕ НЕАЛКОГОЛЬНОГО СТЕАТОГЕПАТИТА (НАСГ).

Халимова З.А., Маммаев С.Н., Аджимусаева Л.Р., Саидов М.З.

Дагестанская медицинская академия, Медицинский центр «Гепар» Махачкала

**Цель исследования.** Изучить микробиоценоз кишечника и выявить корреляцию с параметрами иммунного статуса у больных с НАСГ.

**Материалы и методы.** Исследовали 82 больных НАСГ (средний возраст 48±9 лет), из них женщин-50, мужчин -32. Контрольную группу составили 10 здоровых добровольцев. Исследование дисбиоза кишечника проводилось бактериологическим методом с использованием стандартных питательных сред. Определение популяций и субпопуляций лимфоцитов проводилось с помощью проточной лазерной цитометрии (проточный цитофлуориметр COVLTER EPICS XL) с использованием моноклональных антител.

**Результаты.** У 72% исследованных больных выявлено достоверное (p < 0,05) повышение содержания в толстом кишечнике кишечной палочки, клебсиелл, дрожжеподобных грибов рода Candida. У 64% больных установлено повышение субпопуляций Tcyt/supr (CD3+,CD8+), T-NK (CD3+, CD 16+, CD56+) и Thelp

лимфоцитов (CD4+, CD8+). У 36% больных установлено увеличение популяций T cells (CD3+, CD19-) и Thelp (CD4+, CD8+) При изучении корреляционных взаимосвязей установлено наличие достоверной прямой связи количества T cyt/supr, T - NK с содержанием кишечной палочки (r = 0,68, r = 0,59 соответственно, p < 0,05), Thelp (CD4+, CD8+) с клебсиеллами (r = 0,78; p 0,01). Изучение корреляционных взаимосвязей у больных с НАСГ и в контрольной группе установлено наличие достоверной прямой связи количества T cyt/supr, T - NK и Thelp (CD4+, CD8+) с содержанием гемолизирующей кишечной палочки (r = 0,76; p < 0,05).

**Выводы.** Эндотоксин, входящий в состав клеточной стенки грамотрицательных бактерий является причиной местной воспалительной реакции в слизистой кишечника, вследствие фагоцитоза макрофагами кишечной стенки и ретикулоэндотелиальной системы и вызывающий впоследствии активацию клеточного иммунитета у больных с НАСГ. Повышение активности аэробной микрофлоры кишечника свидетельствуют об участии эндотоксемии и клеточного иммунитета в патогенезе НАСГ.

## 299. СПЕКТР АНТИБИОТИКОЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ ОСНОВНЫХ ВОЗБУДИТЕЛЕЙ КИШЕЧНЫХ ИНФЕКЦИЙ

Халиуллина С.В.

Казанский государственный медицинский университет, Казань

Лечение острых инвазивных диарей, наряду с регидратационной, симптоматической терапией, включает в себя и мероприятия, направленные на элиминацию возбудителя из кишечника. Эффективность лечения этой патологии в немалой степени зависит от правильно подобранной этиотропной терапии. В идеале антибактериальные препараты должны назначаться индивидуально, с учетом чувствительности выделенного возбудителя в каждом конкретном случае. Знание современного спектра чувствительных к определенным антибиотикам возбудителей острых кишечных инфекций (ОКИ), и проведение мониторинга резистентности этих возбудителей к наиболее часто используемым в практике химиопрепаратам – безусловно, необходимые составляющие современной терапевтической тактики.

По данным Федерального Центра Госсанэпиднадзора, отмечается рост заболеваемости острыми кишечными инфекциями. Так, в 2009 году общее число больных ОКИ возросло на 12,5% по сравнению с предыдущим. Изменилась и структура инвазивных диарей: на фоне снижения доли микробиологически подтвержденного шигеллеза (на 39% в сравнении с 2007 годом), число заболевших сальмонеллезом увеличилось на 16,5%.

**Цель настоящего исследования** – оценка чувствительности штаммов *Shigella spp.* и *Salmonella spp.*, выделенных из кишечника больных острыми бактериальными диареями к используемым в терапевтической практике антимикробным препаратам.

**Материалы и методы.** Работа проводилась на базе Республиканской клинической инфекционной больницы МЗ РТ г. Казани в период с 2007 по 2009 гг. Определяли чувствительность к антимикробным препаратам *Shigella*

*spp.* и *Salmonella spp.*, выделенных из кишечника взрослых больных, госпитализированных в стационар с диагнозом «острая кишечная инфекция». Чувствительность микроорганизмов к ампициллину/*AM*, цефотаксиму/*CFM*, цефтриаксону/*CFN*, цефтазидиму/*CFD*, хлорамфениколу/*CL*, амикацину/*AN*, ципрофлоксацину/*CIP* определяли диско-диффузионным методом в соответствии со стандартами *NCCLS*. Контроль качества определения чувствительности проводили с использованием штаммов *Escherichia coli ATCC 25922* и *ATCC 35218*.

**Результаты и обсуждение.** Всего за период с 2007 по 2009 годы было выделено 44 штамма шигелл (23 – *Sh.flexneri* и 21 – *Sh.sonne*) и 491 штамм сальмонелл (426 – *S.enteritidis*, 23 – *S.typhimurium*), которые сохраняли высокую чувствительность к достаточно широкому спектру антибиотиков, используемых в стационарах: цефалоспорином (97,8% штаммов сальмонелл, 100% штаммов шигелл), аминогликозидам 91,7% и 90,9% соответственно), фторхинолонам (97,3-98,3%). К сожалению, резистентность основных возбудителей ОКИ к ампициллину (72,7% у сальмонелл и 4,5% у шигелл) исключает этот препарат из протоколов лечения острых диарей с клиникой дистальных колитов. Препаратами резерва в лечении тяжелых форм шигеллезов остаются фторированные хинолоны, чувствительность к ним определялась у 98,3% штаммов. Множественная устойчивость к антибактериальным препаратам в нашем исследовании была выявлена только в одном случае – *S.typhimurium* с фенотипом резистентности *AM/CFN/CFD/CL*. Один штамм *S.enteritidis* был нечувствителен к трем антибиотикам (фенотип *AM/AN/CL*).

Таким образом, анализ современной клинко-эпидемиологической ситуации подтвердил доминирование шигелл и сальмонелл в качестве основной этиологической инвазивных диарей. Вопреки бытующему мнению о значительном росте резистентности классических возбудителей кишечных инфекций к основным антимикробным препаратам, наши данные показывают, что такого рода тенденция не наблюдается в отечественной практике: по-прежнему шигеллы и сальмонеллы, вызвавшие внебольничную дизентерию или сальмонеллез чувствительны к антибиотикам основных групп, применяемым в стационарах.

### 300. СИНДРОМ АЦЕТОНЕМИЧЕСКОЙ РВОТЫ У ДЕТЕЙ С ОСТРОЙ ИНФЕКЦИОННОЙ ПАТОЛОГИЕЙ ЖКТ

Халиуллина С.В.

Казанский государственный медицинский университет, Казань

Известно, что синдром ацетонемической рвоты (САР) достаточно часто регистрируется у детей с острыми кишечными инфекциями (ОКИ). Провоцирующими кетоз факторами, являются нарушение функции ЖКТ, обусловленное самим инфекционным процессом; недостаточное поступление углеводов с пищей, как следствие снижения аппетита при инфекционно-токсическом синдроме; стресс, испуг, психоэмоциональное напряжение, связанные с госпитализацией и пр. Увеличение количества кетоновых

тел в крови способствует более тяжелому течению инфекции, усиливая проявления кишечного, абдоминального, инфекционно-токсического синдромов. Частая упорная рвота, сопровождающая вторичный ацетонемический синдром провоцирует расстройства водно-электролитного и кислотно-основного равновесия и, как следствие этого, развитие токсикоза с эксикозом, метаболического ацидоза.

Целью исследования явилось изучение клинических особенностей острой кишечной инфекции (ОКИ) у детей, в зависимости от наличия или отсутствия САР. На базе ДИБ г.Казани проводилось клинко-лабораторное наблюдение за 291 ребенком с диагнозом ОКИ. У 86 (41,95%) из них регистрировали САР, который лабораторно подтверждался кетонурией, изменением показателей КОС в виде метаболического ацидоза. Вторую (контрольную) группу составили дети с ОКИ без кетоацидоза. Группы были репрезентативны по возрасту и полу.

Ацетонемический синдром, так же как и ОКИ чаще всего возникает у детей раннего возраста. В нашем исследовании количество детей от 1 до 3 лет в первой группе составило 69,8%, во второй – 54,7%. Достаточно часто кетоацидоз развивается на фоне ротавирусной инфекции. У 46,5% пациентов регистрировали ацетонемическую рвоту в сочетании с ротавирусным гастроэнтеритом. САР может манифестировать одновременно с клиникой вирусной диареи (у 67,6%), реже усиливает уже имеющуюся симптоматику (21,3%). У 12,1% госпитализированных клиника кетоацидоза предшествовала диарейному синдрому. Среднетяжелые формы ОКИ регистрировались в обеих группах с одинаковой частотой (97,7% и 98%). Топический диагноз у большинства больных расшифровывался как гастроэнтерит (88,4% и 77%). У 38,4% детей первой группы и у 34,1% детей второй – регистрировали преимущественно изотонический тип обезвоживания I-II степени.

В большинстве случаев клиническими проявлениями синдрома ацетонемической рвоты были: повторная рвота (70,8%), в т.ч. у 29,2% – многократная; вялость, сонливость (у 100%); запах ацетона изо рта (у 48,7%). Длительность лихорадочного периода при ОКИ с САР составила в среднем 4,04 дня. Половина детей жаловалась на боли в животе (41,7%), метеоризм – у 33,3%. Жидкий стул до 10 раз в сутки наблюдали у 70,8% больных, больше 10 раз – у 29,2% госпитализированных.

Статистически значимых различий между группами выявлено не было. Вероятно, это обусловлено небольшим количеством обследованных детей. Кроме того, сходство клинической симптоматики значительно затрудняет дифференциальную диагностику данных патологических состояний, а поздняя госпитализация на фоне проводимой регидратационной терапии не позволяет лабораторно подтвердить диагноз кетоацидоза. Таким образом, высокая частота САР, сопровождающего острые кишечные инфекции, определяет необходимость включения коррекции данного состояния в общую тактику терапии инфекционных диарей у детей.

### 301. ТРЕМАТОДЫ ЧЕЛОВЕКА: ОПИСТОРХОЗ И ПСЕВДАМФИСТОМОЗ.

Хамидуллин А.Р., Сайфутдинов Р.Г., Хаертынова И.М.

Межрегиональный клинико-диагностический центр, Казанская государственная медицинская академия, Казань, Россия

Цель исследования. Выявить наличие трематодов печени у больных, с жалобами на боли в эпигастрии и правом подреберье, носящие стойкий рецидивирующий характер, не смотря на проводимое лечение.

Материалы и методы. Обследованы больные с заболеваниями гепатобилиарной системы не уточненной этиологии, в анамнезе которых были эпизоды употребления сушеной, вяленой рыбы карповых пород не заводского производства и отмечались эпизоды стойкой или периодически возникающей «необъяснимой» гипербилирубинемии и (или) эозинофилии. Наряду с развернутым общим анализом крови и биохимическими показателями, проводилась оценка моторной функции желчевыводящих путей с помощью пероральной холецистографии и (или) УЗИ до, и после употребления больным желчегонного завтрака. Осуществляли фиброгастроуденоскопию, рентгеноскопию желудка и 12 п/кишки для выявления дуоденогастрального рефлюкса. Из паразитологических методов применялись неоднократная, тщательная копроовоскопия (метод нативного мазка, закручивания по Е.С. Шульману) и микроскопия желчи после дуоденального зондирования. Дифференциальная диагностика псевдамфиломоза проводилась с описторхозом на основании скрупулёзного анализа под микроскопом в экскриментах и дуоденальном содержимом яиц гельминтов. Последние имеют определённые различия. Так, яйца описторхоза наибольшую ширину имеют в средней части и постепенно суживаются к полюсам. В то время как яйца псевдамфиломоза так же овальной формы, снабжены крышечкой, но имеют наибольшую ширину на границе первой и второй трети длины яйца, в результате чего сужения в области оперкулярного полюса выражено более четко.

Результаты исследований. С 1990 года по 1998 год в городе Казани исследованы 84 взрослых, предъявлявших жалобы на боли в эпигастрии и правом подреберье различной интенсивности, характера и частоты возникновения, и при лечении которых не удавалось добиться стойкого, длительного клинического улучшения. Из них у 87% был выявлен описторхоз, 3,5% - псевдамфиломоз, сочетание описторхоза и псевдамфиломоза у 9,5%. В острой стадии в анализах крови, в ряде случаев, отмечалась умеренная гипохромная анемия и высокая степень эозинофилии - 75%. В процессе лечения она постепенно снижалась до 57-51%. Однако это приводило к постановке ошибочного диагноза эозинофильный лейкоз. В хронической стадии эозинофилия встречалась значительно реже. Более выраженной была гипербилирубинемия и изменения белковых фракций, особенно при сочетании описторхоза и псевдамфиломоза. Нарушения двигательной функции желчного пузыря протекали по типу гипер - 5,9% или гипокинетической дискинезии - 39,3%, иногда достигая атонии желчного пузыря - 17,8%. У многих больных отмечался дуоденогастральный рефлюкс - 36,9%.

Выводы. На основании паразитологических методов обследования у больных был установлен диагноз: описторхоз и (или) псевдамфиломоз. УЗИ, рентгенография, фиброгастроуденоскопия помогают выявить лишь косвенные признаки поражения органов гепатобилиарной системы.

Обнаружение яиц описторхоза и псевдамфиломоза в фекалиях и дуоденальном содержимом представляет собой в ряде регионов России значительные трудности из-за недостаточной осведомлённости врачей, клинических лаборантов о наличии вариативности их строения. По форме и размерам яйца псевдамфиломоза весьма напоминают яйца описторхоза, что затрудняет их дифференциальную диагностику при копроовоскопии и анализе дуоденального содержимого. Тем не менее, она вполне возможна.

Паразитологическая настороженность должна быть у каждого медицинского работника, особенно в отношении лиц с неясной патологией гепатопанкреатодуоденальной зоны. Необходимо обращать внимание на анамнез, где имеются эпизоды, даже однократного, употребления рыб карповых пород с некачественной кулинарной обработкой. Этим пациентам необходимо проводить целенаправленное паразитологическое обследование. Следует также помнить, что лица из других регионов России и зарубежья могут завозить возбудителей паразитарных и протозойных заболеваний, не свойственных нашей зоне.

### 302. ПРОБЛЕМЫ АНТИМИКРОБНОЙ ТЕРАПИИ ПАЦИЕНТОВ С ВНЕБОЛЬНИЧНЫМИ ПНЕВМОНИЯМИ В СТАЦИОНАРЕ

Хамитов Р.Ф., Григорьева И.В.

Кафедра внутренних болезней №2, ГОУ ВПО «КГМУ» Росздрава, Казань

Актуальность. По данным официальной статистики в 2006 г. в России было зарегистрировано около 400 тысяч больных пневмониями. Это значительно меньше расчетных данных (1,8 млн. больных), отражающих реальную картину распространенности внебольничных пневмоний (ВП). Наибольшие затраты связаны с лечением пневмоний в условиях стационара. В связи с этим сохраняет особую актуальность разработка принципов рациональной антимикробной терапии данной категории пациентов с уточнением показаний к различным режимам лечения. Это послужило основанием для проведения настоящего исследования.

Целью работы явилось сравнение эффективности и безопасности комбинации цефалоспоринов III с макролидами в сравнении с монотерапией цефалоспорином III при среднетяжелой и тяжелой внебольничной пневмонии.

Материал и методы. В исследование вошли 77 пациентов: 32 женщины и 45 мужчин в среднем 54 лет. Группа из 49 больных получала цефалоспорин III поколения цефтриаксон (Ц) в средней дозе 1,7±0,1 г/сут в/в в комбинации с азитромицином [Зитролид®, ОАО «Валента Фарм»] в дозе 500 мг/сут (Ц+М). Группа из 28 пациентов - монотерапию Ц в такой же дозе. Продолжительность введения Ц в обеих группах была в среднем 11 дней, азитромицина - 7 дней. Клинико-

лабораторные данные оценивались на 1, 3, 5, 7, 10-14 дни лечения.

**Результаты.** Тяжесть течения ВП в обеих группах была сопряжена с возрастом. Доли пациентов без кашля одинаково возрастали при различных вариантах лечения. На 10 день лечения достоверно не различалось и соотношение пациентов без выделения мокроты, однако при комбинированной терапии (Ц+М) в группе женщин при среднетяжелой ВП отмечалось достоверное увеличение слизистого мокротовыделения. На фоне лечения достоверно уменьшалось число пациентов с одышкой. На фоне комбинированной терапии достоверные различия наблюдались уже с 3 дня. Межгрупповые различия были наиболее показательны при тяжелом течении ВП, наглядно демонстрируя необходимость комбинированной терапии для данной категории пациентов. Исследованные варианты терапии не различались по профилю безопасности и переносимости.

**Выводы.** Назначение комбинированной (цефтриаксон + азитромицин [Зитролид®]) терапии наиболее обосновано у женщин с продуктивным кашлем с гнойной и слизисто-гнойной мокротой при среднетяжелом течении ВП, а также пациентам с тяжелой ВП с клинически значимой одышкой.

### 303. ИДИОПАТИЧЕСКИЙ ФИБРОЗИРУЮЩИЙ АЛЬВЕОЛИТ – КЛИНИЧЕСКИЙ ПОРТРЕТ СОВРЕМЕННОГО ПАЦИЕНТА.

Хамитов Р.Ф., Сулбаева К.Р.

Кафедра внутренних болезней №2, ГОУ ВПО «КГМУ» Росздрава, Казань

**Актуальность.** Показатели заболеваемости идиопатическим фиброзирующим альвеолитом (ИФА) за период 1995–2003 гг. увеличились в среднем в 4 раза. К 2020 г. согласно статистическим прогнозам интерстициальные болезни легких по количеству «потерь лет жизни» будут сравнимы с раком легких. По этой причине прямые и непрямые медицинские расходы, обусловленные преждевременной смертностью от ИФА, могут составлять значительный экономический и социальный ущерб. В связи с этим сохраняют актуальность исследования по уточнению клинической значимости отдельных симптомов и лечебных подходов при тяжелых формах и обострениях ИФА, в первую очередь, требующих госпитализации.

**Цель** - изучение особенностей клиники, лабораторно-инструментальных изменений и составных компонентов лечения у пациентов, госпитализированных по поводу обострения ИФА.

**Материал и методы.** В исследование вошли 18 больных: 10 мужчин и 8 женщин в среднем 58 лет.

**Результаты.** Длительность диагностированного ИФА к моменту госпитализации в среднем составила 3,5 года. В структуре сопутствующей патологии превалировала ХОБЛ (28%). В 22% ухудшение течения заболевания было вызвано ОРВИ, в остальных случаях развивалось постепенно. В 72% состояние больных расценивалось как среднетяжелое, в 6% - как тяжелое. В 67% случаев имел место субфебрилитет, в 22% температура тела превышала 38°C. Все больные предъявляли жалобы на кашель: в 61% постоянного характера, в 39% -

приступообразного. Все пациенты отмечали одышку: при этом 9 - при обычных нагрузках, 6 - при незначительных нагрузках и в покое. При аускультации у всех выслушивалось ослабленное везикулярное дыхание: в 50% с сухими хрипами, в 22% - с влажными, в остальных случаях - крепитация. У 9 пациентов была диагностирована дыхательная недостаточность (ДН) II ст., у шестерых - III ст. В 39% выявлялись признаки хронического легочного сердца. В периферической крови всех больных имел место лейкоцитоз ( $11,5 \times 10^9/\text{л} \pm 1,3$ ). Рентгенологически отмечалось усиление легочного рисунка с мелкоочаговыми тенями в 28%, пневмосклероз - в 45%. В 89% случаев назначались глюкокортикоиды: в средних суточных дозах преднизолон (П) до 30 мг per os, 50 мг в/в, ингаляционно - 800 мкг беклометазона. 50% больных принимали П совместно с ингаляционными бронхолитиками: 5 - с ипратропием, 4 - беродуалом. Антибиотики назначались в 44%, в основном при обострении сопутствующей ХОБЛ. При выписке у всех пациентов нормализовалась температура тела. В 83% уменьшалась одышка, достоверно снижался лейкоцитоз (до  $7,4 \times 10^9/\text{л} \pm 2,1$ ). В 85% было рекомендовано амбулаторное продолжение приема П в суточной дозе 10 мг.

**Выводы.** Потребность в госпитализации более характерна для тяжелого постепенно ухудшающегося течения ИФА у больных старшего возраста независимо от пола. Сопутствующая ХОБЛ отягощает течение заболевания, увеличивая объем и стоимость лечения. Достоверными показателями, отражающими возможность выписки пациентов, являются температура тела, динамика одышки и уровень лейкоцитоза периферической крови. Глюкокортикостероиды занимают существенное место в лечебном комплексе пациентов с ИФА, предполагая необходимость скрининга и профилактики возможных побочных эффектов при их длительном назначении.

### 304. ВНЕБОЛЬНИЧНЫЕ ПНЕВМОНИИ В РЕАЛЬНОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ ЛЕЧЕБНЫХ УЧРЕЖДЕНИЙ РТ.

Хамитов Р.Ф., Якупова З.Н.

Кафедра внутренних болезней №2, ГОУ ВПО «КГМУ» Росздрава, Казань

**Актуальность.** В РФ в 2006 г. было официально зарегистрировано 414,3 пневмоний на 100000 населения. По всей видимости, в реальности число больных пневмониями еще выше. Для своевременной диагностики, адекватного лечения и уменьшения летальных исходов пневмоний большое значение имеет высокий профессиональный уровень лечащих врачей.

**Цель** настоящего исследования состояла в оценке знаний практических врачей вопросов диагностики и лечения внебольничных пневмоний (ВП)

**Материал и методы.** Был разработан специальный опросник и проведено анкетирование 94 городских и сельских врачей лечебных учреждений РТ. Немалую часть опрошиваемых составили представители руководящего звена: заведующие терапевтическими отделениями поликлиник (16%) и стационаров (13%). При этом 81% респондентов в повседневной практике непосредственно курировали пациентов с ВП, 12% -

осуществляли экспертный контроль. 77% имели стаж практической работы более 10 лет, 14% - от 5 до 10 лет, то есть, являлись квалифицированными специалистами с достаточным опытом врачебной деятельности, предполагающим соответствующий уровень знаний по такой распространенной нозологической форме как ВП.

**Результаты.** К сожалению результаты анкетирования не позволили в должной мере подтвердить это предположение. 6 и 5% респондентов соответственно считали, что диагноз ВП не может быть установлен без исследования вентиляционной функции легких и посева мокроты на этиологически значимые микроорганизмы, 12% - без анализа мокроты с окраской по Цилю-Нильсену. При этом только 78% увязывали эту окраску с выявлением микобактерий. 5% врачей считали возможным амбулаторное лечение пациентов со среднетяжелой ВП при наличии значимой сопутствующей соматической патологии и пациентов до 60 лет с тяжелым течением ВП. 22% предпочли цефотаксим в качестве препарата выбора для амбулаторной терапии нетяжелых ВП. 19 и 5% опрашиваемых выбрали соответственно нистатин и пероральный доксициклин в комбинации с цефтриаксоном для инициальной терапии нетяжелой ВП у госпитализированных пациентов, а 20% - в/в комбинацию ампициллина с цефалоспорином III для начальной терапии тяжелой ВП у больных, госпитализированных в общетерапевтические отделения.

**Выводы.** Результаты опроса показывают настоятельную необходимость дальнейшего повышения образовательного уровня врачей, занимающихся диагностикой и лечением такой распространенной бронхолегочной патологии как ВП. Формы образования могут быть весьма различными и ни в коей мере не должны ограничиваться регулярными циклами повышения квалификации (раз в 5 лет), которые обязательно должны проводиться с отрывом от основной работы. Большое значение имеет участие в работе «круглых столов», телемостов, научно-практических конференций городского и республиканского уровня, а также ознакомление с периодическими медицинскими изданиями.

### 305. ХРОНИЧЕСКАЯ ОБСТРУКТИВНАЯ БОЛЕЗНЬ ЛЕГКИХ В УСЛОВИЯХ КРУПНОГО ПРОМЫШЛЕННОГО ГОРОДА: КЛИНИЧЕСКИЕ РЕАЛИИ

Хамитов Р.Ф.<sup>1</sup>, Кудрявцева Э.З.<sup>2</sup>, Ванькова Е.И.<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Казанский государственный медицинский университет, <sup>2</sup>Пульмонологический центр г.Казани, <sup>3</sup>МУЗ «17 поликлиника» г.Казани

**Актуальность.** В Европе признаки клинически значимой ХОБЛ отмечают от 4 до 10% взрослого населения, а в мире около 600 миллионов человек. Болезнь чаще встречается у мужчин, хотя смертность от ХОБЛ в промышленно развитых странах увеличивается среди женщин, в первую очередь, за счет распространения табакокурения. ВОЗ прогнозирует, что к 2030 году смертность от ХОБЛ в мире удвоится. Это определило актуальность настоящего исследования.

**Цель** - изучение клинико-anamnestических особенностей и лечения пациентов с ХОБЛ в реальных условиях промышленного города.

**Материал и методы.** В исследование вошли 29 больных, наблюдавшихся в течение года в Пульмонологическом центре Казани: 24 мужчин и 5 женщин, средний возраст 65,4 лет.

**Результаты.** Длительность ХОБЛ к моменту исследования составила в среднем 8,2 года. В 27% имела место II ст., в 59% - III ст., 14% - IV ст. заболевания. В 21% случаев диагностировалась сопутствующая бронхиальная астма (БА). У 14% больных наследственность была отягощена по хроническому бронхиту, у 2 - по БА. 34% пациентов на протяжении 15 лет имели профессиональные вредности, но лишь у 1 был диагностирован хронический профессиональный бронхит. Большинство исследуемых курили (69%). Интенсивность курения составила 38,7 пачек/лет. 66% имели более трех обострений за последний год. В лечении обострений ХОБЛ 79% пациентов обычно использовали антибиотики (в 38% это были бета-лактамы, в 24% - макролиды и 10% - фторхинолоны II генерации). В 97% случаев обострений применялись ингаляционные короткодействующие бронхолитики, в 28% - ингаляционные глюкокортикоиды (ИГКС). 48% больных в период обострения пользовались преднизолоном per os, 93% - муколитиками и отхаркивающими средствами. Регулярная терапия при стабильном течении ХОБЛ применялась у 93% пациентов: в большинстве случаев бронхолитиком выбора был комбинированный короткодействующий препарат фенотерол+ипратропий (Беродуал<sup>®</sup>) (79%), в 14% - пролонгированный ингаляционный антихолинэргик тиотропий (Спирива<sup>®</sup>), в 7% - формотерол, в 63% применялись ингаляционные глюкокортикоиды.

**Выводы.** Проведенный анализ показал большую частоту и позднюю диагностику III и IV ст. ХОБЛ. Несмотря на это, большинство пациентов продолжали интенсивно курить, недостаточно использовали при обострениях преднизолон и, по всей видимости, неадекватно - фторхинолоны II. При стабильном течении ХОБЛ имела место очевидная недостаточность применения тиотропия (Спиривы<sup>®</sup>). Одновременно отмечался избыточный прием муколитиков и отхаркивающих. Полученные результаты должны помочь в адресной перестройке лечебного комплекса пациентов с более широким применением пролонгированных бронхолитиков при стабильном течении заболевания. При этом с учетом распространенности ХОБЛ в старших возрастных группах большее предпочтение следует отдавать пролонгированным ингаляционным антихолинэргикам (единственный в РФ - Спирива<sup>®</sup>). В соответствии с полученными данными большее значение на практике необходимо придавать пропаганде отказа от табакокурения и учету профессиональных вредностей.

### 306. СОСТОЯНИЕ СИСТЕМЫ ГЕМОСТАЗА У БОЛЬНЫХ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ

Хамрабаева Ф.И., Атабаева С.М.

Ташкентский институт усовершенствования врачей, Узбекистан

**Цель исследования.** Изучение характера изменений некоторых показателей гемостаза в комплексе с комплиментарной и оксидантной систем у больных язвенной болезнью (ЯБ).

**Материал и методы исследования.** Под нашим наблюдением находились более 64 больных с ЯБ желудка и двенадцатиперстной кишки. В план обследования входили общеклинические исследования, гастродиброскопия, исследование показателей прокоагулянтного и тромбоцитарного звеньев системы гемостаза.

**Результаты исследования.** Было выявлено, что у больных ЯБ отмечена гиперфибриногенемия, достоверное уменьшение показателя активированного парциального тромбопластинового времени и активации кининогена и калликреина по сравнению с данными группы сравнения ( $P < 0,05$ ). С этими данными согласовывались результаты активированного времени рекальцификации. Следует также отметить, что у больных с ЯБ в стадии обострения отмечено более чем двукратное уменьшение содержания антитромбина-III в плазме крови, что свидетельствует о значительном снижении естественной антикоагулянтной активности.

В то же время, установлено, что уровень концентрации продуктов деградации фибрина и фибриногена у больных ЯБ достоверно не повышался, что свидетельствует о недостоверном увеличении интенсивности внутрисосудистого свертывания крови.

**Выводы.** Таким образом, при обострении ЯБ происходит активация прокоагулянтного, тромбоцитарного звеньев системы гемостаза, что является причиной возникновения тромбофилического состояния и развития синдрома ДВС крови.

### 307. НАРУШЕНИЯ В СИСТЕМЕ ГЕМОСТАЗА У БОЛЬНЫХ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ

Хамрабаева Ф.И., Туляганова Ф.М.

Ташкентский институт усовершенствования врачей, Узбекистан

**Цель исследования** - изучить характер изменений в некоторых показателях гемостаза у больных язвенной болезнью (ЯБ) желудка и двенадцатиперстной кишки.

**Материал и методы исследования.** Под нашим наблюдением находились более 64 больных с ЯБ желудка и двенадцатиперстной кишки. В план обследования, кроме целенаправленного сбора анамнеза и клинико-лабораторных исследований входили также, фиброгастродиброскопия, рентгеноскопия желудка, исследование базальной и стимулированной желудочной секреции и некоторых показателей системы гемостаза.

**Результаты исследования.** Выявлено, что у больных ЯБ отмечено появление гиперфибриногенемии, укорочение показателей активированного парциального тромбопластинового времени (АПТВ) и активированного времени рекальцификации (АВР) по сравнению с данными группы сравнения ( $P < 0,05$ ).

Истощение антикоагулянтного потенциала крови у больных с ЯБ в стадии обострения выражалось в уменьшении содержания антитромбина-III в плазме крови.

Уровень концентрации продуктов деградации фибрина и фибриногена у больных ЯБ достоверно не

повышался, что свидетельствует о недостоверном увеличении интенсивности внутрисосудистого свертывания крови. Между тем, при этом возникает тромбофилическое состояние и высокий риск развития синдрома ДВС крови.

**Выводы.** Таким образом, при обострении ЯБ происходит активация прокоагулянтного, тромбоцитарного звеньев системы гемостаза. Об этом свидетельствует умеренная гиперфибриногенемия, укорочение АПТВ и уменьшение содержания антитромбина-III, что следует учитывать в патогенетическом лечении больных ЯБ.

### 308. ЗАМЕСТИТЕЛЬНАЯ ФЕРМЕНТНАЯ ТЕРАПИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПОКАЗАТЕЛЯ ФЕКАЛЬНОЙ ЭЛАСТАЗЫ

Хамрабаева Ф.И., Юлдашева Г.Р.

Ташкентский институт усовершенствования врачей, Узбекистан

**Цель исследования** — изучение клинической эффективности ферментного препарата мезим форте в лечение хронического панкреатита в зависимости от показателя фекальной эластазы.

**Материал и методы.** Было исследовано 70 больных с хроническим панкреатитом. Для верификации диагноза всем больным выполнено трансабдоминальное ультразвуковое исследование и определение эластазы в кале. Динамику болевого абдоминального синдрома оценивали по методике субъективной оценки выраженности болевого синдрома (по 10-балльной шкале). 1 группа – 33 больных, принимали классические таблеток панкреатина с кислотоустойчивой оболочке во время еды, 2 группа (37) больных принимала мезим форте 10.000 по 1-2 таблетке во время еды.

**Результаты.** Исследование показателей содержания эластазы в кале до лечения показало ее тенденция к снижению в обеих группах пациентов: в первой группе соответствующий показатель составил  $194,5 \pm 27,3$  мкг/г, а в группе сравнения -  $201,6 \pm 12,8$  мкг/г. ( $p > 0,05$ ). После проведенного лечения показатели эластазы в кале составили  $210,3 \pm 17,2$  мкг/г в первой группе и  $256,6 \pm 18,2$  мкг/г во второй группе больных. Так же проведенные исследования показали, что в первой группе больных, на фоне приема препаратов панкреатина абдоминальная боль уменьшилась, но незначительно, что подтверждается показателями выраженности болей, которые до лечения составили  $9,7 \pm 0,2$  и после лечения  $9,5 \pm 0,7$  баллов. Во второй же группе наблюдалось достоверное снижение этого показателя после лечения ( $6,3 \pm 0,9$  против  $9,7 \pm 0,7$ ).

**Выводы.** Таким образом, проведенными исследованиями доказано, что более эффективным ферментным препаратом в лечение больных хроническим панкреатитом является мезим форте, который по сравнению с классическими препаратами панкреатина оказывает более выраженный клинический эффект, что подтверждается лабораторными показателями проявлений недостаточности экзокринной функции поджелудочной железы.

### 309. К ВОПРОСУ БЕЗОПАСНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ ЭРАДИКАЦИОННОЙ ТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИЕ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ

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

Цель исследования. Изучить эффективность эрадикационной терапии в комплексе с пробиотиком (энтерожермина) в качестве профилактики дисбиоза.

Материал и методы. В исследовании участвовали 102 больных с 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: 1-я группа получала трехкомпонентную терапию (рабемак по 40 г/сут., флагил 1000мг/сут. и амоксициллин по 2000 мг/сут.) в комплексе с энтерожермина по 3 фл./сут. в течение 14 дней; 2-я группа - группа получала трехкомпонентную терапию (рабемак по 40 г/сут., флагил 1000мг/сут. и амоксициллин по 2000 мг/сут.) в течение 14 дней. После завершения эрадикационной терапии больные продолжали прием рабемака по 20 мг/сут. до полного рубцевания язвенного дефекта.

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 второй группы после курса эрадикационной терапии в комплексе с пробиотиком обнаружено достоверное ( $p < 0,05$ ) увеличение количества бифидобактерии и лактобактерии. 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 во второй группе больных.

Выводы. Полученные данные свидетельствуют, что на фоне традиционной эрадикационной терапии происходит угнетение практически всех составляющих нормальной микрофлоры кишечника, в связи с чем целесообразно совершенствовать стандартные схемы антихеликобактерной терапии и дополнение их препаратами, действие которых было бы направлено на предупреждение и нивелирование дисбиотических расстройств кишечника.

### 310. ОШИБКА В ДИАГНОСТИКЕ ПАНКРЕАТИТА

Хибин Л.С., Подчеко П.И., Евсева С.Н.  
ГОУ ВПО СГМА, Смоленск, Россия

Цель исследования. Привлечь внимание врачей различных специальностей к диагностическим трудностям в распознавании панкреатита, а также в связи с увеличением количества таких больных, при этом он может протекать весьма скрыто особенно на фоне алкоголизма, проявляясь в виде различных симптомов и синдромов : боли в верхней половине живота; диспептические явления; похудание; поносы; повышение температуры тела; желтуха, иногда глюкозурия; асцит,

множественные тромбозы, нарушение со стороны психики и нервной системы.

Материалы и методы. Представляются материалы истории болезни пациента, который лечился в клинике, где были проведены общеклинические и специальные методы исследования, также представлены результаты секции.

Больной Т. 71 года история болезни № 22194/1114 направлен в клинику из ЦРБ в связи с неясным диагнозом, т.к. проводимое лечение в кардиологическом отделении этой больницы с диагнозом : ИБС осложненная мерцательной аритмией ( диссоль , трисоль, хлорид калия, сердечные, мочегонные и др. ) не приводило к улучшению. К тому же, в связи с диареей больного направили к гастроэнтерологу с диагнозом хронический неинфекционный колит. В приемном покое 28 сентября 2009 большой осмотрен гастроэнтерологом , где было выяснено, что у больного стул 2 раза в сутки, иногда с кровью, в последнее время резко похудел и не может вставать с постели, болей в животе нет. Недавно обследовался в хирургическом отделении областной больницы, где исключили опухоль толстой кишки и инфекционные заболевания. В связи с тяжелым состоянием, низким артериальным давлением, наличием диареи, незначительной болезненностью в околопупочной области и по ходу толстого кишечника госпитализирован в гастро-энтерологическое отделение с диагнозом : синдром мальабсорбции неясного генеза. Соп: ИБС: кардиосклероз , мерцательная аритмия. В стационаре лечащий врач констатирует, что больной жалуется на урчание, вздутие живота и частый до 6 раз в сутки стул (но не дегтеобразный). Мочепускание учащено.

Из анамнеза выяснено, что 14 июля 2009 года появились схваткообразные боли в животе, сердцебиение, головокружение, многократная рвота, неоднократно жидкий стул, при этом отмечено, что перед заболеванием больной употреблял в умеренных количествах алкоголь. Больной доставлен в кардиологическое, а затем в хирургическое отделение ЦРБ. 30 июля больного госпитализируют в гнойное хирургическое отделение областной больницы. Согласно имеющейся истории болезни № 16974 больной был направлен с диагнозом «заболевание сигмы» (вероятно для исключения опухоли), где и находился с 30 июля по 10 августа 2009 года. При проведении гастрофиброскопии : выявлен атрофический гастрит, ректоромано и колоноскопии - внутренний геморрой. С диагнозом атрофический гастрит, внутренний геморрой выписывается под наблюдение в районную больницу. При поступлении 28 сентября 2009 года в гастроэнтерологическое отделение при физическом исследовании: рост пациента 162 см, масса 60 кг , должная масса по нормативам около 60 кг., т.е. нет значительного истощения. Число дыхательных движений 18-20. Легкие : перкуторно легочный звук с коробочным оттенком. Аускультативно: ослабленное везикулярное дыхание. Сердце: границы не смещены. Тоны сердца ясные, аритмия. Артериальное давление 110/70 мм рт. ст. Состояние вен на нижних конечностях без особенностей. Язык лаковый. Живот мягкий, болезненности не отмечено. Стул : поносы. Сознание ясное. Эндокринная система без особенностей. Из

дополнительных методов исследования. Кал: оформленный, коричневый. Микроскопия: мыла в умеренном количестве, неперевариваемая клетчатка и внутриклеточный крахмал в небольшом количестве, простейшие не обнаружены. Отмечено резкое снижение содержания общего белка (26,9 г/л при норме 65-87) и амилазы – 7 ед. (при норме 28-100). Отмечено увеличение (хотя и не очень значительное) билирубина, креатинина, ГГТ, АЛТ, АСТ, мочевины. Резкое увеличение С реактивного белка (190 мг/л при норме : 0-5). Рентгеноскопия грудной клетки 29.09.2 двусторонний гидроторакс (средний слева с тенденцией к осумкованию), справа малый. Пациенту проводится дезинтоксикационная и витаминотерапия В1-В6, В12, сердечные средства: дигоксин, аспаркам и преднизолон. Состояние больного остается тяжелым. Больному 30 сентября переливается плазма крови, что проходит без гемотрансфузионных осложнений, однако артериальное давление остается на низком уровне (90/60 мм рт.ст.). В этот же день проводится УЗ брюшной полости и забрюшинного пространства. При этом отмечается, что у больного имеются диффузные изменения со стороны печени и поджелудочной железы, а также киста правой почки больших размеров. Снижено содержание диастазы мочи 34 ед. 1 октября состояние больного остается тяжелым, больной отказывается от пищи. Появляется болезненность в эпигастрии и по краю левой реберной дуги. 2 октября в 3.30 осматривается дежурным терапевтом, который отмечает рвоту кофейной гущей, фиксирует крайне тяжелое состояние больного и болезненность живота во всех отделах и завет хирурга. Хирург констатирует наличие перитонита, не исключается возможность перфоративной язвы желудка. Больному предлагается операция, от которой он отказывается. 2 октября 2009 в 12.50 больной умирает. Диагноз клинический: Основной: Синдром нарушенного всасывания 4 ст., неуточненной природы (лимфома?). Соп.: ИБС: кардиосклероз (мерцательная аритмия), Н2а. Осложнение: острая кишечная непроходимость. Перитонит. Патологоанатомический диагноз: К 86.1 Основное заболевание: Хронический рецидивирующий панкреатит, обострение: множественные очаги стеатозного некроза в междольковой жировой ткани, атрофия ацинусов, выраженный перидуктальный склероз. Осложнение: К 65.8 – разлитой гнойно-фибринозный перитонит, перигастрит, периспленит, множественные фиброзные и фибринозные спайки между петлями тонкого кишечника, между подвздошной и сигмовидной кишками. Кишечная паралитическая непроходимость. Реактивный серозно-фибринозный перикардит (250 мл), двусторонний серозно-фибринозный плеврит (1300 мл слева, 150 мл справа), обширные фибринозные спайки в правой плевральной полости. Очаговая пневмония. Соп: атеросклероз брюшной аорты с петрификацией, постинфарктный нефросклероз обеих почек, гигантская киста в верхнем полюсе и атеросклероз коронарных артерий.

**Заключение:** у больного не был распознан деструктивный панкреатит с развитием перитонита, что и привело к летальному исходу. Ошибка произошла в связи с недооценкой возможности синдрома нарушенного всасывания, который нередко, бывает при панкреатите, а также низкого содержания амилазы крови

и мочи. Однако необходимо помнить, что перитонеальные явления при панкреатите появляются поздно, т.к. поджелудочная железа расположена забрюшинно, а наличие хронического панкреатита и особенно панкреонекроза часто сопровождаются снижением содержания амилазы (диастазы).

### 311. СИНДРОМ ДИСПЕПСИИ У БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ

Холева А.О., Кузьмина О.А., Таланова О.С., Савоненкова Л.Н., Арямкина О.Л.

Ульяновский государственный университет, Ульяновск, Россия

Синдром диспепсии наиболее распространен в гастроэнтерологии, он является причиной 20-40% обращения к специалисту. Об этом следует помнить в связи с прогрессирующим ухудшением эпидемиологической ситуации по гастроэнтерологической патологии. Диспепсию характеризуют как функциональную и органическую, на которую приходится до 2/3 всех случаев диспепсии. В этой связи требуется проведение четкой дифференциальной диагностики и поиска причин, вызывающих симптомы диспепсии. Вместе с тем нам представляется интересным изучение данного синдрома при различных заболеваниях, в частности при туберкулезе, так как в регионе прогрессивно ухудшается эпидемиологическая ситуация и по заболеваниям желудочно-кишечного тракта – они занимают 4-ю позицию среди причин смерти в 2009 году, и по абдоминальному туберкулезу. При туберкулезе, в том числе абдоминальном в каждом втором случае диагностируется неспецифическая терапевтическая патология, ухудшающая прогноз для больного.

Целью настоящей работы является изучение частоты встречаемости и причин развития синдрома диспепсии у больных туберкулезом.

**Материалы и методы.** Дизайн исследования – ретроспективное исследование, проведенное методом сплошной выборки за период 01.01.2008-31.12.2009 год из числа выписанных из стационара противотуберкулезного диспансера. Диагноз туберкулеза и сопутствующей ему неспецифической соматической патологии устанавливали согласно стандартам диагностики данных заболеваний с использованием комплекса клинических, лабораторных и инструментальных исследований. Проанализированы медицинские карты 560 стационарных больных, проходивших лечение в ГУЗ ОПТД г. Ульяновска, 2/3 (72,4%) которых проживали в городской и 1/3 (27,6%) – в сельской местности. Возраст больных варьировал от 19 до 82 лет, составляя в среднем 49,3±1,24 лет (95% ДИ 47,3-51,2) с соотношением мужчин/женщин – 4,8:1. Все больные получали стандартную полихимиотерапию. У 104 из 560 больных (18,6%) выявлены симптомы диспепсии, требующие проведения дополнительных исследований и коррекции лечения. Фактические данные подверглись статистической обработке с использованием лицензионных статистических пакетов STATISTICA 6.0, SPSS 13.0.

**Результаты и их обсуждения.** Среди включенных в исследование у 104 из 560 (18,6%) больных кроме

симптомов интоксикации и бронхо-легочных проявлений диагностированы симптомы диспепсии – абдоминальгии преимущественно эпигастральной локализации, изжога, горечь во рту, вздутия и переполнения после приема пищи, тошнота, периодически рвота. У больных с симптомами диспепсии диагностированы инфильтративный (56,6%), фибозно-кавернозный (17,2%), диссеминированный (9,1%), очаговый (6,5%), милиарный (4,6%) и значительно реже другие клинико-морфологические формы туберкулеза легких. Ни в одном случае не удалось диагностировать функциональную диспепсию.

Абдоминальные симптомы и синдромы в 89,4% случаях были обусловлены сопутствующей туберкулезу легких неспецифической гастроэнтерологической патологией, а в 10,6% случаев - осложнениями специфической химиотерапии, или лекарственной переносимостью. При назначении туберкулостатиков диспепсия проявлялась преимущественно тошнотой и рвотой, гепатомегалией, незначительной желтухой, цитоллизом до 1,27-1,89 норм АЛТ, АСТ, была обусловлена побочными эффектами на проводимую специфическую полихимиотерапию и требовала ее коррекции. Все вышеперечисленные симптомы были устранимы при отмене препаратов и/или коррекции схем лечения и не вызывали диагностических затруднений.

В 81 из 104 случаев (77,9%) диагностирован Нр-ассоциированный хронический гастрит/ гастродуоденит, в 12 (11,5%) – язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки и желудка. У каждого пятого больного с симптомами диспепсии (19,4%) регистрировалась изжога, реже прекардиальная боль и по клинико-эндоскопическим параметрам диагностирована ГЭРБ, преимущественно неэрозивная. В 39% случаев симптомов диспепсии у больных туберкулез легких сочетался с алкогольной болезнью II-III стадии, верифицированной наркологами. В рамках алкогольной болезни диагностировали широкий спектр различной соматической патологии – алкогольные поражения печени (100%), преимущественно в виде стеатогепатита (87%) и цирроза (13%), хронического панкреатита (61,4%), алкогольного эзофагита (5,1%), гастрита (67%), а также алкогольной миокардиодистрофии (29,7%).

**Заключение.** Таким образом, в каждом пятом случае туберкулеза легких встречаются симптомы диспепсии органического генеза, нередко полиэтиологические, в том числе обусловленные осложнениями противотуберкулезной полихимиотерапии.

### 312. РОЛЬ СТРОМЫ МИОКАРДА В РАЗВИТИИ ВНЕЗАПНОЙ СЕРДЕЧНОЙ СМЕРТИ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Чеканов П.А.<sup>2</sup>, Линькова Н.С.<sup>2</sup>, Семернин Е.Н.<sup>2</sup>, Гудкова А.Я.<sup>1</sup>

СПбГМУ им. акад. И.П. Павлова<sup>1</sup>, Федеральный центр сердца, крови эндокринологии им. В.А. Алмазова<sup>2</sup>, Санкт-Петербург, Россия

**Актуальность.** Морфология миокарда и увеличение доли стромы – важные факторы ремоделирования

миокарда, лежащие в основе сердечной недостаточности.

**Цель.** Охарактеризовать строму миокарда у больных с хронической сердечной недостаточностью (ХСН) различного генеза.

**Материалы и методы.** Обследовано 87 человек, из них - 73 пациента с ХСН и 14 пациентов без кардиальной патологии, погибших в результате черепно-мозговой травмы. Морфологические исследования проводились на аутопсийном миокарде левого желудочка (ЛЖ). Материалом для микроморфометрического исследования являлись гистологические срезы миокарда ЛЖ и использовались окраски: гематоксилин-эозин, Ван-Гизон, Сириус красный. При помощи программы «ВидеоТест 4.0» оценивали долю стромы миокарда ЛЖ в процентах. У пациентов с ХСН площадь стромы оценивали в условно интактном миокарде. Статистическую достоверность данных оценивали по двустороннему критерию Стьюдента.

**Результаты.** Сопоставление клинического и патоморфологического исследования позволило выделить следующие группы пациентов: 1. Эссенциальная артериальная гипертензия (ЭАГ) (n=7), площадь стромы 22,0±6,0%. 2. ИБС, постинфарктное ремоделирование (n=11), площадь стромы 28,7±6,1%. 3. ИБС, постинфарктное ремоделирование, осложнившееся хронической аневризмой (ХА) (n=11), площадь стромы 35,0±3,1\* %. 4. ИБС, постинфарктное ремоделирование, осложнившееся развитием острой аневризмы (ОА) (n=12), площадь стромы 24,4±5,0 %. 5. ИБС, постинфарктное ремоделирование, осложнившееся ХА и повторным инфарктом миокарда (ИМ) (n=15), площадь стромы 32,8±3,6\* %. 6. Идиопатическая дилатационная кардиомиопатия (ИДКМП) (n=9), площадь стромы 24,0±2,3 %. 7. Алкогольная кардиомиопатия (АКМП) (n=9), площадь стромы 27,9±4,5 %. \* - p< 0,05 по сравнению с эссенциальной артериальной гипертензией. Максимальные значения стромы миокарда были выявлены в 3 и 5 группах. Независимо от генеза у лиц с внезапной сердечной смертью площадь стромы была достоверно выше, чем у пациентов с некардиальными причинами, и составила соответственно 38,0±2,0% и 30,0±4,0% (p<0,05).

**Выводы.** В случаях внезапной сердечной смерти площадь стромы была значительно выше, чем у пациентов с некардиальными причинами смерти. В однородных участках условно интактного миокарда площадь стромы была наибольшей у больных с ИБС и хронической аневризмой ЛЖ. Доля стромы в миокарде больных ИДКМП достоверно не отличалась от группы с АКМП.

### 313. КАЧЕСТВО ЖИЗНИ У БОЛЬНЫХ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНЬЮ.

Черкашина Е.А.  
Ульяновский государственный университет, Ульяновск, Россия

По данным эпидемиологических исследований симптомы гастроэзофагеального рефлюкса встречаются, по крайней мере, 1 раз в неделю у 10-20% взрослого

населения стран Запада. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь одна из распространенных в настоящее время заболеваний, характеризующееся длительным течением, наличием осложнений и имеющее социальную значимость. Распространенность в России изучена недостаточно. В единичных работах показано, что среди взрослого населения изжога отмечается в 15-17%. По данным других авторов ГЭРБ составляет 40%, у 45-80% обнаруживается эзофагит. Однако эти симптомы выявлены у обратившихся за медицинской помощью.

Целью нашей работы было изучение качества жизни и влияние лечения на качество жизни у больных гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью.

Обследовано 45 пациентов. Среди них было 20 мужчин, 25 женщин, средний возраст  $42,0 \pm 5,0$  года. Все пациенты были на стадии клиничко-эндоскопического обострения, разделены на 2 группы – 1-я группа больных с эрозивными изменениями слизистой пищевода, 2-я – без эрозивных изменений слизистой. Клиническая картина заболевания характеризовалась типичным симптомокомплексом: изжогой, отрыжкой, дискомфортом и даже болью в эпигастральной области, усиливающейся после еды и физической нагрузки.

Исследования качества жизни проводили с помощью опросника SF-36.

Анализ качества жизни у всех больных выявил достоверное снижение показателей по шкалам общего здоровья (GH) на  $38,2 \pm 3,0$  баллов, ролевого функционирования (RP) на  $28,6 \pm 2,2$  балла, жизнеспособности (VT) на  $25,2 \pm 3,2$  балла, социального функционирования (SF) на  $30,6 \pm 1,0$  баллов, психологического здоровья (MH) на  $40,3 \pm 2,0$  балла. Повторная оценка качества жизни проводилась через 4 недели терапии прокинетики (ганатон, мотилак), ингибиторы протонной помпы (омез, ультоп, некسيوم), антацидами. Основным критерий эффективности лечения был заживление эрозивных дефектов слизистой пищевода, исчезновение субъективных проявлений, улучшения эндоскопической картины. После проведенного лечения не все показатели качества жизни приближались к таковым у здоровых людей, оставались достоверно сниженными, уровни ролевого функционирования, психологического здоровья.

Полученные результаты свидетельствуют об ухудшении качества жизни больных ГЭРБ, независимо от клиничко-эндоскопических изменений пищевода, стандартная терапия улучшает как физические показатели, так и психологические составляющие качества жизни, но не достигается уровень здоровых людей.

#### 314. СОСТОЯНИЕ ВЕГЕТАТИВНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ У БОЛЬНЫХ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНЬЮ

Черкашина Е.А., Черкашин Я.С., Симонова С.В., Уба О.П.

Ульяновский государственный университет, Ульяновск, Россия

По распространённости среди лиц трудоспособного возраста и наличию осложнений гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ) относится к заболеваниям желудочно-кишечного тракта XXI века. Анализ

литературы позволяет предположить, что многие аспекты возникновения, течения, рецидивирования заболевания носят фрагментарный характер. Данные некоторых авторов свидетельствуют об основополагающей роли нарушения двигательной активности пищевода и желудка. Морфофункциональные изменения верхних отделов ЖКТ в настоящее время связывают с расстройствами нейрогуморальных механизмов регуляции.

Цель исследования: изучение состояния отделов вегетативной нервной системы, а также изменения мозгового кровотока и эмоционального статуса у больных ГЭРБ.

Исследования проводились с использованием методов кардиоритмографии, реоэнцефалографии, теста оценки депрессивного состояния Бека и опросника степени тревожности Спилберга.

Обследовано 45 пациентов, из них 25 мужчин и 20 женщин; пациенты были разделены на 2 группы: младшая группа – от 25 до 40 лет, старшая возрастная группа – от 41 до 55 лет. Верификация диагноза осуществлялась с помощью клиничко-эндоскопических методов диагностики, по результатам которых было установлено наличие эрозивных изменений слизистой пищевода и дуоденогастрального рефлюкса. Исследования проводились до назначения терапии.

Анализ основных показателей кардиоритмографии у пациентов независимо от пола и возраста выявил достоверное снижение тонуса парасимпатической нервной системы и преобладание симпатического её отдела.

По данным реоэнцефалографии дикротический индекс, отражающий сопротивление артериол, у пациентов с ГЭРБ, не зависимо от пола и возраста, в среднем увеличен на 30,4 %, что свидетельствует об ангиоспазме, а так же отражает преобладание тонуса симпатической нервной системы.

Наряду с этим, выявлено увеличение диастолического индекса, в среднем на 25,6 %, независимо от возраста пациентов, в то время как только в старшей возрастной группе отмечено увеличение индекса периферического сопротивления в среднем на 45,7 %.

Резкое увеличение коэффициента асимметрии более чем в 2 раза со стороны бассейна затылочных вен, позволяет предположить сосудистую дистонию и затруднении оттока венозной крови.

Вышеуказанное отражает влияние вегетативной нервной системы на мозговое кровоснабжение и дает возможность провести параллель между выявленным повышенным тонусом симпатического отдела и показателями, отражающими тонус сосудов.

Психологический статус у больных ГЭРБ демонстрирует отсутствие отличий показателей депрессивности по сравнению со здоровыми людьми, в то время отмечены достоверно высокие уровни как личностной, так и ситуационной тревожности у пациентов обеих возрастных групп.

По-видимому, это отражает психологическую дезадаптацию и, возможно, играет роль в поддержании вегетативных нарушений.

### 315. АНАЛИЗ СОСТАВА ГЛИКОПРОТЕИДОВ СЕКРЕТА СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЙ ЗОНЫ У ДЕТЕЙ С ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

Черненко Ю.В., Попова И.Ю.

ГОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Росздрава, Саратов, Россия

Важнейшим фактором, определяющим резистентность слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки, является слизеобразование.

Цель исследования: проанализировать данные гистохимического и лектингистохимического состава гликопротеидов слизистой секрета эпителия желудка и двенадцатиперстной кишки.

Материалы и методы. Группе детей (24 человека) с язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки проведено полное клинико-лабораторное обследование, включающее ФГДС. Исследование биопсионного материала слизистой оболочки фундального, антрального отделов желудка и двенадцатиперстной кишки проводилось с использованием лектиновой гистохимии. Использовались лектины, специфичные для остатков N-ацетил-D-глюкозамина, галактозы, фукозилированных гликопротеинов.

Результаты и обсуждение. Установлено, что слизеобразование в покровном эпителии фундального отдела желудка детей с язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки характеризовалось накоплением секрета, содержащего сialiрированные гликопротеины на фоне снижения содержания фукозилированных компонентов. Функционирование покровного эпителия при развитии воспаления характеризовались усилением секреторных процессов, направленных на нейтрализацию высокого уровня тощачковой и базальной кислотности. Адаптационные процессы при развитии воспаления быстрее истощаются и переходят на режим компенсаторного реагирования, связанного с появлением гранулированного секрета и неполноценных гликопротеинов. Гликопротеины, не прошедшие всех этапов гликозилирования, значительно снижают цитопротективные и буферные свойства секрета. У больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки покровный эпителий антрального отдела желудка синтезировал и накапливал фукозилированные гликопротеины в малом количестве. В условиях развития диффузного воспаления слизистой оболочки антрального отдела желудка, покровный эпителий адаптировался к активному накоплению и секреции сиалогликопротеинов. Развитие диффузного воспаления в слизистой оболочке двенадцатиперстной кишки сопровождалось увеличением в составе секрета покровного эпителия углеводных комплексов, имеющих сродство ко всем используемым лектинам. При этом был усилен синтез сialiрированных и галактозосодержащих гликопротеинов. Во всех исследованных случаях отмечено активное накопление и секреция начальных форм, не прошедших терминации секреторных гликопротеинов.

### 316. ВЛИЯНИЕ ТЕРАПИИ МОКСОНИДИНОМ НА СТРУКТУРНО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ПОКАЗА-

### ТЕЛИ СОСТОЯНИЯ СЕРДЦА И СОСУДОВ У ЖЕНЩИН С ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ И МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ В ПОСТМЕНОПАУЗЕ

Чубенко Е.А., Беляева О.Д., Нифонтов С.Е., Козленок А.В., Большакова О.О., Беркович О.А., Баранова Е.И

Кафедра факультетской терапии, СПбГМУ им. акад. И.П. Павлова, г. Санкт-Петербург

Актуальность. Эпидемиологические данные свидетельствуют о большей частоте артериальной гипертензии (АГ) среди лиц среднего и пожилого возраста и о большей распространенности гипертонической болезни (ГБ) у женщин по сравнению с мужчинами. Больше половины женщин, достигших постменопаузы, имеют повышенные цифры АД (Oparril S., Miller A.P., 2005). Доказано, что наступление менопаузы является независимым фактором риска развития ГБ и прогрессирования этого заболевания, нередко сопровождается развитием не только абдоминального ожирения (АО) и других компонентов метаболического синдрома (МС), но и развитием структурных и функциональных изменений в сердечно-сосудистой системе (Staessen J. et al., 2000). При лечении больных ГБ в сочетании с другими компонентами МС следует использовать лишь метаболически нейтральные препараты, не оказывающие негативного влияния на уровень холестерина и глюкозы, а также не повышающие массу тела. До настоящего времени не исследовано влияние терапии моксонидином у женщин с ГБ и МС в постменопаузе на структурно-функциональные показатели сердца и сосудов, исходя из чего предпринято настоящее исследование.

Цель работы: оценить влияние терапии моксонидином на структурно-функциональные показатели сердца и сосудов у женщин с гипертонической болезнью и метаболическим синдромом в постменопаузе.

Материалы и методы: было обследовано 26 пациенток с ГБ и МС в постменопаузе в возрасте  $52,5 \pm 0,4$  года. Терапия моксонидином проводилась в течение 12 недель в дозе от 200 до 600 мкг в сутки. Эхокардиографическое исследование проводили исходно и через 12 недель терапии моксонидином на аппарате Vingmed-800С (фирма Sonotron, Норвегия) датчиком 3,25 МГц. Для оценки толщины комплекса интима-медиа (КИМ) производилось дуплексное сканирование общих сонных артерий (ОСА) с помощью ультразвука высокого разрешения. Статистическая обработка материала выполнялась с использованием программы SPSS 17.0RU для Windows.

Результаты. На фоне терапии моксонидином АД снизилось со  $145,5 \pm 1,2/88,3 \pm 1,2$  мм рт. ст. до  $129,5 \pm 0,9/79,9 \pm 1,2$  мм рт. ст. ( $p < 0,001$ ). Исходно у 14 (53,8%) больных выявлена гипертрофия левого желудочка (ИММЛЖ более  $110 \text{ г/м}^2$ ). У 9 (34,6%) больных выявлялась диастолическая дисфункция левого желудочка. Корреляционный анализ показал, что ИММЛЖ, толщина межжелудочковой перегородки в диастолу (ТМЖПд) и соотношение пиков Е/А связаны с уровнем систолического АД ( $r=0,4$ ; 0,4 и -0,4, соответственно;  $p=0,02$ ; 0,04 и 0,02 соответственно).

Положительная корреляционная связь обнаружена между ТМЖПд и диастолическим АД ( $r=0,4$ ;  $p=0,07$ ); диаметром левого предсердия в диастолу (ДЛПд) и диастолическим АД ( $r=0,4$ ;  $p=0,04$ ). На фоне терапии моксонидином отмечалось уменьшение диаметра левого предсердия ( $4,30\pm 0,08$  см и  $4,21\pm 0,07$  см;  $p<0,05$ ) и уменьшение объема левого предсердия ( $29,8\pm 0,6$  мл/м<sup>2</sup> и  $29,1\pm 0,6$  мл/м<sup>2</sup>;  $p<0,05$ ). Также улучшилась диастолическая функция левого желудочка: увеличилось соотношение пиков раннего и позднего наполнения левого желудочка (Е/А) с  $1,05\pm 0,03$  до  $1,20\pm 0,03$  ( $p<0,001$ ). На фоне терапии моксонидином количество больных с соотношением Е/А менее 1,0 уменьшилось с 9 (34,6%) до 2 (7,7%) человек ( $p<0,05$ ). На фоне лечения моксонидином уменьшился показатель IVRT с  $97,3\pm 3,0$  мсек до  $91,8\pm 3,1$  мсек ( $p<0,001$ ). Толщина комплекса интима-медиа общих сонных артерий на фоне 12-недельной терапии моксонидином достоверно не изменилась, но отмечена тенденция к уменьшению этого показателя ( $0,86\pm 0,03$  мм и  $0,81\pm 0,04$  мм;  $p=0,05$ ).

**Выводы:** на фоне терапии моксонидином у женщин с гипертонической болезнью и метаболическим синдромом в постменопаузе, наряду с отчетливым антигипертензивным эффектом, уменьшились диаметр и объем левого предсердия и улучшились показатели, характеризующие диастолическую функцию левого желудочка.

### 317. КЛИНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ГЕМОДИАФИЛЬРАЦИИ В ТЕРАПИИ ОСТРОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У БОЛЬНЫХ ГЕМОМРАГИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКОЙ С ПОЧЕЧНЫМ СИНДРОМОМ

Шаклеин А.В., Трусов В.В.

Кафедра внутренних болезней с курсами лучевых методов диагностики и лечения, военно-полевой терапии ГОУ ВПО ИГМА, г. Ижевск

**Актуальность.** Удмуртская Республика является природным очагом ГЛПС, частота распространенности ГЛПС в республике в разные годы составляла от 55,6 до 123,6 на 100 тысяч населения. Из всех заболевших ГЛПС тяжелой формой болеют от 24 до 49%, практически у всех этих больных отмечается развитие острой почечной недостаточности (ОПН). Лечение больных ОПН при ГЛПС в настоящее время базируется в основном на проведение гемодиализа.

В последние годы в клиническую практику при лечении ОПН при различных заболеваниях внедряются новые методы эфферентной терапии, такие как гемофильтрация (ГФ) и гемодиализация (ГДФ). Однако в литературе имеются единичные публикации о применении ГДФ при ГЛПС с ОПН. ГДФ отличается от гемодиализа (ГД) механизмом действия, более соответствующему естественной работе почек.

**Материалы и методы.** Исследуемую группу составили 65 больных ГЛПС с ОПН, которым применялась гемодиализация (ГДФ). Возраст больных от 19 до 60 лет. Женщины составили 10%, мужчины 90%. Результаты сравнивались с больными ГЛПС с ОПН, которым проводился традиционный гемодиализ (53 больных). Процедуры ГДФ проводили на аппарате 4008S фирмы «Fresenius» с применением «on-

line plus», с использованием биосовместимых, высокопоточных гемодиализаторов фирмы «Fresenius F60S». Лечение ГДФ и ГД прекращали при переходе ОПН в фазу полиурии и достоверного снижения уровня азотемии.

**Результаты.** Уже после проведения первой процедуры ГДФ улучшалось общее состояние больных ГЛПС с ОПН, уменьшался болевой синдром, появлялся или возрастал диурез, снижалась азотемия. Одной процедуры ГДФ было достаточно 17% больных ГЛПС с ОПН, три-пять процедур 65% и шесть и более процедур 18%. Заместительная почечная терапия способствовала купированию большинства геморрагических нарушений, при этом значительно быстрее при ГДФ в режиме «on-line plus» (на  $16,2\pm 0,1$  день лечения), чем у больных, получавших ГД (на  $18,8\pm 0,1$  день лечения;  $P<0,001$ ).

Нормализация общеклинических анализов мочи у больных обеих групп происходила соответственно на  $15,6\pm 0,1$  и  $18,3$  день лечения ( $P<0,001$ ).

Стойкая тенденция к снижению уровня креатинина крови при терапии ГДФ наступала значительно раньше по сравнению с терапией ГД (соответственно  $7,4\pm 0,1$  и  $8,9\pm 0,3$  дни от начала лечения;  $P<0,001$ ). Аналогичная динамика отмечена и в нормализации уровня мочевины крови. Проведение заместительной почечной терапии более эффективно приводило к полной коррекции электролитных нарушений крови при ГДФ по сравнению с ГД ( $P<0,01$ ).

В крови и моче у больных ГЛПС с ОПН проводили тест на  $\beta_2$ -микроглобулин ( $\beta_2$ -МГ). Установлено чрезмерное увеличение уровня изучаемого протеина в крови моче. Так содержание  $\beta_2$ -МГ в крови составляло  $9,4\pm 1,2$  мг/л ( $P<0,01$ ) при норме  $1,8\pm 0,5$  мг/л ( $P<0,01$ ). Уровень  $\beta_2$ -МГ в моче  $883,3\pm 24,7$  мкг/л ( $P<0,01$ ) намного превышал контрольные значения  $187,7\pm 12,5$  мкг/л ( $P<0,01$ ). Проведение заместительной почечной терапии получавших ГДФ приводило к нормализации теста на  $\beta_2$ -МГ, уровень  $\beta_2$ -МГ в крови снижался до  $3,2\pm 0,5$  мг/л ( $P<0,01$ ), в моче до  $355,2\pm 16,2$  мкг/л ( $P<0,01$ ).

При изучении показателей микроциркуляции у больных ГЛПС с ОПН до и после заместительной почечной терапии, доказано корригирующее влияние на выявляемые до лечения нарушения. После заместительной почечной терапии отмечалось улучшение показателей микроциркуляторной гемодинамики. Так  $KI_1$  снижался при проведении ГДФ на 61%,  $KI_2$  – на 33%,  $KI_3$  – на 55%, а  $KI_{общ}$  – на 52%. Наиболее отчетливая положительная динамика отмечена у интраваскулярных нарушений – разрешался сладж-синдром, характер кровотока изменялся с четкообразного на штрих-пунктирный. Уменьшались явления микротромбоза. Проводимая терапия оказывала положительное влияние и на сосудистые изменения, характерные для больных ГЛПС с ОПН. Уменьшалась извитость сосудов, нормализовалось отношение вены-капилляры, снижалось число и выраженность микроаневризмы. Кроме того, улучшалась микрососудистая проницаемость, что подтверждается снижением выраженности периваскулярного отека, сидероза и липоидоза.

По данным ультразвукового исследования почек выявлена положительная динамика при терапии ГДФ. Так, статистически значимо уменьшился, прежде

увеличенный, объем почек ( $303,7 \pm 8,4 \text{ см}^3$  -  $262,3 \pm 6,2 \text{ см}^3$ ;  $P < 0,05$ ), площадь сечения пирамид ( $1,45 \pm 0,04 \text{ см}^2$  -  $0,83 \pm 0,04 \text{ см}^2$ ;  $P < 0,01$ ), экзогенность коркового слоя ( $27,2 \pm 0,08$  -  $22,1 \pm 0,6$  усл. ед;  $P < 0,01$ ). Значительно улучшились все параметры кровотока в почках (систолическая скорость кровотока:  $50,8 \pm 2,2$  -  $58,8 \pm 2,0$  см/с;  $P < 0,05$ ; диастолическая скорость кровотока:  $22,1 \pm 0,3$  -  $24,2 \pm 0,2$  см/с;  $P < 0,05$ ; средняя скорость кровотока:  $15,0 \pm 0,5$  -  $29,4 \pm 1,2$  см/с;  $P < 0,01$ ; объемная скорость кровотока  $161,7 \pm 7,6$  -  $216 \pm 6,8$ ;  $P < 0,01$ ).

**Выводы.** Таким образом, процедура гемодиализации показана для более быстрого разрешения острой почечной недостаточности у больных ГЛПС с ОПН и является одной из самых современных и эффективных методик экстракорпорального очищения крови, по сравнению с гемодиализом.

### 318. ВЛИЯНИЕ ВРОЖДЕННЫХ ВНУТРИУТРОБНЫХ ИНФЕКЦИЙ НА ФОРМИРОВАНИЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПЕЧЕНИ И ЖЕЛЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

Шашель В.А., Маталаева С.Ю., Сумарокова Н.Н.  
Кубанский государственный медицинский университет, Краснодар, Россия

**Цель исследования** - выявить влияние врожденной внутриутробной инфекции (ВУИ) на формирование заболеваний печени и желчевыводящих путей у детей раннего возраста.

**Материал и методы** – нами было обработано 2800 историй болезни детей в возрасте от 1 суток до 3 лет, находящихся в отделении младшего возраста детской краевой клинической больницы города Краснодара. Дети были разделены на две группы: I группу составили 78 детей носителей одной или нескольких ВУИ (цитомегаловирус, вирус простого герпеса, хламидиоз). Из них мальчиков было 32 (41%) и девочек – 46 (59%); Во II группу были включены 67 не инфицированных детей с заболеваниями печени и желчевыводящих путей (36 (53,7%) мальчиков и 31 (46,27%) девочек). Для уточнения диагноза использовали лабораторные (щелочная фосфатаза - ЩФ, гамма-глутамилтранспептидаза - ГГТ, триглицериды -ТГ, аланинаминотрансфераза - АЛТ, аспартатаминотрансфераза – АСТ; полимеразноцепная реакция-ПЦР; реакция связывания комплемента - РСК) и инструментальные методы исследования.

**Полученные результаты** – в I группе детей, которые все являлись носителями ВУИ, поражение печени было выявлено у 65,4% больных. Из них при изолированной хламидийной инфекции фетальный гепатит встречался в 7,7% случаев, реактивные изменения печени в 12% случаев, хронический гепатит в 6% случаев. При сочетанной инфекции (ЦМВ + ВПГ + хламидийная инфекция) фетальный гепатит был обнаружен в 9% случаев, хронический гепатит и реактивные изменения печени – по 3,8% случаев. При этом заболевания ЖВС в виде врожденных аномалий желчного пузыря и желчевыводящих путей наблюдались у 5 (6,4%) детей раннего возраста. Во II группе инфекции были обнаружены лишь у 30% детей. Среди заболеваний ЖВС наиболее часто встречались врожденные аномалии и пороки развития желчного пузыря и желчевыводящих

путей. У 60 (89,6%) детей определялся загиб в теле и дне желчного пузыря (26,9% и 17,9% соответственно). Загиб в нижней и верхней трети желчного пузыря - у 7,5% и 3% соответственно; S-образный загиб шейки и S-образный загиб тела желчного пузыря - 6% и 4,5% соответственно, гипоплазия и атрезии желчного пузыря – по 3%. Заболевания печени были обнаружены в 61,2% случаев: реактивные изменения печени и фетальный гепатит по 20,9% случаев и хронический гепатит в 13,4% случаев. Синдром вегетативной дисфункции желчного пузыря наблюдался у 7 (10,5%) детей.

**Выводы** – внутриутробное инфицирование плода не влияет на частоту развития пороков и аномалий развития билиарного тракта, но при наличии последних могут формировать заболевания печени в виде фетального гепатита, хронического гепатита, реактивных изменений паренхимы печени. Сочетание нескольких инфекций утяжеляет клиническое течение заболеваний печени.

### 319. НЕАДЕКВАТНОЕ ПИТАНИЕ И ПАТОЛОГИЯ ТОЛСТОЙ КИШКИ

Калашников Н.А.<sup>1</sup>, Прокопчук С.Н.<sup>1</sup>,  
Шемеровский К.А.<sup>2</sup>,  
Главный военный клинический госпиталь МО  
Украины, Киев<sup>1</sup>, Украина

НИИ экспериментальной медицины РАМН, Санкт-Петербург, Россия<sup>2</sup>

**Цель исследования.** Изучить зависимость выявления функциональной и органической патологии толстой кишки от адекватности питания.

**Материалы и методы.** С помощью метода ауторитмометрии, а также эндоскопического исследования толстой кишки методами ректороманоскопии или колоноскопии, а также сбора анамнеза по специальному опроснику, позволяющему выявлять ежедневность и кратность приема овощей и фруктов, исследовали частоту и акрофазу циркадианного ритма эвакуаторной функции кишечника и состояние слизистой оболочки толстой кишки. Обследовано 63 мужчины в возрасте от 20 до 82 лет. Запор первой стадии определяли по нерегулярной частоте стула в диапазоне 5-6 раз в неделю, запор второй стадии – по частоте стула 3-4 раза в неделю, а запор III стадии – по частоте стула 1-2 раза в неделю.

**Результаты и их обсуждение.** Эндоскопия толстой кишки позволила установить следующие диагнозы: Геморрой – у 22 человек, Полипы (9), Долихосигма (9), Рак (3), Дивертикулез (4), Язвенный колит (4), Атрофия слизистой оболочки толстой кишки (3), без патологии – 7 человек.

Ауторитмометрия по регулярности циркадианного ритма стула показала, что из 63 обследованных только 28 человек (44%) имели регулярный (ежедневный) стул при доминировании утренней акрофазы опорожнения кишечника. Запор I, II и III стадии у 26 человек. Доминирование утренней фазы стула было характерно для 42 человек, а отсутствие утренней фазы опорожнения кишечника обнаружено у 21 человека.

У лиц без запора утренняя фаза стула (28 человек) встречалась в 3 раза чаще вечерней (9 человек). У лиц со II-III стадиями запора, наоборот, утренняя фаза стула (4 человека) встречалась в 2 раза реже вечерней (8 человек).

Ежедневное употребление овощей и фруктов было характерно для большинства (87%) лиц с ежедневным стулом, но только для 50% лиц с запором II-III стадии.

**Выводы.**

1. При доминировании утренней фазы стула его частота является регулярной (7 раз в неделю), а при доминировании вечерней фазы стула – его частота становится нерегулярной (1-4 раза в неделю). Чем позже происходит дефекация – тем чаще возникает констипация.

2. Неежедневный прием овощей – является одним из факторов риска функциональной и органической патологии толстой кишки.

**320. БРАДИЭНТЕРИЯ – ГЛАВНЫЙ ФАКТОР РИСКА ГЕМОРРОЯ**

Нурилова Н.А.<sup>1</sup>, Табаров М.С.<sup>1</sup>, Шемеровский К.А.<sup>2</sup>,

Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали Ибн Сина, Душанбе, Таджикистан<sup>1</sup>,

Научно-исследовательский институт экспериментальной медицины СЗО РАМН, Санкт-Петербург, Россия<sup>2</sup>

**Цель исследования** состояла в сравнительном изучении парциального вклада 6 основных факторов риска возникновения геморроя: 1 – наследственность, 2 – гиподинамия, 3 – нерегулярность питания, 4 – нерегулярность ритма стула, 5 – беременность, 6 – злоупотребление алкоголем.

**Материалы и методы.** Работа выполнена с помощью метода ауротиметрии и методики хроноэнтерографии, а также с применением опросников по качеству жизни. Обследовано 70 пациентов (23 жен. и 47 муж., от 23 до 78 лет), страдающих геморроем в течение около 5-10 лет. Методом хроноэнтерографии в течение 7 дней одной недели исследовали околосуточный ритм эвакуаторной функции кишечника с обязательной маркировкой частоты и фазы этого ритма. Пациенты отмечали наличие или отсутствие стула за время каждого из четырех периодов суток: утро – от 06 до 12 часов, день – от 12 до 18 часов, вечер – от 18 до 24 часов и ночь – от 24 до 06 часов. Брадиэнтерию (или кишечную брадиаритмию) определяли как замедление частоты циркадианного ритма эвакуаторной функции кишечника до уровня 5 – 6 раз в неделю (I стадия брадиэнтерии) или до уровня 3 – 4 раза в неделю (II стадия брадиэнтерии).

**Результаты и их обсуждение.** Брадиэнтерия I и II стадии (стул от 3 до 6 раз в неделю) была диагностирована у 90% (63 из 70) больных геморроем. Отсутствие утренней акрофазы циркадианного ритма эвакуаторной функции кишечника выявлено у большинства (68%) пациентов с брадиэнтерией.

Качество жизни больных геморроем было понижено в среднем на 33%. Семейная предрасположенность к заболеванию геморроем обнаружена у 39% больных геморроем. Гиподинамия была обнаружена у 7% (5 из 70) больных геморроем. Нерегулярное питание (1-2 раза в день) было обнаружено у 6 из 70 больных геморроем (9%), что в 10 раз реже, чем брадиэнтерия (90%). 73% больных, страдающих геморроем, пользовались

слабительными или клизмами. Злоупотребление алкоголем выявлено у 20% обследованных пациентов. Беременность имела место у 70% женщин с геморроем.

**Вывод.** Брадиэнтерия является одним из главных факторов риска возникновения геморроя, так как встречается чаще (в 90% случаев), чем другие исследованные факторы.

**321. БРАДИЭНТЕРИЯ КАК ОСНОВНОЙ ФАКТОР РИСКА ВАРИКОЗНОЙ БОЛЕЗНИ**

Шемеровский К.А.<sup>1</sup> Тоштемирова З.М.,<sup>2</sup> Табаров М.С.<sup>2</sup>,

Научно-исследовательский институт экспериментальной медицины СЗО РАМН, Санкт-Петербург, Россия<sup>1</sup>, Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали Ибн Сина, Душанбе, Таджикистан<sup>2</sup>

**Цель исследования.** Провести сравнительное исследование парциального вклада каждого из 4 основных факторов риска варикозной болезни (1 – семейная предрасположенность, 2 – гиподинамия, 3 – нарушение регулярности ритма стула, 4 – повышение массы тела) для выявления доминирующего фактора риска возникновения варикозной болезни и для разработки научно обоснованных мер донозологической профилактики этого заболевания.

**Материалы и методы.** Исследование выполнено с помощью методов ауротиметрии и хроноэнтерографии, а также с применением опросников по отдельным элементам качества жизни. Обследовано 64 пациента (30 женщин и 34 мужчины в возрасте от 20 до 84 лет), страдающих варикозной болезнью в течение от 1 до 10 лет. Методом хроноэнтерографии в течение 7 дней одной недели исследовали околосуточный ритм эвакуаторной функции кишечника с обязательной маркировкой частоты и фазы этого ритма и подсчетом числа дней с реализацией этой функции и числа дней за неделю с отсутствием опорожнения кишечника. Семейную предрасположенность к возникновению геморроя определяли анамнестически, склонность к гиподинамии выясняли по 5-бальной оценке уровня физической активности. Нарушение регулярности циркадианного ритма эвакуаторной функции кишечника определяли по специально заполненным пациентами таблицам. В таблицах отмечали реализацию этой функции в течение каждого из четырех периодов суток (утро – от 06 до 12 часов, день – от 12 до 18 часов, вечер – от 18 до 24 часов и ночь – от 24 до 06 часов) в период 7 дней недельного обследования. Акрофазу циркадианного ритма эвакуаторной функции кишечника определяли по периоду суток, на который приходилось наибольшее число реализаций этой функции. Эуэнтерию определяли как осуществление регулярного ритма эвакуаторной функции кишечника с частотой 7 дней в неделю со стулом (или 7 раз/неделю). Брадиэнтерию определяли как замедление частоты циркадианного ритма эвакуаторной функции кишечника до уровня 5 – 6 раз в неделю (I стадия брадиаритмии), до уровня 3 – 4 раза в неделю (II стадия брадиэнтерии) и уровня 1-2 раза в неделю (III стадия брадиаритмии).

**Результаты.** Брадиэнтерия трех стадий была диагностирована у 62 из 64 обследованных пациентов

(97% больных) с варикозной болезнью. Брадиаритмия I стадии (при частоте стула 5 - 6 раз в неделю) была диагностирована у 3 из 62 пациентов (5% больных) с варикозным поражением нижних конечностей. Брадиэнтерия II стадии (при частоте стула 3-4 раза в неделю) выявлена у 30 из 62 больных (48%). Брадиэнтерия III стадии обнаружена у 29 из 62 больных (47%) с нарушенным ритмом работы кишечника. Отсутствие утренней акрофазы ритма эвакуаторной функции кишечника выявлено у 61 из 62 больных (98%).

Почти каждый третий пациент (20 из 64 обследованных, то есть 31% лиц с варикозной болезнью) принимал слабительные средства (преимущественно препараты сенны).

Семейная предрасположенность к заболеванию варикозной болезнью обнаружена у 29 из 64 обследованных пациентов, то есть у 45% пациентов с варикозной болезнью.

Склонность к гиподинамии, определенная по низкому уровню физической активности (1-2 балла по 5-балльной системе), была обнаружена у 24% лиц с варикозной болезнью.

Изучение индекса массы тела у лиц с варикозной болезнью показало, что дефицит массы тела имели только 2 из 64 обследованных больных (3%), нормальный индекс массы тела выявлен у 31 из 64 пациентов (48%). Избыток массы тела (более 25 кг/м<sup>2</sup>) имел место у 31 из 64 обследованных (49%). Ожирение (более 30 кг/м<sup>2</sup>) диагностировано у 7 из 64 больных варикозной болезнью (11% пациентов).

Таким образом, доминирующим и устранимым фактором риска возникновения варикозной болезни следует считать замедление регулярности циркадианного ритма эвакуаторной функции кишечника в виде брадиэнтерии I, II и III стадии. При этом частота стула от 1 до 6 раз в неделю была связана со смещением акрофазы этого ритма (от физиологически оптимальной утренней фазы в послеполуденную – пессимальную – фазу).

**Выводы.** 1. Брадиэнтерия – замедление частоты циркадианного ритма эвакуаторной функции кишечника ниже 7 раз в неделю – является практически в 2 раза более значимым фактором риска возникновения варикозной болезни (97%), чем семейная предрасположенность к этой болезни (45%). 2. Брадиэнтерия у пациентов, страдающих варикозной болезнью (97%), является почти в 4 раза более значимым фактором риска возникновения этой болезни, чем гиподинамия (24%). 3. Брадиэнтерия у лиц с варикозной болезнью (97% больных) выявляется почти в 9 раз чаще, чем ожирение (11% пациентов). 4. Брадиэнтерия является доминирующим фактором риска возникновения варикозной болезни у женщин и мужчин, так как встречается в несколько раз чаще, чем такие факторы риска как семейная предрасположенность, гиподинамия или ожирение. 5. Донозологическая профилактика возникновения варикозной болезни должна быть направлена, прежде всего, на устранение зависящего от образа жизни человека доминирующего фактора риска этой болезни – брадиэнтерии. Восстановление устойчивой привычки к утреннему опорожнению кишечника (утренней фазы циркадианного ритма

кишечника) является ключевым моментом профилактики варикозной болезни нижних конечностей.

### 322. К ИЗУЧЕНИЮ ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНОЙ АКТИВНОСТИ РЯДА ПРОИЗВОДНЫХ ФЕНИЛУКСУСНОЙ КИСЛОТЫ

Шильцова Н.В., Абдурахманова К.

Ташкентский фармацевтический институт, г. Ташкент, Республика Узбекистан

В современных аптеках выбор анальгетиков огромен, нестероидные противовоспалительные средства (НПВС) как селективные, так и неселективные широко представлены на рынке нашей Республики. Их используют в терапии целого ряда заболеваний. При их выборе следует руководствоваться во-первых, эффективностью и быстротой наступления терапевтического эффекта, а также лекарственной токсичностью с учетом индивидуальных особенностей каждого пациента. Следует учитывать не только гастроинтестинальные побочные эффекты, но и гепато-, гематотоксичность, бронхоспазм и т.д.

Чтобы снизить число побочных эффектов НПВС в последнее время проводятся многочисленные исследования по созданию различных производных на основе уже существующих групп.

**Цель исследования:** изучение производных фенилуксусной кислоты, синтезированных в Институте химии растительных веществ и потенциально обладающих биологической активностью. Препараты условно обозначенные как № 1, 2, 3 и 4 сравнивались с уже известным производным фенилуксусной кислоты - вольтареном

**Материалы и методы:** опыты по изучению противовоспалительной активности проводили на белых лабораторных крысах линии Вистар (140,0-150,0) на модели острого экссудативного воспаления, вызываемого субплантарным введением в заднюю лапку животных 0,2 мл 0,1% раствора гистамина. Объем лапки измеряли онкометрически до начала эксперимента, спустя 1 – 3 – 6 ч. Препараты вводили перорально в виде 1% суспензии в дозе 50 мг/кг за полчаса до введения гистамина. Противовоспалительную активность определяли по их способности уменьшать развитие отека по отношению к контролю и выражали в процентах, что служило показателем подавления воспаления исследуемыми веществами.

**Результаты и их обсуждение.** В ходе опытов доказано, 3 исследуемые соединения оказывают влияние на воспалительный процесс. Наиболее сильно отек подавлял препарат под № 4 – противовоспалительный эффект через 1 ч после введения гистамина составил 30,9%; спустя 3 ч – 39,6%; 6 ч – 36,2%; более слабое действие отмечали у препарата № 2: его эффект по отношению к контролю в те же сроки измерения равнялся 19,2% - 27,9% - 28,7%; у препарата № 1 – 10,2%-14,7% - 11,3%; у препарата № 3 противовоспалительная статистически достоверная активность не определялась. Сравнивая действие препаратов с ортофеном установлено, что противовоспалительный эффект препарата № 4 в исследуемой дозе сопоставим с действием вольтарена в терапевтической дозе.

**Выводы.** Следовательно, препараты № 2 и № 4 могут быть отобраны для дальнейшего более детального исследования в качестве противовоспалительных средств.

### 323. ФАКТОРЫ РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ И ИХ ОСВЕДОМЛЕННОСТЬ О ПОБОЧНЫХ ЭФФЕКТАХ НЕСТЕРОИДНЫХ ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ПРЕПАРАТОВ

Шишкина И.А., Немцов Б.Ф.

Кафедра госпитальной терапии, ГОУ ВПО «КГМА Росздрава», г. Киров

**Актуальность.** Артериальная гипертония (АГ) является самой распространенной сопутствующей патологией при ревматоидном артрите (РА). Развитие АГ связано с системным воспалением, сопровождающимся развитием дисфункции эндотелия и активацией ренин-ангиотензиновой системы, и гипертензивным эффектом принимаемых нестероидных противовоспалительных препаратов (НПВП). Роль НПВП в развитии АГ у больных РА связана с подавлением продукции вазодилаторных простагландинов в эндотелии сосудов и почках, что приводит к увеличению периферического сопротивления сосудов и задержке жидкости.

**Цель работы:** изучить распространенность факторов риска сердечно-сосудистых осложнений у больных РА и оценить осведомленность пациентов о побочных эффектах НПВП.

**Материалы и методы.** В исследование было включено 500 пациентов с достоверным диагнозом РА. Группа контроля была представлена данными эпидемиологического исследования распространенности АГ в Европейской части Российской Федерации «ЭПОХА» по Кировской области и включала 2104 больных. В исследуемых группах больных оценивались распространенность АГ и факторов риска сердечно-сосудистых осложнений: возраст (мужчины старше 55 лет, женщины старше 65 лет), курение, нарушение гликемии натощак, ожирение, сахарный диабет, ассоциированные клинические состояния (острые нарушения мозгового кровообращения (ОНМК), ишемическая болезнь сердца (ИБС), стенокардия (СК), инфаркт миокарда, хроническая сердечная недостаточность (ХСН), заболевания периферических артерий). У 92 больных РА, включенных в исследование, было проведено анкетирование, в процессе которого пациенты указывали свою информированность о негативном влиянии НПВП на желудочно-кишечный тракт (ЖКТ), повышение артериального давления (АД) и задержку жидкости (отёки).

**Результаты.** Распространенность АГ у больных РА составила 52,6%, в группе контроля – 40,8% ( $p < 0,001$ ). При анализе факторов риска выявлены достоверные различия в группе больных РА и в группе контроля: по возрастному фактору 23% и 50%,  $p < 0,001$ ; курению 15% и 25%,  $p < 0,001$ , ожирению 23,8% и 13,8%,  $p < 0,001$ ; и ассоциированным клиническим состояниям ИБС 5,0% и 13,5% ( $p < 0,05$ ), ХСН 25,2% и 9,2% ( $p < 0,001$ ) – соответственно. По результатам анкетирования больных РА было выявлено, что 95% ( $n=87$ ) информированы о негативном влиянии НПВП на ЖКТ, 40% ( $n=37$ ) – о

возможном повышении АД на фоне приёма НПВП и 34% ( $n=31$ ) – о появлении отёков при лечении НПВП.

**Выводы:** 1. В группе больных РА среди факторов риска развития сердечно-сосудистых осложнений наибольшую распространенность имеют ожирение и ХСН, наименьшую – ИБС и СК. 2. Распространенность АГ у больных РА выше, чем среди населения. 3. Большая часть больных РА информированы в отношении развития НПВП-гастропатии (95%), меньше половины больных знают о возможном повышении АД (40%) и задержке жидкости (34%) на фоне терапии НПВП.

### 324. ОСОБЕННОСТИ СЕМЕЙНОГО АНАМНЕЗА У ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С ХРОНИЧЕСКИМИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ВЕРХНИХ ОТДЕЛОВ ПИЩЕВАРИТЕЛЬНОГО ТРАКТА И НИЗКИМ УРОВНЕМ АМИЛОЛИТИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ СЛЮНЫ

Шкенева Л.Н.

ФГУ «Нижегородский научно-исследовательский институт детской гастроэнтерологии Росмедтехнологий», г. Нижний Новгород, Россия

Предшествующие многолетние наблюдения выявили, что практически половина детей дошкольного возраста, страдающих хроническими воспалительными заболеваниями желудка и двенадцатиперстной кишки, имеет низкий уровень амилолитической активности смешанной слюны. У них установлена положительная коррелятивная связь между слюварной активностью и натощаковым уровнем амилолитической активности панкреатического секрета. Клинико-морфологический анализ выявил у больных с низким уровнем амилолитической активности смешанной слюны отличия, заключающиеся в более дистальном поражении слизистой оболочки с преобладанием пандуоденита. У этих детей заболевание часто протекает на фоне пищевой аллергии, которая диагностирована тем чаще, чем ниже слюварный уровень амилолитической активности, в связи с чем, представляют интерес наследственно-конституциональные особенности наблюдаемых детей, как факторы предрасполагающие к формированию имеющейся патологии.

**Цель исследования.** Выявить особенности семейного анамнеза у детей дошкольного возраста с хроническими воспалительными заболеваниями желудка и двенадцатиперстной кишки с низким слюварным уровнем амилолитической активности.

**Материалы и методы.** Обследовано 145 пациентов 3-7 лет согласно стандарту оказания медицинской помощи больным хроническими воспалительными заболеваниями желудка и двенадцатиперстной кишки. Диагноз пищевая аллергия ставился по диагностическому алгоритму аллергологического больного. У всех пациентов определялась амилолитическая активность смешанной слюны методом Смита-Роя-Уголева. Амилолитическая активность смешанной слюны ниже нормы определена у 54,5% обследованных. Ретроспективный анализ данных наследственности больных в зависимости от уровня амилолитической активности смешанной слюны проводился по медиане: I группа – больные с уровнем

амилолитической активности слюны ниже медианы; II группа – больные с амилолитической активностью слюны выше медианы. Группы не отличались по возрастно-половому составу.

Результаты и их обсуждение. Установлено, что дети I группы имели чаще отягощенную наследственность по болезням гепато-билиарной системы (51,4% против 30,1%,  $p=0,01$ ), по заболеваниям поджелудочной железы (19,4% против 6,8%,  $p=0,0259$ ). Практически у трети детей из группы с низким уровнем амилолитической активности слюны выявлена отягощенность по аллергическим заболеваниям среди родственников первой линии родства (мать и/или отец), что достоверно отличало их от детей II группы (29,17% и 10,96%,  $p=0,0069$  соответственно), преимущественно за счет пищевой аллергии (21% и 6,8% по группам соответственно,  $p=0,0145$ ). При этом матери детей из I группы пищевую аллергию имели в 3,5 раза чаще (19,4% и 5,5%,  $p=0,0122$ ). Это определяет у детей наследственную аллергическую предрасположенность, поскольку общепризнано, что патогенез пищевой аллергии ассоциирован с атопией – врожденной реакцией гиперчувствительности IgE-опосредуемого типа (реже IgE-независимого), с высоким процентом наследования по материнской линии.

В то же время патология гастродуоденальной системы у родственников первой линии родства встречалась с одинаковой частотой (55,6% и 54,8%), где превалировал хронический гастродуоденит в обеих группах (50% и 45,2%). Существенно реже выявлялась язвенная болезнь желудка и язвенная болезнь ДПК (5,6% и 9,6% соответственно), хронические воспалительные заболевания кишечника (11,1% и 15% соответственно) и онкологические заболевания (11,1% и 13,7% соответственно) – без отличий по группам.

Заключение. Дети, страдающие хроническими воспалительными заболеваниями желудка и двенадцатиперстной кишки, имеющие низкий уровень амилолитической активности смешанной слюны, чаще имеют отягощенную наследственность по заболеваниям гепато-билиарной системы, поджелудочной железы и предрасположенность к пищевой аллергии.

### 325. РАЗРАБОТКА РЕЦЕПТУРЫ ПРИМЕНЕНИЯ МИНЕРАЛЬНЫХ ВОД КУРОРТНОЙ ЗОНЫ «НИЛОВА ПУСТЫНЬ» ПРИ ДОРСОПАТИЯХ

Шкляр А.П., Калягин А.Н., Макаров О.А.

Иркутский государственный медицинский университет, Иркутск, Россия

Актуальность. Курортная зона «Нилова Пустынь» используется более 150 лет и является довольно популярной среди пациентов, однако серьезных научных разработок, которые бы позволили определить эффективность применения вод и рецептуру не выполнялось.

Цель. Обосновать рецептуру применения вод «Ниловой Пустыни» для больных с дорсопатиями дегенеративного характера.

Материалы и методы. Пациенты включались в исследование в летний сезон 2005 и 2006 годов сплошным методом при их добровольном согласии

участвовать в исследовании. В зависимости от нозологической формы, тяжести течения заболевания, используемых вод скважины №1 или №2 пациенты делились на группы. В работу было включено 158 пациентов с диагнозом дорсопатии дегенеративного характера (шифр по МКБ-10 М 40-М 54, кроме М 45), которые были разделены на группы по скважине, из которой они принимали ванны. Из 158 больных 67 (42,4%) принимали ванны из скважины №1, это были мужчин 49 (68,7%) и женщин 21 (31,3%), а 91 (57,6%) принимали ванны из скважины №2, это были мужчин 26 (28,6%) и женщин 65 (71,4%) с преимущественным возрастом от 45 до 50 лет. Для разработки рецептуры применения ванн курортной зоны «Нилова Пустынь» нами была проведена сравнительная оценка эффективности ванн скважин №1 и №2 через 2 недели после приёма (оздоровительный эффект) и через 25 недель после приёма (профилактический эффект). Оценка эффекта производилась в зависимости от количества принятых ванн на курс, по этому показателю больные подразделялись на следующие градации: 5-7 ванн, 8-9 ванн и 10-12 ванн на курс. В качестве инструмента, который бы позволил определить эффективность нами использовался опросник оценки боли, функциональной оценки и оценки экономического статуса.

Результаты. Существенной разницы в эффекте вод скважин №1 и №2 при дорсопатиях дегенеративного характера нами установлено не было. Эффективной для пациентов при дорсопатиях дегенеративного характера, являются ванны из скважины №1 (%) в количестве 8-9 ванн. При которой первичный результат составляет 73% и отдаленный результат составляет 60%. При изучении наиболее оптимального количества ванн с целью оздоровления при дорсопатиях дегенеративного характера нами было установлено, что при приёме 8-9 и 10-12 ванн эффект по болевому индексу оказывается выше, чем при приёме 5-7 ванн. В то же время профилактический эффект в отдалённом периоде наблюдения оказался более выраженным при приёме 10-12 ванн, аналогичные данные были получены при функциональной оценке. В методике оценки боли, функционального состояния и экономического состояния при хронических болях в спине отмечается, что с уменьшением жалоб на боли и функциональное состояние баллы уменьшаются. При оценке экономического статуса были получены данные, которые совпадают с результатами оценки боли и функциональной оценки для оздоровительного эффекта, а вот для профилактического – разницы выявлено не было.

Такая же оценка эффективности была выполнена нами и для воды скважины №2. Были получены сопоставимые результаты.

Выводы. При дорсопатиях дегенеративного характера оздоровительный эффект достигается при использовании вод скважин №1 или №2 за счёт увеличения спектра функциональной активности при использовании 8-9 ванн, а профилактический – при использовании 10-12 ванн.

### 326. ВЗАИМОСВЯЗЬ ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОГО СТАТУСА И ЭНДОТЕЛИАЛЬНОЙ

## ДИСФУНКЦИИ У БОЛЬНЫХ С ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ.

Шапова Н.Н, Омеляненко М.Г., Томилова И.К., Пахрова О.А.

Кафедра факультетской терапии и профессиональных болезней, ИвГМА, г. Иваново

**Актуальность.** Психоэмоциональный стресс способствует развитию и прогрессированию сердечно-сосудистых заболеваний, в том числе и гипертонической болезни. Одной из точек приложения воздействия стресса на сердечно-сосудистую систему, как в последнее время предполагают, является нарушение эндотелийзависимой вазодилатации (ЭЗВД). При артериальной гипертензии эндотелиальная дисфункция является одним из проявлений заболевания и может иметь неблагоприятное прогностическое значение, а необходимость ее коррекции рассматривается как одна из задач лечения. Вполне возможно, что именно через потенцирование эндотелиальной дисфункции и происходит реализация патогенного влияния хронического стресса на развитие сердечно-сосудистой патологии. Однако данные литературы о воздействии стресса на показатели эндотелиальной функции являются достаточно противоречивыми, что свидетельствует о необходимости проведения более углубленных работ по изучению этой проблемы.

**Цель работы.** Оценить взаимосвязь особенности психоэмоционального статуса и эндотелиальной дисфункции у больных гипертонической болезнью.

**Материалы и методы.** На базе кардиоревматологического отделения ОГУЗ «Ивановская ОКБ» 44 больным гипертонической болезнью II стадии были проведены анкетирование, антропометрия и общее клиническое обследование. Анкетирование проводилось с помощью опросника Ридера по определению уровня стресса и психоэмоционального напряжения, опросника HADS по определению наличия тревожно-депрессивных состояний. Для оценки функционального состояния эндотелия выполнялось определение суммарной концентрации нитрит- и нитрат-ионов (NOx), количества циркулирующих десквамированных эндотелиоцитов в плазме крови (ДЭ), проба с реактивной гиперемией (D.S.Celeagaajer и соавт.).

**Результаты.** В группе наблюдения оказалось 26 женщин и 18 мужчин, средний возраст обследуемых составил  $52,9 \pm 4,9$  лет. Психоэмоциональный статус обследуемых характеризовался наличием тревожно-депрессивного синдрома (ТДС) у 25% пациентов, при этом высокий уровень стресса наблюдался у 20,5% опрошенных, средний и низкий - у 45,5% и 34% соответственно. Клинически выраженные формы HADS-тревоги встречались у 13,6% респондентов, субклинические - в 25% случаев. Клинически выраженные формы HADS-депрессии выявлены у 15,6% пациентов, субклинические - у 22,7%. Положительная проба с реактивной гиперемией, свидетельствующая о нарушении ЭЗВД, выявлена у 56,8% обследованных. NOx в группе наблюдения в целом была значимо ниже по сравнению с группой контроля ( $192,3 \pm 20,6$  мкмоль/л и  $244,8 \pm 62,3$  мкмоль/л соответственно;  $p < 0,05$ ). ДЭ у больных с ГБ оказалось значимо выше по сравнению с группой контроля ( $6,6 \pm 2,5$  кл/100мкл и  $3,2 \pm 1,1$  кл/100мкл

соответственно;  $p < 0,05$ ). У больных с ТДС выявлено снижение уровня NOx ( $185,3 \pm 21,63$  мкмоль/л) и повышение ДЭ до  $7,6 \pm 2,9$  кл/100мкл (с контролем достоверны различия всех показателей;  $p < 0,05$ ). У лиц с клиническими формами HADS-тревоги уровень NOx, количество ДЭ значимо различалось по сравнению с нормой в группе наблюдения ( $175,3 \pm 17,8$  мкмоль/л и  $196,5 \pm 21,6$  мкмоль/л соответственно,  $9,0 \pm 1,4$  кл/100мкл и  $5,52 \pm 2,1$  кл/100мкл соответственно;  $p < 0,05$ ). Дисфункция эндотелия наблюдалась у лиц с более высоким уровнем стресса, тревоги и депрессии. Пациенты без нарушений ЭЗВД имели более низкие показатели стресса, депрессии и тревоги, ( $p < 0,05$ ). Нарушения ЭЗВД наблюдались у всех больных с клиническими формами HADS-депрессии и HADS-тревоги, что значимо различалось по сравнению с нормой HADS-депрессии и HADS-тревоги в группе наблюдения, где нарушения ЭЗВД встречались в 35,7% и 37,7% случаев соответственно ( $p < 0,05$ ).

**Выводы.** Наличие у больных ГБ клинических форм ТДС, HADS-депрессии и HADS-тревоги, высокого уровня стресса ассоциировано с нарушениями ЭЗВД, снижением уровня NOx и повышением ДЭ. Выявленная взаимосвязь нарушений психоэмоционального статуса и эндотелиальной дисфункции требует не только психоэмоциональной коррекции, но и терапевтического воздействия на эндотелиальную дисфункцию.

## 327. РЕМОДЕЛИРОВАНИЕ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА НА СТАДИЯХ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК

Щербакова А.Г.

Казанский Государственный медицинский университет, г. Казань, Россия.

Крупные эпидемиологические исследования среди общей популяции убедительно продемонстрировали, что гипертрофия левого желудочка является независимым фактором риска развития сердечно-сосудистых осложнений, своеобразным маркером повышенной летальности. В формировании гипертрофии левого желудочка принимают участие «традиционные» и «нетрадиционные» факторы риска сердечно-сосудистых заболеваний (связанные со снижением функции почек).

**Цель исследования.** Изучение формирования ремоделирования левого желудочка у пациентов хроническим гломерулонефритом без артериальной гипертонии на стадиях хронической болезни почек.

**Материал и методы.** Обследовано 50 больных хроническим гломерулонефритом без артериальной гипертонии, 25 пациентов с артериальной гипертонией, возникшей на 5 стадии хронической болезни почек.. Средний возраст пациентов находился в пределах  $47 \pm 5,90$  лет (М/Ж= 39/36). 1 группу составили 25 пациентов 1-2 стадий хронической болезни почек, 2 группу – 25 человек 3-4 стадий хронической болезни почек, 3 группу – 25 пациентов с 5 стадией хронической болезни почек. В группу контроля вошли 30 здоровых пациентов. Исследованы креатинин, мочевины сыворотки крови. Всем больным проводилась эхокардиоскопия.

**Результаты и их обсуждение.** Артериальное давление больных 1 группы составило  $120,8 \pm 2,4/77,5 \pm 1,6$  мм рт ст. 1 группа характеризуется показателями

геометрии левого желудочка в пределах нормы, но при сравнении с группой здоровых лиц, имеет большую толщину межжелудочковой перегородки, массу миокарда левого желудочка и индекс массы миокарда левого желудочка, соответственно:  $0,98 \pm 0,03$  см и  $0,87 \pm 0,04$  см ( $p=0,038$ ),  $184,1 \pm 7,00$  г и  $118,62 \pm 9,47$  г ( $p=0,000$ ),  $110,1 \pm 3,30$  г/м<sup>2</sup> и  $69,54 \pm 5,23$  г/м<sup>2</sup> ( $p=0,000$ ). Артериальное давление пациентов 2 группы составило  $131,8 \pm 3,47/85,0 \pm 2,60$  мм рт ст. Отмечено увеличение САД и ДАД во 2 группе относительно 1 группы ( $p=0,03/0,04$ ). Индекс массы миокарда левого желудочка у больных 2 группы достоверно не менялся относительно 1 группы ( $p=0,787$ ) и, по-прежнему, в среднем, находился в пределах нормы. 2 группа превосходила группу контроля по толщине межжелудочковой перегородки, массе миокарда левого желудочка, индексу массы миокарда левого желудочка, соответственно  $1,1 \pm 0,06$  см и  $0,87 \pm 0,04$  см ( $p=0,002$ ),  $170,60 \pm 8,60$  г и  $118,62 \pm 9,47$  г ( $p=0,000$ ),  $107,8 \pm 6,30$  г/м<sup>2</sup> и  $69,54 \pm 5,23$  г/м<sup>2</sup> ( $p=0,000$ ). У больных 3 группы появляется артериальная гипертония. Стаж артериальной гипертонии в 3 группе составил  $1,0 \pm 0,18$  лет. Уровень АД= $166 \pm 7,63$  мм рт ст. Диастолический размер полости левого желудочка, систолический размер полости левого желудочка, толщина межжелудочковой перегородки, толщина задней стенки левого желудочка, индекс массы миокарда левого желудочка у пациентов 3 группы больше, чем в группе контроля, соответственно:  $5,15 \pm 0,18$  см и  $4,56 \pm 0,1$  ( $p<0,01$ );  $3,26 \pm 0,14$  см и  $2,82 \pm 0,11$  см ( $p<0,05$ );  $1,14 \pm 0,07$  см и  $0,87 \pm 0,04$  см ( $p<0,01$ );  $1,07 \pm 0,05$  см и  $0,85 \pm 0,04$  см ( $p<0,01$ );  $161,72 \pm 12,84$  г/м<sup>2</sup> и  $69,54 \pm 5,23$  г/м<sup>2</sup> ( $p<0,001$ ). Толщина межжелудочковой перегородки и индекс массы миокарда левого желудочка в 3 группе превосходят нормальные показатели.

**Заключение.** Таким образом, больные без артериальной гипертонии и нормальными уровнями креатинина и мочевины сыворотки крови имеют индекс массы миокарда левого желудочка в пределах нормальных значений, но больший, чем в группе контроля. С увеличением креатинина и мочевины сыворотки крови толщина межжелудочковой перегородки и индекс массы миокарда левого желудочка у больных хроническим гломерулонефритом без артериальной гипертонии достоверно не увеличиваются, но сохраняются большие, чем в группе контроля. При присоединении артериальной гипертонии на 5 стадии ХБП, индекс массы миокарда левого желудочка и толщина межжелудочковой перегородки превышают нормальные значения.

### 328. СВЯЗЬ ИНДЕКСА МАССЫ МИОКАРДА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА С КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫМИ ПОКАЗАТЕЛЯМИ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТОМ

Щербакова А.Г., Сигитова О.Н.

Казанский Государственный медицинский университет, г. Казань, Россия

Гипертрофия миокарда левого желудочка представляет собой независимый фактор сердечно-сосудистого риска как в общей популяции, так и среди больных хронической болезнью почек.

**Цель исследования.** Изучение взаимосвязи между индексом массы миокарда левого желудочка и клинико-лабораторными показателями больных хроническим гломерулонефритом в неактивную фазу.

**Материал и методы исследования.** Обследовано 156 больных первичным хроническим гломерулонефритом в неактивную фазу (М/Ж = 80/76) в возрасте от 17 до 65 лет, средний возраст –  $40,23 \pm 1,1$  лет. Стаж заболевания составил от 0,75 до 37 лет, средний стаж –  $12,25 \pm 1,0$  лет. Всем проводилось измерение артериального давления. У всех пациентов исследовали общий анализ крови с лейкоцитарной формулой и общий анализ мочи. Оценку функции почек проводили с помощью пробы Реберга-Тареева. Определяли мочевины, креатинин сыворотки крови, липидный спектр, проводилась реносцинтиграфия, эхокардиоскопия.

**Результаты и их обсуждение.** Проведен корреляционный анализ по методу Пирсона между индексом массы миокарда левого желудочка и клинико-лабораторными показателями в группе больных хроническим гломерулонефритом. Максимальный коэффициент ( $k=0,51; p<0,01$ ) получен при корреляции с креатинином сыворотки крови, что соответствует корреляции средней степени. Несколько ниже коэффициент ( $k=-0,40; p<0,01$ ) корреляции с клубочковой фильтрацией и как с косвенным показателем клубочковой фильтрации – Tmax (временем максимального накопления радиофармпрепарата в тканях почек), по данным ренографии ( $k=0,25; <0,05$ ). Значительное влияние на формирование индекса массы миокарда левого желудочка оказывало артериальное давление, в большей степени систолическое ( $k=0,46; p<0,01$ ), чем диастолическое ( $k=0,46; p<0,01$ ). Несколько ниже связь с гемоглобином сыворотки крови ( $k=-0,32; p<0,01$ ). Имеется связь с показателями функции почек, такими как концентрационная функция, определяемая по показателю удельного веса мочи ( $k=-0,37; p<0,01$ ), секреторно-эвакуаторная функция, обуславливающая показатель ренографии T1/2 (время полувыведения радиофармпрепарата из тканей почек) ( $k=0,25; p=0,05$ ). С уровнем холестерина сыворотки, триглицеридов и липопротеидов низкой плотности не получено достоверной связи.

**Заключение.** Индекс массы миокарда левого желудочка имеет положительную корреляцию с креатинином сыворотки крови, систолическим и диастолическим артериальным давлением, Tmax, T1/2, по показателям реносцинтиграфии; отрицательную корреляцию – со скоростью клубочковой фильтрации, гемоглобином сыворотки крови и показателем удельного веса утренней порции мочи. Эти данные свидетельствуют о важной роли снижения функции почек и артериальной гипертонии в формировании и нарастании гипертрофии левого желудочка.

### 329. К ВОПРОСУ ЛЕЧЕНИЯ СОЧЕТАННОЙ ПАТОЛОГИИ ГЭРБ И ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА

Юлдашева Г.Р., Хамрабаева Ф.И, Алявия Ф.А

Ташкентский институт усовершенствования врачей, Узбекистан

Целью исследования явилось изучить влияние рабепразола (рабемака DSR) на клиническое течение хронического панкреатита сочетающегося с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью (ГЭРБ).

Материал и методы. В исследовании участвовали 32 больных с ГЭРБ. Всем исследуемым больным в динамике проведено эндоскопическое исследование пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки (ДПК), внутрижелудочная рН-метрия. Схема лечения включала рабепразол (рабемак DSR) по 20 мг. 2 раза в сутки. Продолжительность лечения - 14 дней.

Результаты исследования. Рабемак DSR блокирует Н<sup>+</sup>,К<sup>+</sup>-АТФазу секреторной мембраны париетальных клеток слизистой оболочки желудка, прекращая выход ионов водорода в полость желудка, блокируя заключительную стадию секреции соляной кислоты, тем самым снижая уровень базальной и стимулированной секреции. Кроме того, он обладает высокой липофильностью, легко проникает в париетальные клетки слизистой оболочки желудка, где накапливается при кислом значении рН. Это действие препарата приводит к снижению уровня базальной и стимулированной секреции, независимо от природы раздражителя. Рабемак быстро адсорбируется из желудочно-кишечного тракта, устраняет боли и изжогу в эпигастральной области и за грудиной. Одно из существенных достоинств этого препарата – его доступность выражающаяся в относительно небольшой стоимости.

Вывод. Учитывая особенности течения хронического панкреатита и ГЭРБ, в результате проведенных исследований можно рекомендовать рабепразол (рабемак DSR) в качестве базисной - антисекреторной терапии при сочетании вышеназванных патологий.

### 330. АНТИСЕКРЕТОРНАЯ ТЕРАПИЯ В ЛЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА

Юлдашева Г.Р., Хамрабаева Ф.И.

Ташкентский институт усовершенствования врачей, Узбекистан

Цель исследования — изучение клинической эффективности рабепразола (рабемак) в комплексной терапии обострения хронического панкреатита.

Материал и методы. Всем больным проведена эзофагогастродуоденоскопия, ультразвуковое исследование, исследование панкреатических ферментов. Динамику болевого абдоминального синдрома оценивали по методике субъективной оценки выраженности болевого синдрома (по 10-балльной шкале).

Больных разделили на 3 группы, по выраженности болевого абдоминального синдрома; 20 больных получали омепразол по 20 мг 2 раза в день, 22 – пантапразол (пантап) в суточной дозе 80 мг, 25 – рабепразол (рабемак) по 40 мг в сутки. Контрольную группу составили 10 практически здоровых лиц.

Результаты. На фоне назначенной терапии в всех группах отмечалась тенденция к уменьшению выраженности болевого абдоминального синдрома, значительное снижение интенсивности болевого абдоминального синдрома отмечено во второй (до7,2+0,9

балла) и третьей группе (до6,4+0,7 балла) больных. Содержание панкреатической амилазы крови до начала лечения было достоверно повышенным во всех группах (144,8+10,2, 152,1+09,8 и 149,7+ 07,2 ед./л соответственно) по сравнению с контрольными значениями (41,2+10,2 ед./л, p<0,05). После проведенного лечения в обеих группах отмечена тенденция к снижению этого показателя. по сравнению с исходными значениями (p < 0,05) и сблизилась с контрольными величинами (53,9+7,3, 48,8+7,5 и 42,8+11,3 ед./л соответственно).

Выводы. Таким образом, пантап и рабепразол оказывают более выраженный антисекреторный эффект, по сравнению с омепразолом. Выявленная зависимость между степенью подавления желудочного кислотообразования и выраженностью болевого абдоминального синдрома, уровнем редукции биохимических показателей поджелудочной железы позволяет включения пантапа и рабепразол в схему комплексной терапии хронического панкреатита.

### 331. ГЕТЕРОГЕННОСТЬ КЛИНИЧЕСКИХ И МОРФОЛОГИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ СЕМЕЙНОЙ ФОРМЫ ГИПЕРТРОФИЧЕСКОЙ КАРДИОМИОПАТИИ

Ющенко М.В.\*, Козленок А.В. \*\*, Новик Г.А.\*, Гудкова А.Я.\*\*\*, Шляхто Е.В.\*\*\*

\*Санкт-Петербургская Государственная Педиатрическая Медицинская Академия, Россия

\*\*\*Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова, Россия

\*\*Федеральный центр сердца, крови и эндокринологии имени академика В.А. Алмазова, Россия, Санкт-Петербург

Введение. Гипертрофическая кардиомиопатия (ГКМП) принадлежит к числу наиболее распространенных наследственных заболеваний сердца.

Цель работы: продемонстрировать течение ГКМП у пробанда и членов его семьи.

Материалы и методы. В исследовании приняли участие 5 человек – пробанд с обструктивной формой ГКМП и 4 его кровных родственника – бабушка по отцовской линии, мать, отец и младший брат. Всем пациентам проводилось клиническое обследование (ЭКГ, ЭХОКГ), генеалогический анализ с построением родословной.

Результаты. Пробанд В., 1991 г.р (16 лет.) Жалобы на периодические боли колющего характера в области сердца в покое и при эмоциональной нагрузке, не доставляющие особенного дискомфорта, проходящие в течение нескольких минут, повышенная утомляемость, ортостатические головокружения, головные боли, при подъеме по лестнице на 5 этаж умеренно выражена одышка. Семейный анамнез по заболеваниям сердца в молодом возрасте неотягощен. Диагноз ГКМП установлен на первом месяце жизни. В динамике ЭХОКГ отмечалось резкое увеличение толщины межжелудочковой перегородки (МЖП), особенно быстро прогрессирующее в период пубертата (толщина МЖП в 4 года = 16 мм, в 12 лет - 20 мм, в 16 лет - 45 мм).

ЭХОКГ от 16.10.2008: Полости сердца не расширены. Выраженная асимметричная гипертрофия левого желудочка с максимумом до 45 мм в средней трети, индекс массы миокарда (ИММ<sub>ЛЖ</sub>) = 250 г/м<sup>2</sup>. Локальных нарушений сократимости не выявлено, общая сократительная способность не снижена (EF по Simpson = 63%). Небольшая латентная обструкция ВТЛЖ (максимальный градиент давления в ВТЛЖ (PG<sub>ВТЛЖ</sub>) в покое 7-8 мм, после нагрузки (20 приседаний) увеличение до 25 мм Hg). Рестриктивный тип трансмитрального кровотока. Систолическое давление в лёгочной артерии на верхней границе нормальных значений. Заключение: Выраженная асимметричная гипертрофия левого желудочка (ГКМП) с небольшой латентной обструкцией ВТЛЖ. Диастолическая дисфункция ЛЖ. В феврале 2009 г. больной В. консультирован в НЦССХ им. А.Н.Бакулева РАМН. Пациент направлен на оперативное лечение.

Результаты обследования семьи пациента В.: Мать пациента В., 1966 г.р. (42 года) здорова. Бабушка по отцовской линии, 1934 г.р. (74года). При осмотре жалоб не предъявляла. С 40 лет беспокоят периодические подъёмы артериального давления. ЭХОКГ: Небольшое расширение предсердий. Межжелудочковая перегородка S-образно изогнута, базальный сегмент утолщен до 14 мм. Небольшая гипертрофия левого желудочка (ИММ – 108 г/м<sup>2</sup>). Глобальная сократимость миокарда ЛЖ не снижена (ФВ по Simpson ≈ 61%). Локальных нарушений сократимости не выявлено. Допплер КГ: Кровоток в ВТЛЖ не ускорен и при нагрузке (15 приседаний) - около 8 мм.рт.ст. Давление в легочной артерии повышено (39 мм.рт.ст.). Диастолическая функция ЛЖ сохранена. Диагноз ГКМП впервые поставлен в период настоящего обследования.

Отец, 1966 г.р. (42 года). При осмотре жалоб не предъявлял. Данных за наличие у пациента артериальной гипертензии не получено. ЭХОКГ: Полости сердца не расширены. Базальный сегмент МЖП утолщен до 15 мм. Глобальная сократимость миокарда ЛЖ не снижена. Допплер КГ: Давление в легочной артерии повышено (36-40 мм.рт.ст.). Диастолическая функция ЛЖ: норма → 1 тип дисфункции. В покое нет обструкции выходного тракта ЛЖ. После физической нагрузки градиент давления в ВТЛЖ повысился до 15 мм.рт.ст. (незначительная скрытая обструкция). Диагноз ГКМП впервые поставлен в период настоящего обследования.

Брат, 2002г.р. (6 лет). ЭХОКГ от 12.11.2008: Полости сердца не расширены. Толщина и масса миокарда (ИММ – 86 г/м<sup>2</sup>) не увеличены. Глобальная сократимость миокарда ЛЖ не снижена. Створки клапанов, эндокард, крупные сосуды – без особенностей. Допплер КГ: Кровоток в ВТЛЖ не ускорен. Давление в легочной артерии не повышено. Учитывая обнаружение признаков заболевания разной степени выраженности в трех поколениях семьи, пациент считается условно здоровым.

Выводы. 1. Продемонстрирована выраженная гетерогенность клинических и морфологических проявлений заболевания у пораженных членов одной семьи, в том числе различная морфология МЖП - от минимально выраженной, локализованной гипертрофии до экстремальной.

2. Обследование членов семей пациентов с ГКМП способствует выявлению заболевания на ранней стадии, изучению закономерностей течения болезни внутри одной семьи и оптимизации тактики ведения пациентов с семейной формой ГКМП, отбору пациентов для генетического тестирования, а также определению истинной частоты заболевания в популяции.

3. Обнаружение малых признаков заболевания у членов семьи пробанда должно рассматриваться в пользу носительства мутантных генов и установления факта семейной формы заболевания.

4. У пациентов с ГКМП, диагностированной в детском возрасте, в период интенсивного роста и полового созревания отмечается прогрессирующее утолщение МЖП, что требует тщательного динамического наблюдения за пациентом для подбора медикаментозной терапии и установления оптимальных сроков оперативного вмешательства.

### 332. ВЛИЯНИЕ СУЛЬФАТНОЙ НАТРИЕВО-КАЛЬЦИЕВОЙ МИНЕРАЛЬНОЙ ВОДЫ НА ДВИГАТЕЛЬНУЮ ФУНКЦИЮ ЖЕЛУДКА У ДЕТЕЙ

Ямолдинов Р.Н., Вихарева Е.Г., Чвыров К.Н., Кулябина А.С., Новикова А.А.

ГОУ ВПО Ижевская государственная медицинская академия, г. Ижевск, Россия

Цель исследования. Оценить эффективность питьевой бальнеотерапии по показателям двигательной функции желудка у детей с хроническим гастродуоденитом.

Материал и методы. Исследована двигательная функция желудка с помощью электрогастрографа ЭГС-4М у 37 детей с хроническим поверхностным (эритематозным) гастродуоденитом в фазе затухающего обострения. Помимо общепринятых показателей ЭГГ (средняя амплитуда колебаний – M<sub>ср</sub>, средняя амплитуда максимальных колебаний – M<sub>max</sub>, средняя амплитуда минимальных колебаний – M<sub>min</sub>, средняя частота сокращений – N) вычисляли энергетический коэффициент (K = M<sub>ср</sub> x N). Изучено влияние внутреннего приёма питьевой слабощелочной среднеминерализованной сульфатной натриево-кальциевой минеральной воды «Увинская» на основные параметры ЭЭГ.

Результаты и их обсуждение. На основе анализа ритма, частоты сокращений и высоты зубцов нормокинетический тип двигательной активности выявлен у 13 больных, гиперкинетический у 17 и гипокинетический – у 7. Помимо изучения эффективности курсовой питьевой бальнеотерапии, нам представилось целесообразным оценить влияние однократного приёма Увинской слабощелочной среднеминерализованной сульфатной натриево-кальциевой питьевой минеральной воды (УМВ) на моторику желудка в так называемых «острых наблюдениях». Биопотенциалы регистрировали натошак, непосредственно после приёма УМВ в дозе 3 мл на кг массы тела температуры 37°C и через 15 минут после приёма УМВ.

У детей с гиперкинетическим типом ЭГГ однократный приём УМВ через 15 мин приводил к

достоверному уменьшению  $M_{cp}$  (с  $0,560 \pm 0,048$  до  $0,182 \pm 0,047$  мВ,  $p < 0,01$ ),  $M_{max}$  (с  $1,042 \pm 0,176$  до  $0,383 \pm 0,080$  мВ,  $p < 0,05$ ),  $M_{min}$  (с  $0,307 \pm 0,052$  до  $0,086 \pm 0,020$  мВ,  $p < 0,05$ ) и энергетического коэффициента (с  $1,485 \pm 0,193$  до  $0,470 \pm 0,136$ ,  $p < 0,05$ ), что мы расценивали как положительное явление. Соотношение  $M_{max}/M_{min}$  и частота сокращений существенно не менялись.

У детей с гипокинетическим типом ЭГГ, наоборот, мы наблюдали возрастание электрической активности желудка, при этом увеличение  $M_{cp}$  (с  $0,10 \pm 0,02$  до  $0,29 \pm 0,08$  мВ,  $p < 0,05$ ) и энергетического коэффициента (с  $0,25 \pm 0,06$  до  $0,60 \pm 0,16$ ,  $p < 0,05$ ) было достоверным по сравнению с исходными показателями.

У детей с нормокинетическим типом ЭГГ электрическая активность желудка при однократном приёме УМВ практически не изменялась.

Таким образом, однократный приём УМВ оказывал положительное влияние на двигательную функцию желудка при хроническом гастродуодените у детей как с гиперкинетическим, так и с гипокинетическим типом ЭГГ.

Оценка двигательной функции является одним из важных критериев эффективности прежде всего курсовой терапии заболеваний верхних отделов пищеварительного тракта.

По нашим данным, нормализующее влияние курсовой терапии с применением Увинской минеральной воды на моторику желудка наиболее чётко прослеживалось у детей с исходно гиперкинетическим типом ЭГГ и проявлялось прежде всего положительной динамикой амплитуд  $M_{cp}$  (с  $0,535 \pm 0,040$  до  $0,362 \pm 0,035$  мВ,  $p < 0,01$ ),  $M_{max}$  (с  $1,011 \pm 0,059$  до  $0,653 \pm 0,066$ ,  $p < 0,01$ ),  $M_{min}$  (с  $1,215 \pm 0,009$  до  $0,130 \pm 0,013$  мВ,  $p < 0,001$ ) и энергетического коэффициента  $K$  (с  $1,479 \pm 0,108$  до  $0,984 \pm 0,117$ ,  $p < 0,02$ ). Соотношение  $M_{max}/M_{min}$  и средняя частота сокращений желудка при этом существенно не изменялись.

**Заключение.** Оценка двигательной функции желудка при помощи записи биопотенциалов является одним из объективных критериев эффективности лечения детей с хроническим гастродуоденитом. Нормализация двигательной функции желудка под влиянием питьевой бальнеотерапии, наряду со снижением кислотности, имеет несомненное клиническое значение, способствуя ликвидации основных проявлений верхнедиспепсического синдрома, таких как тошнота, изжога, отрыжка. Предложенные нами методики «острых наблюдений» могут быть использованы для оценки терапевтической эффективности питьевых минеральных вод различных классов и обоснования курсовой бальнеотерапии.

### 333. СОСТОЯНИЕ МЕСТНЫХ НЕСПЕЦИФИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ ЗАЩИТЫ У ДЕТЕЙ С ГАСТРОДУОДЕНОБИЛИАРНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

Ямолдинов Р.Н., Вихарева Е.Г., Вейс Л.Е., Новикова А.А.

ГОУ ВПО Ижевская государственная медицинская академия, г. Ижевск, Россия

**Цель исследования.** Оценить состояние местных неспецифических факторов защиты у детей с

хроническим гастродуоденитом и билиарными дисфункциями в динамике в процессе питьевой бальнеотерапии.

**Материал и методы.** Исследована активность лизоцима сыворотки крови и желудочного сока у 23 детей с хроническим поверхностным (эритематозным) гастродуоденитом в фазе затухающего обострения нефелометрическим методом (по В.Г. Дорофейчук). Также исследована лизоцимная активность дуоденального содержимого у 20 детей с дискинезиями желчевыводящих путей (билиарными дисфункциями). Все больные получали Увинскую среднеминерализованную слабощелочную сульфатную натриево-кальциевую минеральную воду (УМВ) изолированно (в качестве монотерапии) в дозе 3 мл/кг 3 раза в день. Курс лечения составил 18-21 день. Исследование проводилось до и после лечения.

**Результаты и их обсуждение.** В патогенезе заболеваний верхних отделов пищеварительного тракта (ВОПТ) известно большое значение нарушения равновесия между «защитными» и «агрессивными» факторами, воздействующими на слизистую оболочку желудка и двенадцатиперстной кишки (СОЖ и ДПК).

Одним из важнейших неспецифических защитных факторов, обеспечивающих местный иммунный ответ, является лизоцим. Считается, что в условиях дефицита лизоцима любая антигенная нагрузка, в том числе и физиологическая, в сочетании с генетической предрасположенностью становится чрезмерной и может стать пусковым фактором формирования гастроэнтерологических заболеваний (Н.Е. Санникова и соавт., 1998).

Однократный приём УМВ, как и следовало ожидать, практически не влиял на лизоцимную активность желудочного сока, которая составила  $55,8 \pm 3,4\%$  в натощаковой порции,  $58,6 \pm 2,2\%$  - в базальную фазу и  $58,7 \pm 1,6\%$  - в «последовательную» (после однократного приёма УМВ) ( $p > 0,05$ ).

Курсовая терапия приводила к заметному возрастанию данного фактора защиты, связанному, очевидно, с увеличением клеток Панета в криптальном эпителии, как это действительно и было показано нами при морфологическом исследовании биоптатов. При этом увеличение лизоцимной активности было наиболее существенным в последовательную фазу - с  $60,3 \pm 0,6\%$  до  $64,1 \pm 1,2\%$  ( $p < 0,01$ ).

Динамические наблюдения за больными показали, что 18-21-дневный курс лечения с использованием УМВ позволил в большинстве случаев получить выраженный клинический эффект: исчезали самостоятельные боли, к концу лечения уменьшалась пальпаторная болезненность в эпигастрии и пилородуоденальной области, улучшался аппетит, нормализовался стул, исчезали тошнота, изжога, отрыжка.

В результате курса лечения с применением УМВ у детей отмечена тенденция к повышению показателей и лизоцимной активности сыворотки крови (с  $38,4 \pm 1,7\%$  до  $40,1 \pm 1,1\%$ ,  $p > 0,05$ ).

При сопутствующих билиарных дисфункциях в результате проведенного лечения исходно низкая лизоцимная активность пузырной жёлчи (порция «В») достоверно повысилась с  $15,8 \pm 4,6\%$  до  $29,3 \pm 2,7\%$  ( $p < 0,05$ ). В «печёночной» жёлчи (порция «С»)

лизотимная активность с  $36,8 \pm 6,1\%$  повысилась до  $48,0 \pm 5,4\%$  ( $p > 0,05$ ).

Таким образом, полученные результаты позволяют говорить о выраженном положительном влиянии питьевой бальнеотерапии на местные неспецифические факторы защиты желудочно-кишечного тракта.

Изолированный приём УМВ оказал также существенное положительное влияние на биоценоз кишечника. Достоверно уменьшился рост кокковой флоры, в том числе золотистого стафилококка, а также условно-патогенных бактерий (гемолизирующей кишечной палочки). Значительно увеличился рост облигатной микрофлоры толстой кишки: кишечной палочки и бифидобактерий.

**Заключение.** Выявлено существенное снижение показателей местных неспецифических факторов защиты у детей с холепатиями даже при функциональной патологии. Установлено выраженное положительное влияние питьевой бальнеотерапии на местные неспецифические факторы защиты желудочно-кишечного тракта у детей с гастродуоденальной и билиарной патологией. Положительное влияние питьевой бальнеотерапии на микробиоценоз кишечника, вероятно, связано с улучшением функций пищеварительной системы. По-видимому, следует учитывать и иммуномодулирующее действие УМВ, в частности, установленное нами под её влиянием увеличение образования лизоцима, который, в свою очередь, стимулирует рост облигатной микрофлоры.

### 334. ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОРГАНОВ ПИЩЕВАРЕНИЯ У ПОДРОСТКОВ УДМУРТСКОЙ РЕСПУБЛИКИ

Ямолдинов Р.Н., Вихарева Е.Г.

ГОУ ВПО Ижевская государственная медицинская академия, г. Ижевск, Россия

**Цель исследования.** Установить распространённость и структуру заболеваний органов пищеварения у подростков.

**Материал и методы.** Проанализированы материалы репрезентативного эпидемиологического обследования 2778 детей в возрасте от 3 до 18 лет.

**Результаты и их обсуждение.** Выявлена высокая распространённость заболеваний органов пищеварения среди детей 3-18 лет ( $564,1 \pm 20,1$ ), более чем в 4 раза превышающая цифры официальной статистики. При этом заболеваемость подростков 15-18 лет составила  $481,1 \pm 48,5$ . Распространённость гастроэнтерологических заболеваний среди девушек оказалась существенно выше ( $575,3 \pm 57,9$  на 1000), чем среди юношей ( $314,3 \pm 78,5$  на 1000;  $p < 0,01$ ). Выявленная закономерность является одной из наиболее характерных особенностей заболеваний органов пищеварения. На это обстоятельство следует обратить серьёзное внимание, так как здоровье девочки – девушки – будущей матери – это основа здорового потомства.

В структуре патологии органов пищеварения у подростков 15-18 лет в целом преобладали заболевания желудка и двенадцатиперстной кишки (ДПК) – преимущественно хронический гастрит и дуоденит:  $377,4 \pm 47,1$  на 1000.

Количество заболеваний печени, желчного пузыря и поджелудочной железы у подростков, зарегистрированных в качестве основного диагноза, составило  $56,6 \pm 22,4$  на 1000, а с учётом сопутствующей патологии –  $245,3 \pm 41,8$  на 1000. При этом преобладающей патологией в структуре холепатий у подростков являются дискинезии (дисфункции) желчевыводящих путей –  $207,6 \pm 39,4$  на 1000 ( $84,6\%$ ).

Заболевания кишечника в качестве основного диагноза у подростков регистрировались реже –  $47,2 \pm 20,6$  на 1000. С учётом же сопутствующей патологии заболеваемость сохранялась довольно высокой –  $169,8 \pm 36,5$  на 1000.

В структуре неинфекционных заболеваний кишечника (без учёта лямблиоза) у школьников превалирует функциональная патология ( $80,0\%$ ) –  $45,5 \pm 22,2$  на 1000 обследованных.

Обращает на себя внимание высокий уровень распространённости инвазии простейшими среди подростков 15-18 лет –  $47,2 \pm 20,6$  на 1000.

У  $13,7\%$  выявленных больных заболевание протекало бессимптомно.

Следует отметить сочетанность поражения различных органов системы пищеварения более чем у половины обследованных подростков, что является одной из характерных черт этой группы заболеваний.

Обращает на себя внимание также высокая частота сочетания заболеваний органов пищеварения с патологией других органов и систем: сердечно-сосудистой (преимущественно функционального характера), органов мочевой системы (инфекции мочевой системы, нефроптозы, кристаллурии и др.), кожи (чаще аллергического характера), хроническими и рецидивирующими болезнями органов дыхания. Этот факт свидетельствует о необходимости всестороннего клинического исследования ребёнка с жалобами со стороны органов пищеварения.

Сведения о частоте гастроэнтерологических заболеваний по данным обращаемости не отражают истинную распространённость данной патологии, поскольку обращаются за медицинской помощью, как правило, лишь подростки с большой давностью заболевания, выраженной клинической симптоматикой, соответствующей декомпенсации патологического процесса.

Поэтому важно при первом обращении подростка в поликлинику с жалобами на боли в животе, диспепсические расстройства проводить ему комплекс диагностических исследований с целью возможно более раннего выявления гастроэнтерологической патологии. Следует стремиться к возможно более полному выявлению гастроэнтерологической патологии, назначая во всех необходимых случаях дополнительное обследование для уточнения заболевания.

Информация о распространённости заболеваний органов пищеварения, полученная путём специальных осмотров, характеризуется наибольшей точностью, ибо позволяет выявить патологию на субклинической стадии, когда о ней ещё не подозревают ни сам больной, ни его родители.

**Заключение.** Полученные данные свидетельствуют о высокой распространённости заболеваний органов пищеварения у подростков ( $481,1 \pm 48,5\%$ ). В структуре

гастроэнтерологической патологии по первичному диагнозу на первый план выходит патология желудка и ДПК. У подростков заболеваемость девушек существенно превышает заболеваемость юношей. Более чем у половины больных патология органов пищеварения носит сочетанный характер. Выявленный нами высокий уровень распространённости заболеваний органов пищеварения у детей и подростков диктует необходимость дальнейшей разработки мер первичной и вторичной профилактики этой группы заболеваний, распознавания их начальных форм.

**Информация о III Всероссийской ежегодной научно-практической конференции врачей медико-санитарных частей МВД РФ с участием врачей Республики Татарстан, посвященной 80-летию Медико-санитарной части МВД по РТ:**

**«Актуальные вопросы диагностики, лечения и профилактики в общемедицинской практике»**

конференция состоится 17-18 сентября 2010 г. С 8-00 до 18-00 в большом конференц-зале культурного центра

МВД по РТ им. Менжинского, по адресу г. Казань, ул. Карла Маркса, 26.

**Организаторы конференции:**

МВД РФ  
 Медико-санитарная часть МВД по РТ,  
 Министерство здравоохранения РТ,  
 Управление здравоохранения г. Казани,  
 Казанский государственный медицинский университет, кафедра ОВП  
 Казанская государственная медицинская академия.  
 ООО «Отель-клиника»

**Оргкомитет конференции:**

**Председатель конференции** – профессор кафедры общей врачебной практики КГМУ, академик РАЕ, Заслуженный врач РТ Амиров Наиль Багауевич;

Начальник МСЧ МВД по РТ, полковник внутренней службы Потапова Марина Вадимовна;

Зав.кафедрой фтизиопульмонологии КГМУ, профессор, академик АН РН, Заслуженный врач РТ Визель Александр Андреевич (сопредседатель конференции);

Зав.кафедрой кардиологии и ангиологии КГМА, профессор Маянская Светлана Дмитриевна;

Зав.кафедрой общей врачебной практики КГМУ, профессор, Заслуженный врач РТ Сигитова Ольга Николаевна;

Начальник клинического госпиталя, Сабиров Ленар Фарахович;

Начальник поликлиники МСЧ МВД по РТ, старший лейтенант внутренней службы Хисамеев Рустем Шагитович;

Заместитель начальника клинического госпиталя по лечебной части, майор внутренней службы Фролова Эльвира Бакеевна;

Заместитель начальника поликлиники, майор внутренней службы Мерикова Елена Федотовна;

Начальник культурного центра МВД по РТ, майор внутренней службы Закиров Ленар Рустемович;

Начальник информационного центра МВД по РТ, подполковник внутренней службы Нижельская Ирина Алексеевна;

Ассистент кафедры ОВП КГМУ, к.м.н. Абдулхаков Сайяр Рустемович;

Ассистент кафедры терапии КГМА, к.м.н. Галеева Зарина Мунировна;

Начальник организационно-методического и лечебно-профилактического отдела МСЧ МВД по РТ, капитан внутренней службы Хабирова Лилия Мирсаитовна;

Старший инспектор организационно-методического и лечебно-профилактического отдела МСЧ МВД по РТ, майор внутренней службы Павлова Гульнара Шамильевна.

**Заявки** на участие в конференции, статьи и тезисы принимаются **до 01.08.2010 г. :**

в приемной начальника МСЧ МВД по РТ по адресу г. Казань, ул. Лобачевского, 13, тел. (843) 291-36-87

или в приемной начальника клинического госпиталя МВД по РТ по адресу г. Казань, ул. Оренбургский тракт, 132, тел./факс (843) 277-88-84; контактный тел.: (843) 291-26-76.

**Адрес проведения конференции:** г. Казань, ул. Карла Маркса, 26. Культурный центр МВД по РТ им. Менжинского.

Контактные телефоны: (843) 277-88-84, 291-26-76, 291-26-82, факс: 277-88-84,  
e-mail: lechexp@mvdrt.ru, zarina26@bk.ru, sayarabdul@yandex, namirov@mail.ru

Будет выпущен очередной номер рецензируемого научно-практического журнала «Вестник современной клинической медицины» и приложение к журналу «Материалы конференции» (см. правила оформления статей и кратких сообщений для авторов на сайтах www.kgmu.kcn.ru и www.hospitalmvdrt.ru ).

Программа конференции формируется и будет выслана дополнительно.

По вопросам согласования программы конференции обращаться к председателю конференции Амирову Наилю Багаувичу

#### **Информация для фирм-спонсоров конференции:**

Спонсорский взнос составляет от 15 000 до 60 000 рублей. В рамках взноса возможны следующие мероприятия: размещение баннеров на сцене, 1-2 выставочных стола, размещение рекламы в журнале, организация викторин и лотереи.

15 000 – один выставочный стол

30 000 – 2 выставочных стола

45 000 – + организация викторин и лотереи

60 000 – Генеральный спонсор – размещение баннеров на сцене, 2 выставочных стола, размещение рекламы в журнале, организация викторин и лотереи.

Победители викторин и лотереи будут награждаться в конце 1-го дня работы конференции.

Компании могут приготовить для участников конференции конкурсы вопросов и ответов, сюрпризы, сертификаты участника, награды за статьи в журнале и тезисы в сборнике конференции и т.д.

#### **Расчетный счет для финансирования конференции**

**Полное наименование:** Федеральное государственное учреждение здравоохранения «Медико-санитарная часть Министерства внутренних дел по Республике Татарстан»

**Краткое наименование:** «МСЧ МВД по Республике Татарстан»

**Источник финансирования:** ФЕДЕРАЛЬНЫЙ ВНЕБЮДЖЕТ

ИНН 1655104997, КПП 165501001

УФК по РТ р.счет 40503810200001000001 в ГРКЦ НБ Респ. Татарстан банка России г. Казань

л/счет 03111822490

БИК 049205001

ОКПО 08811212

ОКОГУ 13110

ОКАТО 92401367000

ОКОПФ81

ОКФС-12

ОГРН 1061655009217

Код дохода: 18830399010010000180 **пожертвование**

**Учредительный документ:** Устав

**Электронная почта:** [Lechexp@mvdrt.ru](mailto:Lechexp@mvdrt.ru)

**Начальник:** Потапова Марина Вадимовна

**Главный бухгалтер:** Закирова Эльмира Равилевна

Альтернативный расчетный счет для спонсорского финансирования конференции представляет ООО «Отель-Клиника»

Контактное лицо – Генеральный директор Наиль Багаувич Амиров

**Контактный телефон: +7 9053 130 111 моб.**

Реквизиты:

**Общество с ограниченной ответственностью  
ООО «Отель-Клиника»**

Фактический адрес:

420015 РТ г. Казань, ул. Горького, д.3.

Директор – Амиров Наиль Багаувич

ИНН 1657063658, КПП 165701001

Р/счет 40702810200000009476

в АКБ «ЭНЕРГОБАНК» БИК 049205770

К/счет 30101810300000000770

Главный бухгалтер Ирина Алексеевна

**Тел.: (843) 238-71-26 раб.**

**моб. тел.: +7 9053 174 516**

#### **ПРАВИЛА ОФОРМЛЕНИЯ СТАТЕЙ И ТЕЗИСОВ ДЛЯ АВТОРОВ**

**в журнал и приложения «ВЕСТНИК  
СОВРЕМЕННОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЫ»**

1. Статья, набранная в текстовом редакторе Word, шрифт Times New Roman, 12, междустрочный интервал 1,5, форматирование по ширине, без переносов, в таблицах междустрочный интервал 1,0 должна быть напечатана на одной стороне листа формата А4. Поля: сверху 25 мм, снизу 20 мм, слева 30 мм, справа 15 мм. Стиль статей должен быть ясным и лаконичным.

2. В начале первой страницы статьи указывают (через пробел между ними):
  - 1) ©, инициалы и фамилии всех авторов через запятую, год (например: © Н.Б. Амиров, А.А. Визель, С.Р. Абдулхаков, З.М. Галеева, 2010)
  - 2) код по УДК;
  - 3) **НАЗВАНИЕ СТАТЬИ (ЗАГЛАВНЫМИ БУКВАМИ)** на русском и английском языках;
  - 4) **имя, отчество и фамилию(и) автора(ов) полностью, после каждой фамилии указать ученую степень, ученое звание, занимаемую должность, полное название кафедры (подразделения), учреждения города, где работает(ют) автор(ы), контактный телефон или e-mail на русском языке и их перевод на английский язык;**
  - 5) **реферат на русском языке (не более 850 знаков) и перевод реферата на английский язык;**
  - 6) **ключевые слова, отражающие смысловую часть статьи (не более 6), на русском языке и их перевод на английский язык.**
  - 7) **Принимаются к опубликованию статьи на английском языке, при этом должны быть выполнены все требования для русскоязычных статей, но с обратным переводом соответственно.**
3. Статья должна сопровождаться официальным направлением от учреждения, в котором выполнена работа, иметь визу научного руководителя, направление должно быть скреплено печатью учреждения, направляющего работу в редакцию журнала. Если работа представляется от нескольких учреждений, необходимо сопроводительное письмо, подтверждающее направление статьи для публикации в журнале, от каждого из них (необязательно, если нет конфликта интересов между учреждениями). В направлении можно указать, является ли статья диссертационной.
4. В конце статьи должны быть подписи всех авторов с указанием ученой степени и звания, полностью указаны фамилия, имя, отчество, место работы и должности всех авторов, контактный адрес, номер телефона и адрес электронной почты одного из авторов.
5. Высылать статью в печатном виде в 2-х экземплярах (статьи направляются на рецензирование) и одновременно представлять статью в электронном виде на магнитном носителе (CD-R, CD-RW, флэш). **Файл называется по фамилии первого автора.** Если у первого автора несколько статей, то им присваиваются номера после фамилии, например: Амиров Н.Б.-1, Амиров Н.Б.-2 и т.д. Приветствуется направление фото первого автора в формате jpg.
6. Рубрификация журнала: Передовая статья. Оригинальные статьи (клинико-теоретические публикации). Обзоры. Лекции. Краткие

сообщения. Рецензии. Дискуссии. Съезды, конференции, симпозиумы, общества. Из практического опыта. Юбилейные и исторические даты, история медицины. Экспериментальные исследования – клинической медицине. Клинические наблюдения и др.

Объем статей в рубрику «Оригинальные исследования» не должен превышать 15 страниц, число рисунков – не более 5-6. **Таблицы** должны быть построены наглядно, иметь название над таблицей, их заголовки должны точно соответствовать содержанию граф (междустрочный интервал в таблицах – 1). **Рисунки** должны иметь номер и название под рисунком. Текст: все части статьи (таблицы, рисунки и т.п.) должны быть приведены полностью в соответствующем месте статьи. Все цифры, итоги, проценты в таблицах должны быть тщательно выверены автором и должны соответствовать цифрам в тексте. В тексте необходимо указать ссылки на таблицы и рисунки и их порядковые номера. Статья должна быть тщательно отредактирована и выверена автором.

Содержание статьи:

- **введение**, обосновывающее постановку задач исследования;
- **материалы и методы** исследования;
- **результаты** исследования;
- **обсуждение**;
- **заключение** (выводы);
- перечень цитируемой литературы.

Рисунки и таблицы входят в общий объем статьи.

7. **Название** статьи должно отражать основное содержание работы и **обязательно** должно быть представлено на **русском и английском языках**. **Реферат** (должен содержать не более 850 знаков) и **ключевые слова** (не более 6 слов) **должны быть** представлены на **русском и английском языках** (ключевые слова должны стоять после реферата).
8. В рубрику «Из практического опыта» принимаются статьи, освещающие оригинальный опыт авторов в медицинской практике. Объем статьи – не более 6 страниц машинописного текста.
9. Объем **обзорно-теоретических статей** и статей в рубрику «**Клинические лекции**» заранее согласовываются с редакцией журнала.
10. Библиографические ссылки в тексте статьи надо давать в квадратных скобках с указанием номера согласно списку литературы: *Пример: ...согласно данным [11]...*

В конце статьи приводится список литературы в соответствии с ГОСТом 7.1- 2003 «Библиографическое описание документа» (для обзоров – не более 50, для оригинальных статей – не более 20 источников), в котором цитируемые авторы перечисляются в алфавитном порядке (сначала на русском, затем на иностранных языках). После фамилии автора (ов) указываются названия работ, место издания, издательство, год издания, номер тома и выпуск, страницы (от – до).

*Примечание. Допускается порядок списка литературы по мере цитирования.*

11. **Краткие сообщения** предоставляются объемом не более 1-2 страниц машинописного текста через 1 интервал без иллюстраций, таблиц и списка литературы, структурированные как тезисы: **Название – ЗАГЛАВНЫМИ БУКВАМИ. С новой строки – Фамилии И.О. автора(ов). С новой строки – Учреждение, Город, Страна. С новой строки через интервал – Цель исследования, материалы и методы, результаты и их обсуждение, выводы (заключение).**
12. Сокращения слов, имен, названий (кроме общепринятых сокращений физических мер, химических и математических величин и терминов) не допускаются. Единицы измерений должны быть приведены в системе СИ.
13. Редакция оставляет за собой право сокращать и редактировать присланные статьи (по согласованию с авторами). Не допускается направление в редакцию работ, напечатанных в других изданиях или направленных для печати в другие издания.
14. **При формировании материалов конференций и съездов в Приложение к Журналу принимаются тезисы.** Правила оформления тезисов такие же, как для коротких сообщений.
15. **Уважаемые коллеги!** В связи с тем, что **статьи и сведения в статьях**, публикуемых в научно-практическом журнале «Вестник современной клинической медицины», **будут помещаться** в ведущих российских и мировых библиографических и реферативных изданиях, **в электронных информационных системах**, включая распространение произведений посредством размещения их электронных копий в базе данных Научная Электронная Библиотека (НЭБ), представленной в виде научного информационного ресурса сети Интернет [www.elibrary.ru](http://www.elibrary.ru); а также включаться в одну из трех систем цитирования Web of Science: Science Citation Index Expanded (база по естественным наукам), Social Sciences Citation Index (база по социальным наукам), Arts and Humanities Citation Index (база по искусству и гуманитарным наукам), авторы оригинальных статей предоставляют на безвозмездной основе редакции журнала права на использование электронных версий произведений и должны соблюдать международные правила построения публикаций и резюме к ним. В структуру статей входят разделы: **Введение** (с указанием в конце его целей исследования). **Материалы и методы. Результаты. Обсуждение. Выводы.**
16. **Статьи, оформленные не в соответствии с указанными правилами, возвращаются авторам без рассмотрения.**
17. **С аспирантов за публикацию рукописей плата не взимается.**
18. **Правила оформления статей** могут совершенствоваться в соответствии с требованиями ВАК – следите за изменениями на сайтах: [www.kgmu.kcn.ru](http://www.kgmu.kcn.ru) и [www.hospitalmvdrt.ru](http://www.hospitalmvdrt.ru)

, а также в последнем вышедшем номере журнала.

**Статьи в печатном виде в 2-х экземплярах и на электронных носителях направлять по адресу: 420059, Казань ул. Оренбургский тракт, 132, в редколлегию журнала и по e-mail: edition\_bccm@mail.ru, namirov@mail.ru, sayarabdul@yandex.ru, zarina26@bk.ru**

По возникающим вопросам обращаться в редколлегию журнала: Амиров Наиль Багаевич (главный редактор), Визель Александр Андреевич (заместитель главного редактора), Абдулхаков Сайяр Рустемович (ответственный секретарь редколлегии), Галеева Зарина Мунировна (ученый секретарь редколлегии).

Телефон редакции: +7 (843) 291-26-76, факс +7 (843) 277-88-84

#### THE RULES FOR ARTICLE REGISTRATION FOR AUTHORS

1. The article should be edited in Word, Times New Roman, letter size of 12, interval of 1,5, in width formatting, non carrying, interval in tables of 1 only on one side of the sheet. Printing fields should be 25 mm from top, 20 mm from the bottom, 30 mm from left, 15 mm from right. Non numbered pagers. Article style should be laconic and clear.
2. Please, register on the first page of article the followings: (through the blank):
  - 1) © initials and surname of all authors, year (for example, ©N.B.Amirov, A.A.Vizel, S.R.Abdulkhakov, Z.M.Galeeva, 2009)
  - 2) Code of the UDC;
  - 3) TITLE OF ARTIKLE (IN CAPITAL LETTERS) in Russian and English;
  - 4) Names of authors (full); scientific degrees, position, full name of the department, institution, contact phone number and e-mail address (in Russian and English);
  - 5) Abstracts of the article in Russian (not more than 850 symbols) and English;
  - 6) Key words in Russian (not more than 6) in Russian and English;
  - 7) Article written in English are accepted for publishing (according to the same rules with the abstract and key words translated into Russian).
3. The article should be referred by official letter from Institution where the basic material for article was performed with stamp and signed by research director. If article referred from the few foundations letters of recommendation should be applied from each foundation. Please, mention if article reflects materials from thesis.
4. Each author of the article should sign in the end of the article and mention his full name, position and scientific degree in foundation, corresponding address with telephone number and e-mail address of one of the authors.
5. 2 copies of the article should be mailed to the Editorial Committee with electronic copy (floppy 3,5" 1,44 MB, CD-R, CD-RW). This copy should be

named by first author. If the first author sends a few articles they will be consecutively numbered, for example: Amirov N.B.-1, Amirov N.B.-2, and so on. The direction of a photo of the first author in jpg format is welcomed.

6. Rubrication of articles collection: 1. Leading article. 2. Original articles (clinical and theoretical papers). 3. Surveys. 4. Lectons. 5. Brief information. 6. Reviews. 7. Discussions. 8. Conventions, symposiums, conferences, Meetings, Societies. 9. Jubilee dates, History of Medicine. 10. Clinical trials.

Volume of paper referring to "Original investigations" should not exceed 15 pages and numbers of pictures 5-6, tables must be set presentable, clearly titled, according to the text (with interval of 1). All parts of the text should be brought on it's own place. All figures and results, in tables must be thoroughly checked by authors and meet figures in text. All tables should be placed in the right order.

Article content:

- Introduction with aim and tasks of the investigation;
- Materials and methods;
- Results;
- Discussion;
- Conclusion (s);
- Refereeing Literature.

Pictures and tables are included in article volume.

7. The title of the article must reflect the content of the article and written in Russian and English. Abstract should not exceed ½ page (not more than 200 words) including Title and Key words, reflecting the main contents of investigation in Russian and English. Key words follows the Abstract.
8. In rubrication "From Practical experience" papers reflecting authors original experience in medical practice are accepted in volume of not more than 6 pages.
9. Short reviews should not exceed 1-2 pages without pictures, interval of 1, tables and literature made and abstracts. **TITLE.**

(new line) **Names of the athor(s).**

(new line) **Institution, city, country.**

(new line) **Aim of the study, materials and methods, results and discussion, conclusion.**

10. Volume of the articles of "theoretical review" and "Clinical lectons" suppose to be discussed with Editorial Committee beforehand.
11. Bibliographic references in text should be given in numbers in square brackets according to the list of the literature. *Example: according to the data [11]*

Literature list should be given in the end of the article (for Reviews not more than 50 sources, for Original papers not more than 20). Cited authors should be followed by alphabetical order (first in Russian, then in foreign languages (English). After authors names the title of the article, place of edition, editorial year, source volumes, numbers and pagers should be given. (in accordance with ГОСТ 7.1- 84 «Bibliographic description of documents»).

Note: List of the literature according to citation could be allowed.

12. Words, names and titles abbreviation (except terms, rates and values widely used in physics, chemistry,

mathematic) not allowed. Measuring units ought to be in the C-system.

13. Editorial Committee keeps rights to reduce and edit articles (in coordination with authors). Articles already published or directed in (to) other Editions are not accepted.
14. Abstracts of the conferences and congresses are accepted to the Supplement of the Journal. Rules for the abstracts are the same as for the Brief Information.
15. Dear colleagues! Contents of published articles in ICDC collection will be located in worldwide known bibliographic editions and electronic information systems, that's why authors should keep international rules for registration of articles and abstracts. Papers should always consist of Introduction, Materials and Methods, Results, Discussion, Conclusion.
16. Abstracts in Russian and English should not exceed 200 words and consist of Title, authors names, Name of Foundation and Key words (in Russian and English, not more than 6).
17. Articles made out of required rules wouldn't be considered and returned back to authors.
18. Publication for post-graduate students is free.

Articles in electronic carrier should be directed to the following address: 420059, Kazan, Orenburgskiy tract, 132, e-mail: lechexp@mvdrt.ru, namirov@mail.ru, sayarabdul@yandex.ru, zarina26@bk.ru. Phone +7 (843) 2912676, fax +7 (843) 2778884.

www.kgmu.kcn.ru , www.hospitalmvdrt.ru

### Порядок рецензирования рукописей направляемых на публикацию в научно-практическом журнале

#### «Вестник современной клинической медицины»

1. Принимаются только рецензии от доктора наук – специалиста той области науки, которой посвящена статья, и не являющегося руководителем или консультантом диссертационного исследования автора статьи. Подпись доктора наук должна быть заверена гербовой печатью организации, в которой работает рецензент. К статье могут прилагаться рецензии нескольких докторов наук.

2. Все статьи оцениваются рецензентами по следующим параметрам:

- оригинальность статьи,
- значимость статьи,
- качество статьи,
- способ представления материала,
- адекватность цитируемых источников,
- степень соответствия рубрикам журнала.

**Примерная структура рецензии на статью**

В редакцию журнала «Вестник современной клинической медицины»

«\_\_» \_\_\_\_\_ 201\_\_ г.

**РЕЦЕНЗИЯ**

на статью: <авторы, название>

Статья посвящена решению актуальной задачи <...>

В ней рассматривается <...>; предлагается <...>

По статье можно сделать следующие замечания <...>

Статья содержит новые результаты, представляет интерес для специалистов в области <...> и может быть рекомендована к публикации в научном журнале "Вестник современной клинической медицины".

В случае отрицательного мнения рецензента о возможности публикации необходимо обоснование или рекомендации по доработке рукописи.

Должность, ученая степень, ученое звание

Подпись

Расшифровка подписи

Дата

О себе (рецензент) сообщаю:

Фамилия \_\_\_\_\_

Имя,

Отчество \_\_\_\_\_

Организация \_\_\_\_\_

Ученая степень \_\_\_\_\_

Звание, должность \_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_

служ.тел. (с кодом города) \_\_\_\_\_

Факс (с кодом города) \_\_\_\_\_ моб. тел.

или дом. тел. \_\_\_\_\_

Почтовый адрес (с индексом) \_\_\_\_\_

Личная подпись рецензента: \_\_\_\_\_

**Уважаемые коллеги!**

Направляя рецензию на статью для научного журнала «Вестник современной клинической медицины», Вы тем самым удостоверяете, что данная статья содержит новые интересные результаты и заслуживает публикации.

Редакция журнала благодарит вас за сотрудничество.