

рые не давали рецидив в течение 5 лет, в 2012 г. – 30%, в 2013 – 10%, в 2014 – 13%, в 2015 – 10%).

**Вывод.** Наблюдается рост заболеваемости язвенным колитом, характеризующимся преимущественно манифестным непрерывно рецидивирующим и трудно прогнозируемым течением заболевания, что требует применения новых современных патогенетических таргетных методов лечения для улучшения качества жизни пациентов данной патологией.

### 3

#### 45. Заболевания пищеварительной системы ветеранов спорта

Задорожная Н.А.

НГУ физической культуры, спорта и здоровья  
им. П.Ф. Лесгафта, Санкт-Петербург, Россия,  
e-mail: zadorozhnaya\_10@mail.ru

**Цель исследования:** оценить особенности течения заболеваний пищеварительной системы у ветеранов спорта; изучить эффективность терапевтического воздействия немедикаментозных факторов на функционально-морфологическое состояние желудочно-кишечного тракта в зависимости от выявляемой патологии пищеварительной системы.

**Материалы и методы.** Под наблюдением находились 50 пациентов с кислотозависимыми заболеваниями желудочно-кишечного тракта в возрасте от 60 до 75 лет (основная группа).

Лечебный комплекс: МИЛ-терапия от аппарата «Милта» на БАТ с длиной волны 890 нм, диапазоном излучения 800-900 нм, мощностью импульсов 4-7 Вт с частотой 5 Гц, продолжительность процедуры 15 мин, 10-12 процедур в сочетании с приемом фитосбора по 50 мл 3 раза в день за 30 мин до еды в течение 24 дней. Состав фитосбора: кипрей, зверобой продырявленный, чага, спорыш, мята перечная в соотношении 3:3:2:2:2. Контрольная группа: 25 пациентов с аналогичной патологией, получавших магнитно-лазерную терапию, но без приема фитосбора.

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

**Заключение.** Эффективность лечения в основной и контрольной группе составила 97,5% и 60,3%. При этом в основной группе не наблюдалось развития патологической реакции, которая бы ограничивала применение физиофакторов в лечении ветеранов спорта.

#### 46. Применении акупунктуры при лечении пациентов с синдромом раздраженного кишечника

Заневский В.П., Рустамов М.Н.

Белорусский ГМУ, Минск, Республика Беларусь

**Цель:** оценить эффективность акупунктурного лечения у пациентов с синдромом раздраженного кишечника (СРК).

**Материал и методы.** Под наблюдением находились 24 пациента с СРК, проходивших лечение в отделении неврозов по поводу психоэмоциональных расстройств. СРК у этих пациентов был выявлен как сопутствующее заболевание. Основными жалобами пациентов были жалобы на боли в животе, уменьшающиеся после опорожнения кишечника, нарушения частоты и консистенции стула, вздутие и урчание в животе, неустойчивое настроение. Все больные получали медикаментозное и вербальное лечение психических расстройств и акупунктурное лечение с целью устранения симптомов СРК. Были использованы следующие

точки акупунктуры: LI, ST, PC, HT, SP, BL с включением микросистем. Нормализации психического статуса пациентов достигали путем укальвания точек канала HT, PC и головы, а также соответствующих точек уха. Точки головы и аурикулярные точки включали в программу со 2-й процедуры. Воздействие на местные точки живота оказывало также и психологический эффект. Существенное нормализующее влияние на функциональные расстройства кишечника оказывало раздражение точек ШУ канала мочевого пузыря, воротниковой зоны.

**Результаты.** В результате проведенного лечения полное купирование болевого синдрома произошло у 22 (91,6%) пациентов. Частота и консистенция стула нормализовалась у 16 (66,6%) пациентов, страдающих запорами, и улучшилась у 8 (33,3%). Вздутие и урчание в животе исчезли у 18 (75%) пациентов. У всех пациентов отмечали заметное улучшение или нормализацию психоэмоционального статуса.

**Заключение.** Таким образом, акупунктура является эффективным методом медицинской реабилитации пациентов с СРК. Акупунктура может быть достойной альтернативой фармакотерапии и психотерапии при лечении пациентов с СРК. Акупунктура обладает анальгетическим, спазмолитическим, седативным, антидепрессивным и нормализующим моторно-эвакуаторную функцию кишечника эффектами. Акупунктура может быть особенно полезна при лечении пациентов с СРК с поливалентной аллергией к лекарственным препаратам.

#### 47. Исследование паттерна спонтанной сократительной активности изолированной толстой кишки при действии пробиотических и индигенных энтерококков

Захарова Л.Б.<sup>1</sup>, Парийская Е.Н.<sup>1</sup>, Лавренова Н.С.<sup>1</sup>,  
Ермоленко Е.И.<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>СПбГУ, <sup>2</sup>ИЭМ, Санкт-Петербург, Россия,  
e-mail: zakharova.l@inbox.ru

**Цель:** исследовать изменения паттерна спонтанной сократительной активности изолированной толстой кишки после коррекции антибиотик-ассоциированного дисбиоза (ААД) у крыс пробиотическими и индигенными энтерококками.

**Материалы и методы.** После индукции ААД ампициллином и метронидазолом крыс самцов (линия Вистар) разделили на 3 группы (П, А, К1) и в течение 4 дней им вводили: П – суспензию пробиотического штамма *Enterococcus faecium* L3; А – индигенные (аутопробиотические) штаммы *E. faecium*; К1 – фосфатный буфер (ФБ). У крыс контрольной группы К2 дисбиоз не вызывался, на протяжении эксперимента им вводилась дистиллированная вода, а затем ФБ. Запись сократительной активности фрагментов изолированной толстой кишки проводилась на физиологической установке Ugo Basile (Италия) с помощью датчиков системы «Biopac Systems Inc.». Анализировались: паттерн, сила (амплитуда) и частота сокращений (ЧС).

**Результаты.** Паттерн сократительной активности стенки толстой кишки у крыс группы К2: через каждые 2-3 низкоамплитудных сокращений (300-500 мг) регистрировалось одно высокоамплитудное – (1415,0±30,5) мг длительностью 14-15 с, ЧС 3-4 сокр./мин. В группе К1 высокоамплитудные сокращения исчезли, амплитуда сокращений выровнялась и составляла (212,0±4,0) мг, ЧС оставалась без изменений. При коррекции дисбиоза в группе П: после 3-4 низкоамплитудных (30-50 мг) регистрировалось одно высокоамплитудное (1164±120) мг, ЧС 4,5 сокр./мин. В группе А: после 2-3 низкоамплитудных (50-80 мг) регистрировалось одно высокоамплитудное (250-300 мг), ЧС 4,4 сокр./мин.

**Выводы.** Применение пробиотических и индигенных энтерококков восстанавливает паттерн сокращений гладкомышечного комплекса стенки толстой кишки.

Работа поддержана грантом РФ №16-15-10085.