



Российская гастроэнтерологическая ассоциация

Российское общество по изучению печени
Научное сообщество по изучению микробиома человека



Российский журнал Гастроэнтерологии, Гепатологии, Колопроктологии

Russian Journal of Gastroenterology,
Hepatology, Coloproctology

Приложение № 64
Материалы Тридцатого Юбилейного Российского
Гастроэнтерологического Конгресса
29 сентября – 1 октября 2024 г., Москва

№ 5

34
Том

2024



Тридцатый Юбилейный Российский гастроэнтерологический конгресс

Президент

В. Т. Ивашкин

Научный комитет

О.П. Алексеева
С.А. Алексеенко
А.Ю. Барановский
А.В. Борсуков
С.А. Булгаков
Э.А. Годжелло
Т.А. Демура
Н.Н. Дехнич
О.В. Зайратьянц
О.Ю. Зольникова
К.В. Ивашкин
С.В. Кашин
И.Л. Кляритская
Е.А. Коган
А.В. Кононов
М.П. Королёв
Н.В. Корочанская
Г.Ф. Коротько
Л.Н. Костюченко

М.В. Кручинина
Р.О. Куваев
Ю.П. Кувшинов
Т.Л. Лапина
М.А. Ливзан
И.Д. Лоранская
В.М. Луфт
И.В. Маев
М.В. Маевская
С.Н. Маммаев
О.Н. Минушкин
Г.К. Мироджов
Ю.Г. Мухина
М.А. Осадчук
М.Ф. Осипенко
А.В. Охлобыстин
П.В. Павлов
А.И. Пальцев
С.С. Пирогов

Р.Г. Сайфутдинов
В.И. Симаненков
Ю.Г. Старков
Г.Н. Тарасова
А.С. Тертычный
А.В. Ткачёв
А.С. Трухманов
Ю.П. Успенский
Е.Д. Фёдоров
И.Б. Хлынов
О.В. Хлынова
П.В. Царьков
В.В. Цуканов
А.В. Шапошников
А.А. Шептулин
А.Л. Шестаков
О.С. Шифрин
Ю.О. Шульпекова
П.В. Шумилов

Секретариат

М.В. Егорова
С.Г. Елинский
М.А. Захарова
И.С. Курбацкий
С.М. Курбацкий
А.С. Остроумов

29 сентября – 1 октября 2024 года

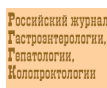
Спонсоры



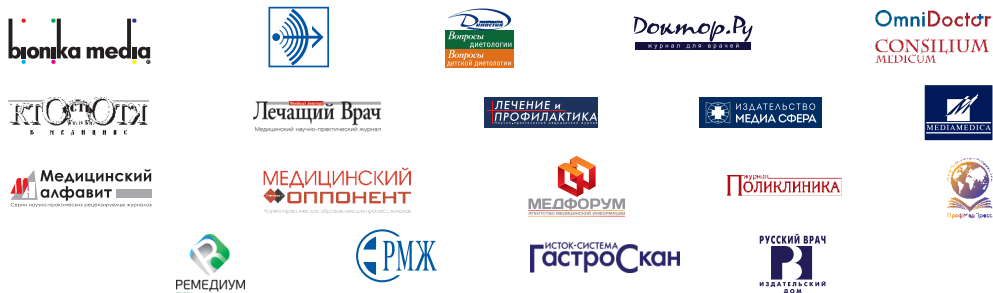
Партнеры



Информационная поддержка



<https://week.gastro.ru/>



РУБРИКИ

ПИЩЕВОД	1–12
ЖЕЛУДОК И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНАЯ КИШКА. <i>HELICOBACTER PYLORI</i>	13–50
ТОНКАЯ КИШКА	51–58
ТОЛСТАЯ КИШКА	59–90
ПОДЖЕЛУДОЧНАЯ ЖЕЛЕЗА	91–102
ПЕЧЕНЬ	103–154
ЖЕЛЧНЫЙ ПУЗЫРЬ И ЖЕЛЧЕВЫВОДЯЩИЕ ПУТИ	155–170
ПЕДИАТРИЧЕСКАЯ ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЯ	171–176
ИММУНОЛОГИЯ, МИКРОБИОЛОГИЯ, ИНФЕКЦИИ. РОЛЬ БАКТЕРИЙ В ОРГАНИЗМЕ ЗДОРОВОГО И БОЛЬНОГО ЧЕЛОВЕКА	177
ФИЗИОЛОГИЯ И ПАТОФИЗИОЛОГИЯ	178–179
ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНАЯ ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЯ	180–187
ПИТАНИЕ	188–194
КЛЕТОЧНАЯ/МОЛЕКУЛЯРНАЯ БИОЛОГИЯ/ПАТОЛОГИЯ	195
ЭНДОСКОПИЯ	196–200
ЛУЧЕВЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ	201–220
ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА. МОТОРИКА	221
НОВЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ	222–226
ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ	227
КРОВОТЕЧЕНИЯ	228–230
ОПУХОЛИ	231–234
ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ. ПРОЧЕЕ	235–241

Пищевод

1

ЛЕЧЕНИЕ АХАЛАЗИИ КАРДИИ

Абдыева Г.Х., Лягифова Л.В., Эйвазова К.М.

Азербайджанский медицинский университет, Баку, Азербайджан

Цель: использование ботулинического токсина и баллонной дилатации кардии для улучшения результатов лечения ахалазии.

Материалы и методы. За период с 2020 по 2024 гг. в отделении хирургических болезней III АМУ под нашим наблюдением находились 22 больных в возрасте от 27 до 78 лет. Из них мужчин было 16 (72,7%), а женщин – 6 (27,3%). Всем 22 больным было проведено контрастное рентгенологическое исследование, эзофагогастроуденоскопия, эзофагоманометрия. У 3 (13,64%) больных диагностирована I стадия заболевания, у 8 (36,36%) больных – II стадия, у 9 (40,91%) больных – III стадия, а у 2 (9,09%) пациентов – IV стадия. Больным, независимо от стадии заболевания, применялась баллонная дилатация кардии и интрамуральное введение ботулинического токсина. Оба лечения были направлены на снижение тонуса нижнего пищеводного сфинктера. При проведении баллонной дилатации кардии использовали баллонные дилататоры диаметром 30–40 мм, длиной 8–16 см. Давление в баллоне повышали при каждой последующей манипуляции (давление в баллоне составляло от 1 до 3 атм). При интрамуральном введении ботулинического токсина мы использовали препарат «Аллерган» в дозировке 100 ЕД, которые вводили по 25 ЕД при помощи эндоскопического инжектора в 4 точки мышечного слоя нижнего пищеводного сфинктера.

Результаты. Баллонная дилатация выполнена 12 (54,54%) больным. Наблюдение за больными составляло от 6 месяцев до 4 лет. Хороший результат лечения мы получили у 7 (58,3%) больных, удовлетворительный – у 5 (41,7%), неудовлетворительных результатов не наблюдалось. Клинический эффект оценивали в виде уменьшения дисфагии, уменьшения болей за грудиной и прибавления веса. Введение ботулинического токсина мы применили у 10 (45,45%) больных. Дисфагия у 6 (60%) больных не наблюдалась примерно полтора года. У 4 (40%) больных повторный курс потребовался через год.

Заключение. Применение баллонной дилатации и ботулинического токсина позволили достичь хороших и удовлетворительных результатов у больных. Способ эндоскопической эзофагомиотомии является высокоэффективным методом лечения у больных с II–III, а также у некоторых больных с IV стадией заболевания.

3

МАНОМЕТРИЯ ВЫСОКОГО РАЗРЕШЕНИЯ В ДИАГНОСТИКЕ И ВЫБОРЕ МЕТОДА ЛЕЧЕНИЯ АХАЛАЗИИ ПИЩЕВОДА

Капралов Н.В.¹, Рок А.Р.², Шоломицкая-Гулевич И.А.¹, Курченко В.И.¹¹ Белорусский государственный медицинский университет,² Минский научно-практический центр хирургии, трансплантологии и гематологии, Минск, Беларусь

Цель: оценить эффективность манометрии высокого разрешения (МВР) в диагностике и выборе метода лечения ахалазии пищевода.

Материал и методы. Методом МВР ахалазия пищевода была диагностирована у 58 пациентов без хирургического лечения. Среди больных было 36 (62,1%) мужчин и 22 (37,9%) женщины. Манометрия пищевода проводилась модульной системой ManoScan TM, состоящей из 36 твердотельных датчиковых катетеров, обеспечивающих 432 точки измерения. Манометрические результаты систематизировались согласно Чикагской классификации нарушений моторной функции и сопоставлялись с данными эндоскопии (ЭГДС) и рентгеноскопии пищевода с пассажем бария (R-скопия).

Результаты. По результатам МВР ахалазия пищевода I типа была диагностирована у 10 (17,2%) пациентов, II типа – у 47 (81%), а III типа – у 1 (1,7%) больного. По результатам ЭГДС признаки ахалазии пищевода были выявлены лишь у 20 (34,5%, $p < 0,05$) пациентов, а по данным R-скопии – у 51 (87,9%) больного из этой группы.

Пациентам с ахалазией I типа в 6 (60%) случаях была выполнена эффективная лапароскопическая кардиомиотомия, а в 4 (40%) – пневмокардиодилатация. У 2 (33,3%) из них клинические симптомы возобновились в течение 2 месяцев, у одного – через месяц. Пневмокардиодилатация проведена 40 (85,1%) пациентам в группе с ахалазией II типа. Лишь у 1 (2,1%) пациента из этой группы клинические симптомы возобновились через 3 месяца с последующим повторным лечением. Эффективная лапароскопическая кардиомиотомия была выполнена 7 (14,9%) больным из этой группы, рецидивов не отмечено. Повторная МВР проведена 10 пациентам, показавшая значительное снижение давления расслабления нижнего пищеводного сфинктера, а в некоторых случаях улучшение показателей перистальтики в теле пищевода.

Заключение. Эзофагоманометрия высокого разрешения является «золотым стандартом» в диагностике и выборе метода лечения ахалазии пищевода. По результатам исследования получен положительный ответ на лечение в виде пневмокардиодилатации, прежде всего, у пациентов с ахалазией II типа. В этой же группе положительный эффект отмечен и при кардиомиотомии. Наиболее эффективным методом лечения ахалазии I типа является кардиомиотомия.

2

ВЛИЯНИЕ СИНДРОМА ОБСТРУКТИВНОГО АПНОЭ СНА НА ПОКАЗАТЕЛИ СУТОЧНОЙ pH-ИМПЕДАНСОМЕТРИИ У ПАЦИЕНТОВ С ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНЬЮ

Дамбаева Б.Б., Онучина Е.В.

ИГМАПО – филиал РМАНПО, Иркутск, Россия

Цель: изучить показатели суточной pH-импедансометрии (pH-ИМ) пищевода при коморбидности гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (ГЭРБ) и синдрома обструктивного апноэ сна (СОАС) в сравнение с монопатологией ГЭРБ.

Материалы и методы. На основании жалоб, результатов суточной pH-ИМ и ЭГДС, согласно клиническим рекомендациями РГА (2020) и критериям Lyon Consensus 2.0 (2024), отобрано 32 последовательных пациента, находившихся на стационарном лечении в терапевтическом отделении ЧУЗ «КБ «РЖД-Медицина» г. Иркутск», с верифицированным диагнозом ГЭРБ. По результатам кардио-респираторного мониторинга (КРС), согласно критериям РОС (2018) были выделены 2 группы: монопатология ГЭРБ ($n = 15$) и ГЭРБ в сочетании с СОАС ($n = 17$). Расчет статистически значимых различий в 2 группах произвели по U критерию Манна – Уитни. Пороговый уровень значимости приняли равным $p < 0,05$.

Результаты. В группе коморбидности ГЭРБ и СОАС по сравнению с группой монопатологии ГЭРБ были выше общее количество рефлюксов (99,5 (68–114,5) vs 61 (47–71) соответственно, $p = 0,01$); количество рефлюксов, достигающих 18 см, над НПС (32 (22–63) vs 21,5 (10–30) соответственно, $p = 0,02$) и количество кислых жидких рефлюксов на 5 см над НПС (33,6 (17–53,5) vs 17 (9–22) соответственно, $p = 0,01$); количество кислых на 18 см над НПС (12 (2–55) vs 2,5 (0–6) соответственно, $p = 0,05$). В группе коморбидности ГЭРБ и СОАС были ниже СНБИ Z1 (1,04 (0,87–2,8) vs 3,2 (5–6) соответственно, $p = 0,01$) и СНБИ Z7 (3,25 (2,8–4,6) vs 5 (3,4–5,7) соответственно, $p = 0,05$) по сравнению с монопатологией ГЭРБ.

Выводы. Показатели суточной pH-импедансометрии коморбидной группы ГЭРБ и СОАС в сравнение с группой монопатологии ГЭРБ характеризуются более выраженными низкими и высокими забросами кислого жидкого рефлюктата, задержкой химического клиренса и снижением уровня СНБИ, отражающим более выраженное повреждение слизистой в верхней трети пищевода.

4

ВЗАИМОСВЯЗЬ МЕЖДУ ДАВЛЕНИЕМ ПОКОЯ НИЖНЕГО ПИЩЕВОДНОГО СФИНКТЕРА И КОЛИЧЕСТВОМ ЛАРИНГОФАРЕНГЕАЛЬНЫХ РЕФЛЮКСОВ ПО ДАННЫМ МАНОМЕТРИИ ПИЩЕВОДА ВЫСОКОГО РАЗРЕШЕНИЯ И pH-ИМПЕДАНСОМЕТРИИ

Параскевова А.В., Сторонова О.А., Труханов А.С., Ивашкин В.Т.

Сеченовский университет, Клиника пропедевтики внутренних болезней, гастроэнтерологии и гепатологии им. В.Х. Василенко, Москва, Россия

Важное значение в патогенезе гастроэзофагеальной рефлюксной болезни имеет несостоятельность антирефлюксного барьера и патологический гастроэзофагеальный рефлюкс (ГЭР). Выделяют пищеводные и внепищеводные проявления рефлюкс-эзофагита. Сложность диагностики внепищеводных симптомов связана с возможным отсутствием у пациентов с проблемами со стороны гортаноглотки типичных жалоб на изжогу и регургитацию. Наиболее частым внепищеводным проявлением рефлюкс-эзофагита является ларингофарингеальный рефлюкс (ЛФР).

Цель работы: изучить взаимосвязь между давлением покоя НПС и количеством ЛФР.

Материалы и методы. 30 пациентов (9 мужчин), медиана возраста – 49 [26;69] лет, ИМТ – 25 [21;30] кг/м², с жалобами на жжение в горле. Жалоб на изжогу у пациентов не было. По данным суточной pH-импедансометрии (датчики pH 5 см выше НПС, 1 см выше ВПС, 7 Z-каналов-проксимальный на 1 см выше ВПС; Гастроскан-ИАМ, НПП «Исток-Система») выявлены ГЭР и ЛФР. По данным манометрии пищевода высокого разрешения (Solar GI MMS, Нидерланды): изучено давление покоя НПС. Статистическая обработка: SPSS Statistics 2017.

Результаты: медиана давления покоя НПС составила 19 [6;38] мм рт.ст., медиана количества ГЭР – 60 [28;159], медиана количества ЛФР – 7 [1;33]. Снижение давления покоя НПС сопровождалось увеличением количества ГЭР, $r = -0,405$, $p = 0,027$. Однако связи между давлением покоя НПС и количеством ЛФР выявлено не было, $p = 0,806$. Между количеством ГЭР и ЛФР корреляционной связи также не было выявлено, $p = 0,093$.

Заключение: снижение давления покоя НПС у пациентов без жалоб на изжогу не сопровождалось увеличением количества ЛФР. Таким образом, при нормальных значениях давления покоя НПС в основе патофизиологии ЛФР может лежать рефлекторный механизм.

5

ЛЕЧЕНИЕ ГЭРБ У БЕРЕМЕННЫХ ВО II–III СЕМЕСТРЕ

Помыткина Т.Е., Барсукова М.А.

Кемеровский медицинский университет, Россия

ГЭРБ является одним из самых распространённых заболеваний в гастроэнтерологии. Для улучшения качества жизни беременных необходимо назначение препаратов не только эффективных, но и отвечающих всем критериям безопасности.

Цель исследования: оценка эффективности ИПП рабелок (рабепразол Cadila Pharmaceuticals Ltd., Индия) и «Гевискон суспензия» в терапии ГЭРБ у беременных во II–III триместре.

Материалы и методы исследования: проводился опрос 86 беременных женщин, находившихся в отделении «патология беременности» в перинатальном центре г. Кемерово, на наличие такого симптома как «изжога» и методах его купирования.

Результаты. Выяснилось, что испытывали изжогу 47 (54,6%) женщин, причем 27 из них боялись приема медикаментозных препаратов и терпели изжогу, запивая водой. Пациентки, принимающие лекарства, были разделены на три группы (гр.) по 10 человек. 1-я гр. принимала препарат «Гевискон суспензия» и эпизодически «Рабелок», 2-я гр. – «Альмагель», 3-я гр. – молоко и раствор соды.

1-я гр. женщин обходилась однократными приемами 1-2 саше «Гевискона суспензия» и иногда 10 мг «Хайрабестола». 87% женщин 1-й гр. отметили высокую скорость наступления эффекта в виде купирования диспепсического синдрома, отсутствие нежелательных побочных реакций. Во 2-й гр. необходимость приема антацидных варьировалась от 3 до 5 раз в сутки, причем наступление улучшения клинической симптоматики было лишь у 48% женщин. Из побочных явлений отмечалась склонность к запорам. Пациентки 3-й гр. принимали молоко и пищевую соду после каждого приема пищи 5-6 раз в день в ночное время. На фоне лечения появилась выраженная отрыжка воздухом.

Выводы. Таким образом, препараты «Гевискон суспензия» и «Рабелок» показали свою эффективность и безопасность в лечении ГЭРБ у женщин во II–III триместре беременности.

7

ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ ИЗЖОГИ И ГИПЕРСЕНСИВНОСТИ К РЕФЛЮКСУ

Пудова А.А., Юрьева Е.Ю.

Сеченовский Университет, Москва, Россия

Цель работы: клиническое наблюдение иллюстрирует важность правильной диагностики функциональных заболеваний пищевода.

Клинический случай. Пациент Г. 37 лет, поступил с жалобами на изжогу, которая возникает без связи с едой, беспокоит 3–4 дня в течение недели, чувство «кома в горле» во время завтрака, проходящее самостоятельно. Семейный анамнез: не отягощен. Из анамнеза заболевания: боль в эпигастральной области, изжога начали беспокоить с 2015 года. По данным ЭГДС: эрозии в луковице 12-перстной кишки, *H. pylori*-положительный. Проводилась эрадикационная терапия, принимал ИПП и антациды-с эффектом. В декабре 2021 года жалобы стали нарастать. По данным ЭГДС: поверхностный антральный гастрит, *H. pylori*-отрицательный. Принимал ИПП, антациды – с эффектом. Настоящее ухудшение состояния началось в январе 2022 года, стала нарастать изжога. По данным ЭГДС: картина в пищеводе более характерна для проявлений гиперсенситивного пищевода. Обратился на консультацию гастроэнтеролога в УКБ №2 им. В.Х. Василенко, госпитализирован для уточнения диагноза и подбора адекватной терапии. В клинике были проведены лабораторно-инструментальные анализы, по результатам которых в БХ, ОАК, ОАМ, анализе кала – все показатели в пределах референсных значений. Суточная рН-импедансометрия пищевода, желудка: зарегистрировано 77 патологических рефлюксов, из них 21 ГЭР достигает уровня 19 см выше края НПС. Связь симптома (изжога) с высокими рефлюксами – положительная. По данным манометрии пищевода: нормальная перистальтика грудного отдела пищевода. Давление НПС и раскрытие НПС в ответ на глоток в норме. Установлен диагноз: Основное заболевание: ГЭРБ: неэрозивная форма. Хронический гастрит, *H. pylori*-негативный после курса эрадикационной терапии в 2015 году.

Выводы. Функциональные заболевания пищевода редко встречаются в клинической практике. Диагноз функциональной изжоги и гиперсенситивности к рефлюксу может быть подтвержден только с помощью 24-часовой рН-импедансометрии. Приверженность пациентов правильному приему ИПП обеспечивает эффективность купирования изжоги.

6

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРЕПАРАТА НОЛЬПАЗА ПРИ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНИ

Помыткина Т.Е., Барсукова М.А.

Кемеровский медицинский университет, Россия

Цель исследования – оценка клинико-эндоскопической эффективности и переносимости ИПП «НОЛЬПАЗА» (пантопрозол фирмы KRKA, Словения) при ГЭРБ.

Материал и методы исследования. В исследовании приняли участие 25 мужчин в возрасте 40–55 лет (средний возраст – $47 \pm 0,02$ года). У всех пациентов была диагностирована ГЭРБ. Препарат «Нольпаза» назначался в дозе 20 мг 2 раза в сутки за 30 минут до еды в течение 21 дня. Выраженность основных симптомов ГЭРБ оценивалась в течение 21 дня по 5-балльной шкале Likert. Исходно, через 14 дней и через 21 день лечения оценивалось самочувствие (визуально-аналоговая шкала (ВАШ): 0 мм – плохое самочувствие, 100 мм – отличное самочувствие и качество жизни больных (опросник SF-36).

Результаты. До лечения всех больных беспокоила изжога, 13 (52%) пациентов – регургитация, 18 (72%) – отрыжка воздухом, 5 (20%) – дисфагия и 4 (16%) – одинофагия. К 14 дню лечения препаратом «Нольпаза» изжога была купирована у всех пациентов, регургитация – у 92,6% и отрыжка воздухом – у 77,6% больных. Средний срок купирования изжоги составил $5,07 \pm 0,93$ дня, регургитации – $4,8 \pm 9,2$ дня, отрыжки воздухом – $7,2 \pm 1,4$ дня. Усредненный профиль шкал качества жизни (SF-36) к 21 дню стал достоверно выше по всем шкалам, за исключением SF (социальное функционирование). К 14 дню лечения оценка самочувствия по ВАШ увеличилась с $28,2 \pm 11,8$ мм до $62,5 \pm 8,3$ мм ($p = 0,002$), а к 21 дню терапии – с $60,9 \pm 8,4$ мм до $83,6 \pm 8,8$ мм ($p = 0,001$). К 21 дню терапии «Нольпазой» у 14 (100%) больных с эрозивной формой заболевания наблюдалась эпителизация эрозий пищевода.

Выводы. Препарат «Нольпаза» эффективен в терапии ГЭРБ.

8

ВЫЯВЛЕНИЕ И КОРРЕКЦИЯ ПРИЧИН НИЗКОЙ ПРИВЕРЖЕННОСТИ К ДИАГНОСТИКЕ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНИ МЕТОДОМ рН-ИМПЕДАНСОМЕТРИИ У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА

Самсонов А.А., Сурова А.Е., Кулиева А.К., Кузнецова Е.И., Лыкова А.А.

Российский университет медицины. ГКГ МВД России, ГБУЗ МКНЦ им. А.С. Логинова, Москва, Россия

Цель работы: оценить степень выраженности тревожно-депрессивного синдрома как причину низкой комплаенса к диагностике гастроэзофагеальной рефлюксной болезни методом рН-импедансометрии у пациентов с сахарным диабетом 2 типа и эффективность медитаций осознанности (mindfulness on the go) для повышения приверженности к диагностике.

Материалы и методы. В исследовании приняли участие 90 пациентов с сахарным диабетом 2 типа (из них 26 женщин и 64 мужчин), находившихся на лечении в гастроэнтерологическом, терапевтическом отделениях ФКУЗ ГКГ МВД и эндокринологическом отделении ГБУЗ МКНЦ им. А.С. Логинова. Средний возраст женщин – $45,5 \pm 6,1$ лет, мужчин – $40,8 \pm 7,6$ лет. Всем пациентам для диагностики ГЭРБ планировалось проведение рН-импедансометрии; 40 пациентов отказались от проведения исследования, в результате чего возникла потребность в поиске причины отказов. Все отказавшиеся пациенты заполнили опросники Цунга и собственный опросник, разработанный на базе кафедры пропедевтики внутренних болезней и гастроэнтерологии Российского университета медицины совместно с клиническим психологом ГКГ МВД России. Данный опросник позволяет одновременно произвести оценку тревожности, когнитивных функций и приверженности к лечению. В дальнейшем данные пациенты были обучены технике медитации осознанности, текст которой был разработан сотрудниками кафедры пропедевтики внутренних болезней и гастроэнтерологии совместно с клиническими психологами. Медитация осознанности проводилась ежедневно по 15 минут в виде прослушивания текста медитации в течение 7 дней подряд. После чего пациенты вновь заполняли опросники. В результате выявилось снижение выраженности тревоги и повышение комплаентности к проведению рН-импедансометрии.

Результаты. На основании полученных данных выявлено, что у пациентов с преобладанием тревоги снижена приверженность к лечению. После выполнения медитации осознанности увеличилось количество пациентов, желающих выполнить необходимые диагностические мероприятия.

Выводы и заключение. Согласно полученным результатам, можно сделать вывод о целесообразности тестирования пациентов на предмет тревожно-депрессивного расстройства и выполнения медитации осознанности для снижения тревоги и повышения комплаенса.

9

МЕХАНИЗМЫ ВОЗНИКНОВЕНИЯ ЛАРИНГОФАРЕНГЕАЛЬНОГО РЕФЛЮКСА ПО ДАННЫМ pH-ИМПЕДАНСОМЕТРИИ И МАНОМЕТРИИ ПИЩЕВОДА ВЫСОКОГО РАЗРЕШЕНИЯ

Сторонова О.А., Параскевова А.В., Трухманов А.С., Ивашкин В.Т.

Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова (Сеченовский университет), Россия

Ларингофаренгеальный рефлюкс (ЛФР) характеризуется ретроградным забросом содержимого желудка в пищевод, затем через верхний пищеводный сфинктер (ВПС) в глотку и гортань. Давление ВПС может быть низким и не выполнять барьерную функцию между пищеводом и глоткой. Рефлекторное раскрытие регистрируется при снижении порога возбудимости механорецепторов и усилении пищеводно-сфинктерного расслабляющего рефлекса (ПСРР) (механизм раскрытия во время отрыжки); при снижении интегральной сократимости дистального сегмента (ИСДС) пищевода, ведущего к рефлекторному ослаблению пищеводно-сфинктерного сократительного рефлекса*.

Цель работы: изучить возможные механизмы возникновения ЛФР.

Материалы и методы. 30 пациентов (21 жен.), медиана возраста – 47 [25;67] лет, ИМТ – 25 [16;37] кг/м², чувство кислого, жжение в горле, во рту; по данным суточной pH-импедансометрии выявлены ЛФР (pH 5см выше НПС и 1 см выше ВПС, 7 Z-каналов-проксим. 1 см выше ВПС; Гастроэкан-ИАМ, НПШ «Исток-Система»). Манометрия пищевода высокого разрешения (SolarGI MMS, The Netherlands): давление ВПС, ИСДС. Статистическая обработка: SPSS Statistics 2017.

Результаты: медиана числа жидких ЛФР – 2 [1;16], смешанных – 4 [1;32]. Смешанные ЛФР преобладали над жидкими, $p < 0,001$. Корреляция между ЛФР и ИМТ не выявлена, $r = 0,098$. Снижение давления ВПС зарегистрировано у 1 пациентки, ИСДС также была снижена. Медиана давления ВПС – 85 [17;187] мм рт. ст., ИСДС – 505 [60;3440] мм рт. ст.×с×см, достоверной корреляции с увеличением числа ЛФР не выявлено, $r = 0,313$ и $p = 0,606$, соответственно. ИСДС снижена у 11 пациентов (36,6%).

Заключение: чаще ЛФР достигали гортаноглотки за счет газовой составляющей в рефлюктате. При нормальных показателях давления ВПС и ИСДС можно предположить наиболее вероятным механизмом развития ЛФР снижение порога возбудимости механорецепторов и усиление ПСРР.

*Merea V.S. Anatomy and Physiology of the Upper Esophageal Sphincter. Dysphagia Evaluation and Management in Otolaryngology, 29–34. doi: 10.1016/b978-0-323-56930-9.00005-x.

11

АХАЛАЗИЯ ПОСЛЕ ГЭРБ: СОВПАДЕНИЕ, СЛЕДСТВИЕ ИЛИ АДАПТАЦИЯ?

Храброва А.А., Румянцева Д.Е., Юрьева Е.Ю., Трухманов А.С., Ивашкин В.Т.

Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова (Сеченовский университет), Россия

Цель работы: оценить потенциальную взаимосвязь между гастроэзофагеальным рефлюксом и ахалазией кардии.

Клинический случай. Пациент Д., 36 л., поступил с жалобами на затруднения прохождения твердой еды по пищеводу, жжение по ходу пищевода после еды, изжогу. Из анамнеза заболевания: впервые отметил жжение по ходу пищевода в 2022 г., чуть позже отметил появление изжоги. В 2023 г. добавилось затруднение прохождения твердой еды по пищеводу, жжение по ходу пищевода участилось. В 2024 г. при ЭГДС: эрозивный рефлюкс-эзофагит с ковенными признаками ахалазии кардии, эрозивно-геморрагический гастрит, эрозивный бульбит. ¹³C УДГ – отрицательный. При обследовании в клинике: в анализах крови без отклонений. УЗИ ОБП: без особенностей. При рентгенологическом исследовании: картина ахалазии кардии II-III стадии. По данным манометрии: отсутствие перистальтических сокращений грудного отдела пищевода. Раскрытие НПС сохранено (суммарное давление расслабления НПС 13 мм рт. ст.), данные могут соответствовать начальной стадии ахалазии кардии I типа. Во время теста быстро питья выявлено нарушение проходимости пищевода-желудочного перехода. При pH-метрии пищевода, желудка: кислых гастроэзофагеальных рефлюксов нет, % времени pH < 4 за сутки – 0%. Установлен клинический диагноз: основное заболевание: сочетанные заболевания: 1) Ахалазия кардии I типа, осложнение: эрозивный эзофагит. 2) Эрозивный гастрит, *H. pylori*-негативный. 3) Эрозивный дуоденит. На фоне антисекреторной терапии пациент отметил уменьшение изжоги и жжения по ходу пищевода. Эрозии заэпителизировались. Для облегчения симптомов дисфагии был добавлен блокатор кальциевых каналов.

Выводы. Пациентам, которые не реагируют на лечение ингибиторами протонной помпы, следует выполнить манометрию высокого разрешения, чтобы исключить нарушения моторики пищевода, включая ахалазию. Большинство пациентов с ахалазией кардии страдают от своих симптомов в течение длительного периода, прежде чем им ставят правильный диагноз. Ахалазия кардии может быть отнесена к предракловым заболеваниям. Рак развивается у 3–8% больных с ахалазией кардии и вероятность его возникновения возрастает с увеличением продолжительности заболевания.

10

ОЦЕНКА ТРЕВОГИ И ДЕПРЕССИИ У ПАЦИЕНТОВ С ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНЬЮ НА ФОНЕ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА

Успенский Ю.П., Гулунов З.Х., Соусова Я.В.

СПбГПМУ, Санкт-Петербург, Россия

Цель исследования: оценить психологический статус пациентов с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью при наличии метаболического синдрома.

Материалы и методы. На базе СПб ГБУЗ «Елизаветинская больница» согласно стандарту, утвержденному приказом № 722н МЗ РФ от 09 ноября 2012 г., обследовано 200 пациентов, средний возраст которых – 51,92 ± 13,95 (от 21 года до 75 лет), 46% из них – мужчины. В качестве диагностических критериев, подтверждающих наличие метаболического синдрома, использовались критерии, разработанные экспертами Национальной образовательной программы по холестерину США (АТР III), Всероссийского научного общества кардиологов по диагностике и лечению метаболического синдрома 2-го пересмотра (ВНОК). Для подтверждения диагноза гастроэзофагеальной рефлюксной болезни проводилось эндоскопическое исследование и суточная 24-часовая pH-метрия. Для психологического обследования пациентов использована госпитальная шкала тревоги и депрессии HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale). Полученные данные статистически обработаны в программе IBM SPSS Statistics 17.0.

Результаты исследования. По результатам психологического обследования, полученным при использовании опросника HADS, были получены следующие данные: субклинически выраженная тревога (8–10 баллов) наблюдалась у 44 пациентов (22,0%); из них у 34 (17,0%) – с метаболическим синдромом, у 10 (5,0%) – без метаболического синдрома. При этом клинически выраженная тревога (> 11 баллов) была выявлена у 12 обследованных (6,0%); у 10 пациентов (5,0%) – с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью в сочетании с метаболическим синдромом и у 2 пациентов (1,0%) – без метаболического синдрома. При оценке шкалы депрессии среди пациентов с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью на фоне метаболического синдрома субклинически выраженная депрессия (8–10 баллов) наблюдалась у 28 (14,0%), а среди пациентов без метаболического синдрома – у 4 (2,0%). Клинически выраженная депрессия (> 11 баллов) среди них определена у 4 исследуемых (2,0%), при этом оба случая среди пациентов с метаболическим синдромом. При этом значимых различий в сформированных группах по показателям психологического статуса получено не было.

Заключение. Полученные результаты демонстрируют тенденцию к более высокому уровню тревоги и депрессии среди пациентов с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью при наличии метаболическим синдромом.

12

СТРАТИФИКАЦИЯ ПАТОЛОГИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЙ ПИЩЕВОДА ПО ДАННЫМ ПРОТОКОЛОВ ЭНДОСКОПИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ

Штыгашева О.В.¹, Агеева Е.С.², Емельянов Н.В.¹

Хакасский государственный университет им. Н.Ф. Катанова, Абакан; Крымский федеральный университет им. В.И. Вернадского, Симферополь, Россия

Цель: стратифицировать изменения пищевода эндоскопического исследования по полу и возрасту пациентов.

Материалы и методы. Ретроспективный анализ 208 протоколов эндоскопического исследования пищевода (форма №974н) на основании 20% случайной выборки генеральной совокупности ЭГДС за 2022 год в ГБУЗ Республики Хакасия «Республиканская клиническая больница им. Г.Я. Ремиевской». Всего 94 мужчины и 146 женщин (60 ± 6 лет).

Результаты. 19,5% случаев патологии пищевода ассоциированы с ГЭРБ, чаще эзофагит В (12,9%). Эндоскопические критерии ГЭРБ были в 2 раза меньше (5,8%), включали: эзофагит С (1,3%) и D (0,8%), длинно-сегментарный пищевод Баррета (ПБ) без морфологической верификации (0,4%), пептическую стриктуру пищевода (3,3%). Среди пациентов, не требующих дополнительной верификации ГЭРБ, преобладали мужчины: зафиксированы эзофагит D и ПБ; эзофагит С встречался в 2 раза чаще, чем у женщин. Эзофагит D и ПБ установлен в группе пожилого возраста, а эзофагит С одинаково часто в группах среднего, пожилого и старческого возраста. Для пептической стриктуры пищевода различий по полу не выявлено, среди групп пожилого и старческого возраста (37,5 и 25% соответственно). Дивертикулы пищевода одинаково часто выявлялись у мужчин и женщин (4,6%), преобладали в группе пожилых (90%). Доля патологии с канцерогенным потенциалом составила 6,3%: полип пищевода (3,8%), папилома (1,7%) и рак пищевода без морфологической верификации, выявленный среди мужчин пожилого возраста (0,8%). У женщин в 3,5 раза чаще, чем у мужчин фиксируется полип и папилома пищевода. Полип пищевода встречался чаще в пожилом возрасте (55,6%), чем в молодом (44,4%), папилома – в пожилом и старческом возрасте. Ахалазия кардии встречалась у женщин пожилого и старческого возраста (0,8%).

Заключение. В структуре патологии пищевода лидирует ГЭРБ, ассоциированные с возрастом и полом пациентов. Убедительные эндоскопические признаки ГЭРБ чаще фиксировались среди мужчин и с увеличением возраста пациентов.

Желудок и двенадцатиперстная кишка. *Helicobacter pylori*

13

ВЛИЯНИЕ ЭРАДИКАЦИОННОЙ ТЕРАПИИ НА МИКРОБИОЦЕНОЗ ТОЛСТОГО КИШЕЧНИКА У БОЛЬНЫХ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

Балакина И.В.

ПИУВ – филиал РМАНПО, Пенза, Россия

Цель: оценить эффективность Бицидин форте в комплексной терапии больных с язвенной болезнью луковицы двенадцатиперстной кишки (ЯБ ЛДПК). Используемые антибиотики вызывают нарушение в микробиоценозе кишечника, на фоне чего присоединяется кандидозное поражение слизистых, создаются условия для размножения патогенных стафилококков и клебсиелл.

Материалы и методы. В исследование включено 40 больных с ЯБ ЛДПК.

Результаты. После проведенной эрадикационной терапии в течение 14 дней у пациентов с ЯБ ДПК дисбиоз кишечника 1-й степени наблюдался у пациентов в 36 % случаев, 2-й степени – у 44 % и 3-й степени – у 20 % обследуемых. Условно патогенная микрофлора в основном представлена ростом клебсиелл – *K. Pneumonia*, *K. oxytoca* (76 %) и патогенных стафилококков (100 %). Снижение лакто- и бифидобактерий наблюдалось у всех пациентов после проведенной эрадикационной терапии, причем у 46 % пациентов данной группы – ниже 10⁵/л. Рост грибов рода *Candida* не был выявлен у здоровых пациентов, в то время как у пациентов после эрадикационной терапии наблюдался в 47 % случаев. Использование стандартной терапии приводит к развитию нарушений микрофлоры желудочно-кишечного тракта или усугубляет уже имеющийся дисбиоз кишечника, который способствует прогрессированию патологического процесса в ДПК. Возможным путем оптимизации лечения является назначение Бицидин форте, на фоне которого дисбиоз 1-й степени наблюдался у 5 % обследуемых пациентов, 2-й степени – у 14 % и 3-й степени – у 8 % пациентов, при этом рост грибов рода *Candida* снизился на 42 %.

Выводы. Приведенные данные свидетельствуют о повышении безопасности и эффективности терапии Бицидин форте на фоне уменьшения негативного влияния на микробиоценоз кишечника.

15

АНАЛИЗ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ЖЕЛУДКА С ПОМОЩЬЮ СЕРОЛОГИЧЕСКИХ МАРКЕРОВ В КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Белковец А.В.^{1,2}, Ожиганова Н.В.¹, Кручинина М.В.^{1,2}

¹ НИИ терапии и профилактической медицины – филиал Института цитологии и генетики СО РАН, ² Новосибирский государственный медицинский университет, Новосибирск, Россия

Цель работы: провести анализ показателей биомаркеров двух тест-систем: «ГастроПанель» и «ГастроСкрин-3» за 15-летний период наблюдения с определением частоты аутоиммунного фенотипа атрофического гастрита в случайной выборке жителей Новосибирска 45–69 лет и в текущей клинической практике.

Материал и методы. Анализ показателей биомаркеров был проведен с помощью «ГастроПанель» (Биохит, Финляндия) у 1742 человек (средний возраст – 50,0 ± 13,53 лет) и у 170 человек (53,8 ± 12,89 лет) («ГастроСкрин-3», Вектор Бест, Россия) в период 2007–2022 гг. Верхней границей нормы считали показатель пепсиногена I (ПГ1) – 160 мкг/л, уровни ПГ1 от 31 до 50 мкг/л, а ПГ2 ≤ 30 мкг/л и соотношения ПГ1/ПГ2 ≤ 3 соответствовали умеренной и выраженной фундальной атрофии, соответственно. Частоту аутоиммунного фенотипа атрофического гастрита рассчитывали при показателях ПГ1 ≤ 10,1 мкг/л, ПГ1/ПГ2 ≤ 1,3, гастрин-17 ≥ 42,4 пмоль/л («ГастроПанель») и ПГ1 ≤ 16,8 мкг/л, ПГ1/ПГ2 ≤ 1,5 («ГастроСкрин-3»). Положительным считали уровень IgG *H. pylori* > 42 ЕИУ. Антитела к СаgА-белку определяли с помощью тест-системы «Хелико-Бест антитела» (ЗАО Вектор-Бест, Новосибирск).

Результаты. Серологические признаки выраженной и умеренной фундальной атрофии («ГастроПанель») выявлены в 10 % и 9,4 %, а при использовании «ГастроСкрин-3» в 13,3 % и 7 %, соответственно. Признаки атрофии в теле и антруме (мультифокальная атрофия) обнаружены в 0,7 %. IgG против *H. pylori* определялись в 57,7 %, СаgА+ штамм в 56,1 % случаев. Высокий уровень ПГ1, свидетельствующий о язвенном фенотипе гастрита, был обнаружен у 15,3 % («ГастроПанель») и у 10 % («ГастроСкрин-3»). Частота аутоиммунного варианта гастрита в случайной выборке составила 1,6 % («ГастроПанель»), в текущей клинической практике – 2,6 % («ГастроПанель») и 3,5 % («ГастроСкрин-3»).

Выводы. В группу риска развития рака желудка попали 20 % обследованных, а у 10–15 % обнаружен язвенный фенотип, что требует более детального обследования. Частота аутоиммунного варианта атрофического гастрита на основании серологического скрининга составила от 1,6 до 3,5 %.

14

БОЛЕЗНЬ КРОНА С ПОРАЖЕНИЕМ ЖЕЛУДКА, ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ И ТЕРМИНАЛЬНОГО ОТДЕЛА ПОДВЗДОШНОЙ КИШКИ

Бекова Х.М., Королев А.В., Шифрин О.С., Полуэктова Е.А., Кирюхин А.П., Тертышный А.С., Ивашкин В.Т.

Сеченовский университет, Москва, Россия

Цель работы: клиническое наблюдение пациентки В. 37 лет, у которой впервые выявлена болезнь Крона (БК) с поражением верхних и нижних отделов системы органов пищеварения, при отсутствии гистологического подтверждения, но с характерной эндоскопической картиной.

Клинический случай. Пациентка В., 37 лет поступила с жалобами на боль в правой подвздошной области, возникающей через 1,5–2 ч после еды, боль в эпигастриальной области, возникающая через 15–20 мин после еды. Из анамнеза заболевания: в январе 2020 г. появилась боль в правой подвздошной области, в связи с чем обратилась в больницу по месту жительства. Колоноскопия: признаки эрозивного терминального илеита. Терапия месалазином, в дозе 3 г в течение 2 месяцев. При обследовании в клинике: ЭГДС: в области н/3 тела желудка по большой кривизне – продольные складки с бамбуко-подобными перетяжками. Слизистая оболочка в постбульбарном отделе 12-перстной кишки очагово гиперемирована с множеством линейных, продольно ориентированных эрозий размером до 0,4×0,2 см, покрытых фибрином. Биопсия: слизистая оболочка 12-перстной кишки с очаговой деформацией ворсин и гиперплазией крипт. Колоноскопия: слизистая оболочка очагово гиперемирована, с множественными линейными, размером до 0,3×0,1 см, и округлыми, диаметром до 0,3 см, эрозиями, покрытыми фибрином. Биопсия: слизистая оболочка подвздошной кишки с очаговой деформацией ворсин. Эпителий ворсин с высоким содержанием бокаловидных клеток. Установлен диагноз: основное заболевание – БК с поражением желудка и терминального отдела подвздошной кишки, воспалительная форма, впервые выявленная, индекс активности БК-248.

Выводы. Перетяжки по типу «бамбука» – патогномичные изменения складок желудка при БК. Ремиссия заболевания не приводит к регрессу данных изменений. Характерная эндоскопическая картина БК желудка (при наличии дискретности поражений кишки) позволяет подтвердить диагноз данного заболевания. Подходы к лечению БК с поражением желудка, за исключением эрадикационной терапии и назначения ингибиторов протонной помпы, те же, что и при иных локализациях поражения, в том числе и назначение биологической терапии.

16

СТАДИИ ХРОНИЧЕСКОЙ ДУОДЕНАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

Бусыгина М.С.

ИГМА, Ижевск, Россия

Цель: изучить возможности использования клинических данных и лабораторно-инструментальных параметров в определении стадий хронической дуоденальной недостаточности (ХДН).

Материалы и методы. Обследовано 114 больных (женщин – 69; мужчин – 45) с ХДН в возрасте от 18 до 60 лет. Оценены результаты клинических, лабораторных (гастрин, инсулин), эндоскопических, электромиографических (ГЭМ-01), нейробиологических («Варикард 2,51»), рентгенологических методов исследования у пациентов при разных стадиях ХДН. Результаты сравнивались с показателями здоровых лиц.

Результаты. Описаны патогенетические и клинико-функциональные особенности разных стадий ХДН. При первой стадии ХДН преобладали диспепсические симптомы (42 (74,4 %)), замедление эвакуации контрастного вещества в ДПК – 62,3 ± 2,4 с (у здоровых лиц – 34,7 ± 1,5, $p = 0,021$). Вторая стадия характеризовалась нарастанием болевого синдрома (29 (65,9 %)), снижением электрической активности ДПК в постпрандиальном периоде (8,72 ± 0,73) по сравнению с тощачковым исследованием (13,32 ± 1,49, $p = 0,001$). После приема глюкозы в течение 15 и 30 минут прирост гликемии был снижен в сравнении с контрольной группой (0,9 ± 0,1 и 0,8 ± 0,59 ммоль/л, $p = 0,039$) соответственно. Повышение содержания гастрина (24,2 ± 0,7 пг/л) и снижение уровня инсулина (3,0 ± 0,08 мкмоль/л) в сравнении с контролем (3,8 [2,2;4,5] пг/л и 19,0 [18,8;20,1] мкмоль/л ($p < 0,05$) соответственно). Выявлена более длительная дуоденальная эвакуация контрастного вещества (74,3 ± 1,15 с, $p = 0,001$). В третьей стадии преобладал астенический синдром (13 (97,4 %) пациентов), электрическая активность ДПК после еды снижается (5,49 ± 1,1 цикл/мин), атония ДПК (7,1 ± 1,2 см), гликемическая кривая уплощена. Данные изменения при всех стадиях ХДН сопровождалась симпатикотонией.

Заключение. Каждая стадия ХДН имеет характерные патогенетические механизмы, клинические и параклинические симптомы. Уточнение стадии ХДН позволит использовать индивидуализированную лечебно-профилактическую помощь пациентам.

17

ЭМОЦИОНАЛЬНО-ЛИЧНОСТНОЕ СОСТОЯНИЕ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ ДУОДЕНАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Бусыгина М.С., Иванова Е.Ю.

ИГМА, Ижевск, Россия

Цель – изучить эмоционально-личностные параметры у пациентов с хронической дуоденальной недостаточностью (ХДН).

Материалы и методы. В исследовании приняло участие 26 пациентов с ХДН, мужчин было 16, женщин – 10, средний возраст составил $48,7 \pm 3,24$ лет. В верифицировании ХДН использованы клинические, эндоскопические, манометрические и электрофизиологические методы исследования. Для изучения эмоционально-личностной сферы использовался сокращенный многофакторный опросник личности (СМОЛ). Опросник содержит 71 вопрос, восемь базисных клинических и три оценочные шкалы. Интерпретация полученного профиля проводилась по полученным шкалам: Hs – ипохондрия, D – депрессия, Nu – истерия, Pd – психопатия, Pa – паранояльность, Pt – психастения, Sc – шизоидность, Ma – гипомания.

Результаты. У пациентов с ХДН преобладали тревожно-фобические и тревожно-депрессивные тенденции. Это проявлялось «невротическим» типом профиля СМОЛ с максимальным его подъемом по шкалам Hs (1-я), Pt (2-я). Весь усредненный профиль располагался в пределах от 54 до 75 T-баллов по всем параметрам. Эмоционально-личностный портрет пациентов с ХДН характеризовался Hs у большинства пациентов – 22 (84,6 %). Они склонны к фиксации внимания на состоянии своего здоровья, поглощены обилием тревожащих ощущений. Пики Nu выявлены у 14 (53,8 %) пациентов и характеризуются приступами беспокойства, тахикардии. Усредненный бал шкалы Pd ($51,7 \pm 1,25$ T-баллов) показал, что взгляды и оценки в целом совпадают с требованиями окружения. Шкала Pa ($65,1 \pm 2,4$ T-баллов) выявила подозрительность обидчивость, авторитарность пациентов с ХДН. Шкала Pt ($70,0 \pm 4,7$ T-баллов) описывает преобладание тревожно-мнительных расстройств со склонностью к самобичеванию. Шкала Sc ($59,2 \pm 4,2$ T-баллов) показала, что внутренний мир пациентов с ХДН не склонен к поиску новых нестандартных подходов и решений. Шкала Ma ($54,3 \pm 2,5$ T-баллов) указывает на несклонность видеть особые трудности в предстоящих делах.

Заключение. У пациентов с ХДН эмоционально-личностная сфера характеризуется увеличением частоты устойчивых личностных расстройств, тревожно-мнительными чертами и отсутствием новаторского подхода.

19

ЧАСТОТА ДИАГНОСТИРОВАНИЯ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ ДИСПЕПСИИ СРЕДИ АМБУЛАТОРНЫХ БОЛЬНЫХ ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ

Гидаятва В.А., Гидаятва А.А., Салимов Т.Г., Садыгов Б.И., Шамхалов З.М., Гидаятва Л.А., Алиханова И.Ч., Абдуллаев Ф.М.

Центр научной хирургии им. М. Топчибаева, Азербайджанский медицинский университет, Баку, Азербайджан

Согласно Римскому консенсусу-IV, принятому в 2016 году, функциональная диспепсия (ФД) – это патологическое состояние, характеризующееся сочетанием нескольких из нижеперечисленных симптомов: боль и чувство жжения в эпигастриальной области после приема пищи, ощущение тяжести и переполнения, раннее насыщение, не связанных с какими-нибудь патологическими изменениями в органах.

Цель – выявить частоту диагностирования ФД среди амбулаторных больных гастроэнтерологического профиля.

Материал и методы. Обследовано 270 больных, обратившихся с вышеуказанными жалобами, характерными для ФД. Женщин было 160 (59,3 %), мужчин – 110 (40,7 %). Все обследованные разделены на две возрастные группы: I – от 32 до 50 лет, II – от 50 до 73 лет.

Обследование включало: тщательный опрос, объективное обследование, лабораторные анализы, УЗИ, рентгеноскопию ЖКТ, ЭГДС.

Результаты исследования. У 232 (86 %) пациентов выявлены различные заболевания ЖКТ. У 38 обследованных (14 %) патологии органов брюшной полости обнаружено не было. У большинства из них – 22 пациентов (58 %) – преобладали симптомы, характерные для СЭБ, у 16 (42 %) имел место ПДС. Отмечено также, что ФД чаще страдают пациенты II возрастной группы. Среди лиц с диагностированной ФД женщины составили 55,3 % (n = 21).

Выводы. Больные с ФД составляют 14 % от числа лиц с жалобами на дискомфорт, боли, жжение, тяжесть, чувство переполнения в эпигастрии после еды. Это в основном лица старше 50 лет. Число женщин с ФД несколько превышает число мужчин.

18

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ЛЕЧЕНИЯ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ ДИСПЕПСИИ: ПОСТПРАНДИАЛЬНОГО ДИСТРЕСС-СИНДРОМА

Войцеховский В.В., Лазуткина Е.Л., Трусова Л.А., Бардов В.С., Тихонова Л.Н.

Амурская государственная медицинская академия, ООО «Евгения», АОКБ, Белогорская МБ, Благовещенск, Россия

Цель работы: изучить сравнительную эффективность применения комбинации препаратов ребамипид и акотиамид в комплексной терапии функциональной диспепсии.

Материалы и методы. Изучено применение комбинации ребамипида и акотиамида в комплексной терапии функциональной диспепсии. В ходе исследования сформированы две группы пациентов: первая группа (19 человек) получала ребамипид 100 мг 3 раза в сутки и акотиамид 100 мг 3 раза в сутки в течение 1 месяца, вторая группа (контрольная) – ретроспективная (21 человек), получавшая домперидон 10 мг 3 раза в сутки в течение 1 недели.

Результаты. Купирование тошноты и ощущение тяжести в желудке после приема пищи у пациентов 1 группы наблюдалось уже на вторые сутки, в то время как у контрольной группы – на 5–6. Снижение параметров качества жизни у пациентов по опроснику MOS SF-36 наблюдалось по всем показателям. В первой группе показатель физического компонента повысился на 84 %, психологического – на 93 %, во второй – на 58 и 74 % соответственно. При этом у больных первой группы побочных эффектов не зарегистрировано, а во второй встречались головная боль, сонливость, астения (14,3 %).

Выводы. Применение комбинации ребамипида и акотиамида в комплексной терапии функциональной диспепсии значительно улучшает клинические симптомы и качество жизни пациентов, что позволяет повысить эффективность лечения.

20

ВЛИЯНИЕ ЦИКЛОФЕРОНА НА МОРФОЛОГИЧЕСКУЮ КАРТИНУ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ЖЕЛУДКА У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ГАСТРИТОМ С ЭРОЗИЯМИ, АССОЦИИРОВАННЫМ С *HELICOBACTER PYLORI* И ГЕРПЕСВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ

Дубская Е.Е., Афанасенкова Т.Е.

Смоленский государственный медицинский университет, Россия

Цель работы: рассмотреть влияние циклоферона на морфологическую картину слизистой оболочки желудка (СОЖ) у больных хроническим гастритом с эрозиями (ХГсЭ), ассоциированным с *Helicobacter pylori* (*H. pylori*) и герпесвирусной инфекцией (ГВИ) через 3 месяца после эрадикационной терапии (ЭТ).

Материал и методы исследования. Обследовано 94 ранее *H. pylori*-инфицированных пациента, у которых выявлялась ГВИ (цитомегаловирус (ЦМВ), вирус Эпштейн – Барр (ВЭБ), вирус простого герпеса 1, 2, 6 типов (ВПГ 1, 2, 6)), в возрасте от 16 до 45 лет. Диагностика хеликобактерной инфекции проводилась по уреазному тесту, обнаружению *H. pylori* в гастробиоптатах при цитологическом исследовании, методом ПЦР-амплификации ДНК. Метод ПЦР проводили с использованием наборов реагентов для выявления ДНК ВПГ 1, 2, 6, ВЭБ, ЦМВ в клиническом материале. В 1-й группе (50 человек), в отличие от 2-й группы (44 человека), пациенты вместе с четырёхкомпонентной ЭТ в течение 14 дней получали противовирусное лечение (циклоферон 12,5 % 2,0 мл внутримышечно по схеме). Для статистической обработки результатов использовался критерий хи-квадрат.

Результаты. У пациентов 2 групп наблюдения до лечения преобладали лица с выраженным гастритом 2 и 3 степени активности воспалительного процесса (АВП) – 74 (78 %): в 1-й группе у 38 (76 %), во 2-й группе – у 36 (82 %); 2 и 3 степени воспаления у 81 (86 %) пациента: в 1-й группе – у 42 (84 %), во 2-й группе – у 39 (87 %), признаков выраженной кишечной метаплазии выявлено не было. Атрофические изменения в СОЖ изначально выявлены у 18 (19 %) пациентов: в 1-й группе – у 10 (20 %), во 2-й группе – у 8 (18 %). Через 3 месяца выраженный гастрит 2 и 3 степени АВП достоверно реже отмечался в 1-й группе у 2 (4 %), чем во 2-й – у 9 (20 %) и 2 и 3 степени хронического воспаления в 1-й группе у 2 (4 %) в сравнении со 2-й – у 11 (25 %) (p < 0,05). В 1-й и 2-й группах сохранились признаки атрофии СОЖ (8 (18 %) и 7 (6 %) соответственно) и *H. pylori* (1 (2 %) и 4 (9 %) соответственно).

Выводы. Микст-инфекция в СОЖ является фактором, осложняющим процесс лечения пациентов.

21

ВЛИЯНИЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ ВЕРХНИХ ОТДЕЛОВ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА НА ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА

Зубарева А.А., Чичерина Е.Н.

Кировский ГМУ, Россия

Цель работы – оценить влияние заболеваний верхних отделов желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) на лабораторно-инструментальные параметры у лиц с разными формами острого инфаркта миокарда (ОИМ).

Материалы и методы. Основанная группа – 27 лиц с ОИМ и заболеваниями верхних отделов ЖКТ, из них 52 % (14) – с ОИМ с Q и 48 % (13) – с ОИМ без Q. Группа сравнения – 32 пациента с ОИМ без сопутствующей патологии, из них 78 % (25) – с ОИМ с Q и 22 % (7) – с ОИМ без Q ($p = 0,065$). Группы не различались по полу и возрасту. По показаниям пациентам из основной группы была проведена ФГДС с оценкой инфицированности НР при помощи HelpiL-test. Были оценены маркеры некроза (тропонин Т, МВ креатинфосфокиназа (КФК МВ)), воспаления (С-реактивный белок) и коагуляции (фибриноген), липидный профиль (ХС, ЛПНП, ЛПВП, триглицериды (ТГ)), а также данные КАГ и Эхо-КГ.

Результаты. У лиц с патологией верхних отделов ЖКТ при сопоставлении с группой сравнения при ОИМ в целом только уровень ТГ был выше в 1,3: $1,6 \pm 0,9$ ммоль/л против $1,2 \pm 0,5$ ммоль/л ($p = 0,025$), а при ОИМ с Q кроме их увеличения в 1,5: $1,6 \pm 0,7$ ммоль/л против $1,1 \pm 0,4$ ммоль/л ($p = 0,024$), также были в 1,2 раза более высокие уровни КФК МВ: $221,7 \pm 95,4$ ед./л. против $180,6 \pm 126,8$ ед./л ($p = 0,037$). Двухсосудистые поражения коронарных артерий в основной группе встречались реже: 26 % (7) против 37,5 % (12) ($p = 0,047$). По результатам Эхо-КГ у лиц с заболеваниями верхних отделов ЖКТ и ОИМ был в 1,6 раза выше уровень среднего давления в легочной артерии (СрДЛА): $26,2 \pm 12,3$ мм рт. ст. против $16,7 \pm 5,6$ мм рт. ст. ($p = 0,002$); а при ОИМ с Q – в 1,8 раза: $26,8 \pm 9,7$ мм рт. ст. против $15,1 \pm 2,4$ мм рт. ст. ($p = 0,001$). По остальным лабораторно-инструментальным параметрам в группах различий не выявлено.

Заключение. Для лиц с ОИМ с Q и заболеваниями верхних отделов ЖКТ характерна более выраженная степень повреждения миокарда, что отражается в более высоких уровнях КФК МВ. Лица с ОИМ и сопутствующей патологией верхних отделов ЖКТ имеют более высокий уровень ТГ, являющийся проатерогенным фактором. Увеличение СрДЛА у них – показание к применению соответствующих препаратов.

23

ХАРАКТЕРНЫЕ ПРИЗНАКИ АУТОИММУННОГО ГАСТРИТА: ФОКУС НА ТИПИЧНУЮ ЭНДОСКОПИЧЕСКУЮ КАРТИНУ

Касихина А.В., Кашин С.В., Куваев Р.О.

Ярославская областная клиническая больница, Россия

Актуальность. Распространенность аутоиммунного гастрита (АИГ) в популяции считается низкой, однако наблюдается тенденция к увеличению числа случаев с подтвержденным диагнозом АИГ. Ключевым звеном для совершенствования диагностического подхода к данному заболеванию является выявление характерных эндоскопических признаков АИГ.

Цели: изучение основных эндоскопических признаков, характерных для АИГ.

Материалы и методы. В период с января 2022 года по июнь 2024 года в ретроспективном когортном исследовании пациентам была проведена эзофагогастродуоденоскопия (ЭГДС) с использованием современных методик визуализации (осмотр в узкоспектральном режиме, с функцией увеличения) с оценкой эндоскопических признаков, характерных для аутоиммунного гастрита (АИГ). При отсутствии медицинских противопоказаний выполнялась биопсия слизистой оболочки тела и антрального отдела желудка, а также биопсия всех патологических участков. Число пациентов в исследовании составило 65 человек (83 % – женщины, 17 % – мужчины), средний возраст – 61,7 года (36–84).

Результаты. Были выявлены следующие эндоскопические признаки АИГ: «обратная» атрофия – 93,8 %, вязкий белый секрет – 93,8 %, видимые сосуды подслизистого слоя – 95,3 %, уменьшение складчатости тела по большой кривизне – 95,3 %, гиперпластические полипы – 20 %, патологические изменения антрума (циркулярная складчатость, эритема, атрофия, кишечная метаплазия) – 62,6 %, белые точечные включения (white globe appearance) – 55,3 %, гломусные образования (glomus-like lesions) – 50,7 %, НЭО – 49,2 %, аденома – 9,2 %, аденокарцинома желудка – 4,62 %.

Выводы: в исследовании представлены эндоскопические характеристики, способствующие более точной диагностике АИГ, в том числе в амбулаторном звене. Эти данные позволяют эффективно стратифицировать онкологические риски, а также подобрать наиболее подходящую терапевтическую тактику. Требуется дальнейшие работы по изучению признаков АИГ для более точной диагностики данного заболевания.

22

ДУОДЕНОГАСТРОЛЬНЫЙ РЕФЛОКС ПРИ НПВС-ГАСТРОПАТИЯХ

Иванов Н.Н., Фомина Л.А.

Тверской ГМУ, Россия

Применение нестероидных противовоспалительных средств (НПВС) нередко приводит к эрозивно-язвенным поражениям слизистой оболочки желудка (ЭЯП СОЖ), на выраженность которых, в свою очередь, оказывает влияние состояние его моторной функции.

Цель исследования: уточнить влияние дуоденогастрального рефлюкса (ДГР) на состояние СОЖ при НПВС-гастропатиях.

Материалы и методы. Обследовано 44 пациента с ЭЯП СОЖ. Проводились клиническое обследование, эзофагогастродуоденоскопия (ЭГДС), ультразвуковое исследование органов брюшной полости.

Пациенты были разделены на две группы: 1-я – 19 лиц, у которых НПВС-гастропатии сопровождался ДГР, 2-я – 25 пациентов без ДГР. О наличии/отсутствии ДГР судили по жалобам на частую горечь во рту и присутствию желчи в желудке при выполнении ЭГДС.

Результаты исследования. Анализируя клинические симптомы было установлено, что боли в эпигастрии чаще ($p < 0,05$) отмечались при наличии ДГР (в 1-й группе у 15 (78,9 %), а во 2-й – у 13 (52 %) больных). Боль, как ощущение тяжести в эпигастрии, отмечали только 40 % больных с ДГР, в то время как без ДГР такой характер более встречался в большем проценте случаев (52 % пациентов). Диспепсические симптомы (изжога, горечь во рту, отрыжка) существенно чаще ($p < 0,05$) выявлялись у больных с ДГР (15 (78,9 %) человек), по сравнению с его отсутствием (13 (44 %) человек).

Результаты ЭГДС показали, что у 8 (18,2 %) больных эрозии выявлялись только в теле желудка, у 27 (61,4 %) – в антральном его отделе, у 9 (20,5 %) – обнаружена сочетанная их локализация. В 1-й группе антральное расположение эрозий отмечено у большинства (14 (73,7 %)) обследованных, во 2-й группе эрозии чаще располагались в желудке (12 (48 %) пациентов, $p < 0,05$). Множественные эрозии (более пяти) при ДГР выявлялись у 11 (59 %), без ДГР – у 8 (32 %) больных.

Заключение. Нередко НПВС-гастропатии протекают на фоне моторных нарушений желудка. У больных с НПВС-гастропатией ДГР носит патогенный характер, о чем свидетельствуют более выраженные болевой и диспепсический синдромы, множественный характер эрозий. Это необходимо учитывать при лечении данной категории больных.

24

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЭНДОСКОПИИ В ДИАГНОСТИКЕ АУТОИММУННОГО ГАСТРИТА: МУЛЬТИЦЕНТРОВОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

Ким С.И.¹, Паратовская А.А.¹, Белинская Н.А.¹, Ванян А.В.², Халин К.Д.³, Двойникова Е.Р.³, Ким Л.В.⁴, Аганов М.Ю.¹¹ ГКОД, ² СЗОНКЦ им. Л.Г. Соколова, Санкт-Петербург; ³ ДФВУ – Медицинский комплекс, Владивосток; ⁴ ММКЦ «Коммунарка», Москва, Россия

Цель исследования – оценка возможности эндоскопической диагностики аутоиммунного гастрита (АИГ).

Материалы и методы. В мультицентровое проспективное исследование включено 149 пациентов с эндоскопическими признаками распространенной атрофии, обследованных в 3 учреждениях в 2022–2024 гг. Было проведено сопоставление эндоскопической картины и морфологического диагноза в трех группах: аутоиммунный атрофический гастрит (ААГ), ААГ в сочетании с *H. pylori* (ААГ + Нр) и атрофический гастрит, ассоциированный с *H. pylori* (ХАГ).

Результаты. Ср. возраст – 60 ± 12,5 лет, ж:м = 4,7:1. По данным гистологического исследования ААГ выявлен у 75 (50,3 %), ААГ + Нр – у 48 (32,2 %) и ХАГ – у 26 (17,5 %) пациентов. Аутоиммунный тиреоидит (АИТ) чаще встречался при АИГ, чем при ХАГ (23,6 % против 7,7 % соотв.) ($p = 0,07$). Обратная атрофия и тип атрофии О-р (О-4) по модифицированной классификации Кимура – Такемото достоверно чаще наблюдались при ААГ и ААГ + Нр, чем в группе ХАГ (80 % и 87,5 % против 46,2 % ($p < 0,001$), 84 % и 87,5 % против 50 % ($p = 0,002$) соотв.). Количество случаев с отсутствием фундальной слизистой выше в группах ААГ и ААГ + Нр (65,3 %, 68,8 % против 34,6 % соотв.), а наличие сохраненной слизистой с очагами атрофии при ХАГ (26,9 % против 6,7 % и 4,2 % соотв.) ($p = 0,005$). Нейроэндокринные опухоли (НЭО) достоверно встречались только при АИГ вне зависимости от наличия *H. pylori* (13,8 % при АИГ против 0 % при ХАГ, $p = 0,04$). Однако различия по наличию НЭО в группах ААГ и ААГ + Нр не было (16 % и 10,4 % соотв.) ($p = 0,08$). Достоверных различий между группами ААГ и ААГ + Нр ни по одному из остальных изучаемых признаков не найдено. Общая чувствительность, специфичность, PPV, NPV и точность эндоскопии в диагностике АИГ вне зависимости от наличия *H. pylori* составили 83,7 %, 65,3 %, 92 %, 46 % и 80,5 % соотв. По данным регрессионного анализа ($p < 0,001$), обратная атрофия и АИТ в анамнезе являлись независимыми факторами риска для АИГ (СОШ 8,1, 95 % ДИ – 2,3–27,7 и СОШ – 5,81, 95 % ДИ – 1,07–31,3 соотв.).

Заключение. Эндоскопия обладает достаточно высокой точностью в диагностике АИГ. Однако, она не позволяет дифференцировать между собой АИГ без и с наличием *H. pylori*.

25

КЛИНИЧЕСКИЕ, ЭНДОСКОПИЧЕСКИЕ, ГИСТОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ГАСТРИТА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СТАТУСА ХЕЛИКОБАКТЕРНОЙ ИНФЕКЦИИ

Коломиец В.А.¹, Ларина Н.А.¹, Хилков Т.Н.¹, Шаповалова Я.А.², Дуданова О.П.¹

¹ Петрозаводский государственный университет,
² КБ-РЖД-Медицина, Петрозаводск, Россия

Целью исследования явилось определение клинических, эндоскопических и гистологических характеристик хронического гастрита (ХГ) в зависимости от НР-статуса.

Материалы и методы. Обследовано 33 пациента ХГ: 12 (36,4 %) мужчин и 21 (63,6 %) женщина в возрасте $56,4 \pm 10,5$ года: 18 (54,5 %) – с НР-инфекцией (I группа) – возраст $52,5 \pm 10,2$ года, мужчин – 50 %, женщин – 50,0 %) и 15 – без НР-инфекции (II группа) – возраст $60,4 \pm 11,8$ года, мужчин – 25,0 %, женщин – 75,0 %). У всех диагнозов ХГ подтвержден при гистологическом исследовании. Оценивалась клиническая картина – эпигастральная боль (ЭБ), постпрандиальный дистресс-синдром (ППДС), отсутствие клинически (ОК); данные эндоскопии – эритема, отек, эрозии (ЭОЭ) антрального отдела желудка или отсутствие изменений слизистой. При гистологическом исследовании определялось наличие НР в виде тонких изогнутых палочек на поверхности и в ямках желудка, измерялась площадь воспалительного лимфоплазмодитарного инфильтрата (ПВЛПИ) в 5 полях зрения при увеличении $\times 100$ и примесь сегментоядерных нейтрофилов (СЯН).

Результаты. У пациентов I группы ЭБ наблюдалась у 13 (72,2 %) пациентов, ППДС – у 3 (16,7 %), ОК – у 2 (11,1 %); ЭОЭ слизистой выявлялись у 11 (61,1 %), ПВЛПИ составила $17061,1 \pm 9512,6$ мкм², примесь СЯН была у 10 (55,6 %) пациентов. У пациентов II группы ЭБ выявлялась у 5 (33,3 %) ($p < 0,05$), ППДС – у 6 (40,0 %) ($p < 0,05$), ОК – у 4 (26,7 %), ЭОЭ – у 4 (26,7 %) ($p < 0,05$) пациентов, ПВЛПИ составила $12408,5 \pm 3111,9$ мкм² ($p < 0,05$), примесь СЯН – у 2 (13,3 %) ($p < 0,05$).

Заключение. Пациенты с НР-инфекцией были моложе пациентов без НР-инфекции, у них преобладал эпигастральноболевой клинический фенотип, чаще отмечались гиперемия, отек и эрозии слизистой антрального отдела желудка, была большая площадь воспалительного инфильтрата и в нем чаще выявлялись сегментоядерные нейтрофилы, что подтверждало повреждающее действие НР на слизистую желудка и определяло необходимость эрадикационной терапии.

27

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ВЕГЕТАТИВНОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМ ГАСТРИТОМ НР+ И НР-

Куцаева А.О.¹, Плотнокова Е.Ю.², Синьков М.А.³

1 ККДЦ им. И.А. Колпинского, ² КемГМУ, ³ НИИ КПССЗ, Кемерово, Россия

Цель исследования: выявить изменения вариабельности ритма сердца у пациентов с хроническим гастритом *Helicobacter pylori* (+) и *Helicobacter pylori* (-).

Материалы и методы. Мы обследовали 112 пациентов – 62 имели хронический гастрит (ХГ), ассоциированный с *Helicobacter pylori* (НР), 60 пациентов, не имевших НР. Контрольную группу составили 30 здоровых человек сопоставимого возраста и пола. Оценивался спектральный состав ритма сердца: дыхательные, медленные волны первого и второго порядка. Различия между параметрами сравнения считались статистически различными при $p < 0,05$.

Результаты и обсуждение. Некоторые показатели у пациентов с ХГ статистически ($p < 0,05$) значимо были снижены по сравнению с контрольной группой, но между ХГ НР (+) и НР (-) значимых различий не было. Показатели дыхательных волн (MF) были статистически значимо ниже в положении лежа ($p < 0,05$), в отличие от группы контроля, что говорило о снижении парасимпатической регуляции блуждающего нерва в покое, но при нагрузке (в активном ортостазе) вегетативный ответ выравнивался. Данные анализа волн первого порядка (LF) и волн второго порядка (VLF) были статистически значимо ($p < 0,05$) ниже в группах ХГ НР (+) и НР (-) в положении лежа, что указывало на снижение активности вазомоторных и барорефлекторных механизмов и на нарушения гуморальной регуляции и снижение активности межсимпатического уровня регуляции в покое.

Выводы: вегетативная дисфункция определяет у пациентов с ХГ НР (+) и НР (-) ряд симптомов, например, снижения влияния блуждающего нерва на пищеварение, которые ухудшают течение заболевания и его прогноз.

26

СРАВНЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ АНТИХЕЛИКОБАКТЕРНОЙ ТЕРАПИИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ РАЗЛИЧНЫХ МОЛЕКУЛ ИПП

Коробка В.Л.^{1,2}, Коробка Р.В.^{1,2}, Бабиева А.М.¹, Пак Е.С.^{1,2}, Сергиенко М.Г.¹, Кашина М.А.¹, Осипян Ю.Т.¹

¹ Ростовская областная клиническая больница,
² Ростовский государственный медицинский университет, Россия

Язвенная болезнь (ЯБ) желудка и 12-перстной кишки (ДПК) является заболеванием мультифакторного генеза, однако в настоящее время решающая роль в этиопатогенезе отводится *Helicobacter pylori* (Н.р.).

Цель исследования: оценить эффективность терапии, направленной на деконтаминацию Н.р. с учетом применения различных ИПП (омепразол, эзомепразол, рабепразол) у пациентов с ЯБ желудка и ДПК.

Для исследования была отобрана группа пациентов (20 мужчин и 10 женщин), у которых по данным гастроскопии с полифокальной биопсией диагностирована ЯБ желудка (18 пациентов, из которых 10 мужчин) и ДПК (12 пациентов, из которых 10 мужчин). Возраст больных составил от 18 до 64 лет. У всех больных была подтверждено наличие Н.р. иммуноферментным анализом кала. Выделены три группы больных: 1) 10 пациентов и стандартная антиНр-терапия 1 линии (амоксциллин 1000 мг 2 раза в сутки, кларитромицин 500 мг 2 раза в сутки, омепразол 20 мг 2 раза в сутки); 2) 10 пациентов и стандартная антиНр-терапия 1 линии (амоксциллин 1000 мг 2 раза в сутки, кларитромицин 500 мг 2 раза в сутки, рабепразол 20 мг 2 раза в сутки); 3) 10 пациентов и стандартная антиНр-терапия 1 линии (амоксциллин 1000 мг 2 раза в сутки, кларитромицин 500 мг 2 раза в сутки, эзомепразол 40 мг 2 раза в сутки), длительность терапии 14 дней. Контроль эффективности антиНр-терапии был осуществлен через 4 недели после окончания приема препаратов методом иммуноферментным анализом кала на наличие антигена Н.р., также эпителизация язвенного дефекта подтверждена при выполнении контрольной гастроскопии.

Оценка результатов исследования: в 1-й группе ремиссия ЯБ и эрадикация Нр достигнута у 6 пациентов (60 %), во 2-й группе ремиссия ЯБ и эрадикация Нр достигнута у 7 пациентов (70 %), в 3-й группе 8 (80 %) пациентов достигли ремиссии ЯБ и эрадикации Нр.

Выводы: в рамках проведенного исследования препаратом выбора является ИПП эзомепразол (эффективность терапии составила 80 %).

28

ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ ЦЕЛИАКИИ СРЕДИ БОЛЬНЫХ С ПАТОЛОГИЕЙ КИШЕЧНИКА

Магалова Н.С., Шамхалов З.М., Садыгов Б.И., Салимова-Керимова Р.Т., Гасимова И.Н., Гидаятова В.А., Халилов В., Гусенинова Х.Г.

Центр научной хирургии им. акад. М. Тобчибашева, Баку, Азербайджан

Цель исследования – выявить частоту целиакии у больных с патологией кишечника.

Материалы и методы. В число обследованных включены 63 пациента с патологией кишечника, предъявлявших жалобы на боли внизу живота – вздутие, урчание кишечника, диарею. Возраст больных колебался от 18 до 68 лет. Обследование больных включало опрос, объективные данные, результаты инструментальных (УЗИ, колоноскопия, ЭГДС с биопсией слизистой оболочки 12-перстной кишки) и лабораторных исследований. Определяли антитела к глиадину иммуноглобулины А (АГА JgA) и G (АГА JqG), антитела к тканевой трансглутаминазе JqA (AtTG JqA) и JgG (AtTG JgG).

Результаты. У 12 больных из 63 (19 %) выявлено повышение АГА, причем у 4 из них (3,96 %) – АГА (JgA), и у 5 (7,93 %) – АГА JqG, у 3 пациентов (4,76 %) обнаружено повышение уровня обоих антител (АГА JqG и АГА JqG). У 2 больных из 63, то есть у 3,17 %, диагноз целиакии подтвержден результатом гистологического исследования слизистой оболочки 12-перстной кишки.

Заключение. Таким образом, частота целиакии среди больных с патологией кишечника составляет 3,17 %.

29

МОЖНО ЛИ УСТАНОВИТЬ ДИАГНОЗ «АУТОИММУННЫЙ ГАСТРИТ» БЕЗ ЕГО МОРФОЛОГИЧЕСКОЙ ВЕРИФИКАЦИИ?Малкарова Э.Ш., Лапина Т.Л., Юрьева Е.Ю., Павлов П.В.,
Сторонова О.А., Тертычный А.С.Первый МГМУ им. И.М. Сеченова (Сеченовский Университет),
Москва, Россия

Цель работы: определить, можно ли установить диагноз «аутоиммунный гастрит» только на основании выявленных антител к париетальным клеткам?

Клинический случай. Пациентка Д., 47 лет, жалобы на боль тупого, давящего характера в эпигастрии через 2 часа после еды, которая купируется приемом эзомепразола. Из анамнеза заболевания: В 2014 г. колоноскопия: долихоколон; проведена операция: субтотальная колэктомия. В 2021 г. дыхательный тест на СИБР: положительный. Принимала: метронидазол 1,5 г/д с положительным эффектом. В 2020 г. на ЭГДС: хронический гастрит; уреазный дыхательный тест: положительный. Назначена эрадикационная терапия. На ЭГДС от 2023 г.: картина поверхностного гастрита. ¹³С-уреазный тест на *H. pylori*: отрицательный. Анализ на антитела к париетальным клеткам: титр – 640, титр антител к фактору Касла – 0,2. Уровень гастрина: 17 пг/мл. УЗИ щитовидной железы: в левой доле узловое образование 1,2 см. В анализах крови: ТТГ, Т4, ТПО в пределах референсных значений. Гастропанель: снижение гастрин-17 до 0,57 пмоль/л. ЭГДС: минимальный рефлюкс-эзофагит на фоне недостаточности розетки кардии, поверхностный гастрит, очаговая атрофия слизистой оболочки антрального отдела желудка закрытого типа – EGA I. Гистологическое заключение: интегральный показатель гастрита по системе OLGA – степень 0/1, стадия 0. Клинический диагноз: Хронический гастрит, *H. pylori*-негативный (после курса эрадикационной терапии в 2020 г.). Функциональная диспепсия. Сопутствующие: Узловой эутиреоидный зоб. Состояние после субтотальной колэктомии с формированием асцендоректального анастомоза по типу конец в бок в 2014 г.

Выводы. Диагноз аутоиммунного гастрита можно установить на основании гастроскопии с раздельным получением биоптатов из антрального отдела и тела желудка. Наиболее чувствительным тестом для аутоиммунного гастрита служит определение антител к париетальным клеткам.

31

ВЫБОР СХЕМЫ ЭРАДИКАЦИОННОЙ ТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТА С ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ ДПК И ДОКАЗАННОЙ АЛЛЕРГИЕЙ К ПЕНИЦИЛЛИНАММельникова А.А., Лапина Т.Л., Павлов П.В., Тертычный А.С.,
Шапка М.П., Юрьева Е.Ю.

Первый Московский государственный университет им. И.М. Сеченова, Россия

Цель. Подобрать эрадикационную терапию пациентам с доказанной аллергией на пенициллины.

Материалы и методы. Анализ данных истории болезни, физикального осмотра, результатов лабораторно-инструментальных методов исследования.

Результаты. Пациент 20 лет госпитализирован с жалобами на ноющую боль в эпигастрии без четкой связи с едой, не иррадирует, не носит сезонный характер, изжогу, тошноту, снижение аппетита. В 2014 г. впервые отметил появление жалоб. Обследован: ЭГДС – эозинофильный эзофагит, бульбит, дуоденит, *H. pylori*+. Проводилась терапия ИПП, эрадикационную терапию не назначали в связи с детским возрастом. В 2019 г. вновь отметил появление боли в эпигастрии. ЭГДС – впервые выявлена язва луковицы 12-перстной кишки, *H. pylori*+. Учитывая рецидивирующий характер боли, наличие *H. pylori*+, было принято провести курс эрадикационной терапии. Однако наличие аллергии на амоксициллин затрудняло выбор схемы лечения. Были назначены следующие препараты: омепразол, джозамицин, метронидазол. Данная терапия не соответствовала рекомендациям российского гастроэнтерологического сообщества. Продолжали сохраняться язвенные изменения в луковице ДПК. Госпитализирован в марте 2024 г. ОАК: эозинофилия – у пациента эозинофильный эзофагит, в анамнезе бронхиальная астма, аллергическая форма. В БАК: повышение общего билирубина до 45,4 мкмоль/л, прямого билирубина – до 7,6 мкмоль/л – у пациента синдром Жильбера. ЭГДС: картина грубой рубцовой деформации луковицы ДПК, нерезвойной рефлюкс-эзофагита, картина эозинофильного эзофагита, aberrантной поджелудочной железы. При рентгене. Исследования: луковица и петля ДПК рентген. не изменены. Был поставлен диагноз: Язвенная болезнь ДПК, *H. pylori* негативная, ремиссия. Назначена квадротерапия.

Заключение. Подбор эрадикационной терапии пациентам с доказанной аллергией на пенициллины достаточно сложный. В соответствии с нашим опытом, наиболее эффективной схемой является квадротерапия с препаратом висмута, ИПП, тетрациклином, метронидазолом на протяжении 14 дней. Успешная эрадикационная терапия привела к длительной ремиссии язвенной болезни у полиморбидного пациента.

30

ИЗУЧЕНИЕ КРИСТАЛЛОГЕННЫХ СВОЙСТВ HELICOBACTER PYLORI В МОДЕЛЬНЫХ СИСТЕМАХ

Мартусевич А.К., Жданова О.Б., Ковалева Л.К., Суворегина А.В.

Вятский государственный агротехнологический университет, Киров;
Нижегородский государственный агротехнологический университет;
Кубанский государственный медицинский университет,
Краснодар, Россия

Цель исследования: целью исследования служило уточнение кристаллогенез-иницирующей активности *Helicobacter pylori* (Hr) в различных модельных системах.

Материалы и методы исследования. Осуществлен анализ инициированного кристаллообразования Hr в двух сериях экспериментов: в физиологическом растворе (0,9 % растворе хлорида натрия) и в гомогенатах слизистой оболочки желудка, получаемых от пациентов с язвенной болезнью желудка (n = 34). Для проведения первой серии экспериментов изучаемый штамм бактерий предварительно инкубировали в специально подобранных условиях. Получение биоптатов слизистой оболочки желудка производили во время фиброгастроуденоскопии с предварительным получением письменного согласия больного. После получения биоматериала морфологически определяли наличие в нем бактерий Hr, на основании чего выделены группы Hr-позитивных (n = 22) и Hr-негативных (n = 17) пациентов. Статистическую обработку полученных данных осуществляли с применением программ Microsoft Excel 2007 и Statistica 6,0.

Результаты и их обсуждение. Приведенные результаты свидетельствуют о выраженных инициирующих свойствах Hr (экстрацеллюлярный тип микроорганизм-ассоциированного кристаллогенеза), которые наиболее четко визуализируются в абиогенных условиях, но и регистрируются в системе с биологическим субстратом, изменяя его кристаллогенные свойства. Данный параметр изучаемой бактерии может, по нашему мнению, играть существенную роль в патогенезе язвенной болезни гастродуоденальной зоны и, прежде всего, ее осложненных форм за счет непосредственного повреждающего действия относительно крупных кристаллов, образование которых инициируется метаболической активностью микроорганизма in vivo (в толще слизистой оболочки желудка человека или животных).

32

ДИНАМИКА СТИМУЛИРОВАННОГО КИСЛОТООБРАЗОВАНИЯ И АТРОПИНОВОГО ТЕСТА ПРИ ЛЕЧЕНИИ БОЛЕВОГО СИНДРОМА У ПАЦИЕНТОВ С ГИПЕРАЦИДНОСТЬЮ ЖЕЛУДКАОрган А.Н.¹, Мереуц И.Е.¹, Полякова Л.Д.¹, Сандуца С.Г.¹,
Унту Б.П.³, Унту П.Б.³, Гожан Г.В.², Оболешева Г.Ю.⁴¹ Институт физиологии и санокреатологии Государственного
университета Молдовы, ² Поликлиника Госканцелярии,
³ Медицинский центр «Petrumed»,⁴ Центральная поликлиника № 1, Кишинев, Молдова

Цель работы – изучить изменение стимулированного кислотообразования и атропинового теста в зависимости от анальгетического эффекта акупунктуры.

Материалы и методы. На догоспитальном этапе обследовано 59 пациентов с дисфункцией желудка, болевым синдромом и гиперацидностью. Всем пациентам провели акупунктуру и pH-метрию желудка. Болевой синдром оценивали с помощью различных субъективных тестов. У части пациентов использовали пентагастриновый и атропиновый тесты.

Результаты исследования. После лечения, в зависимости от анальгетического эффекта, пациентов разделили на две группы: А – выраженного анальгетического эффекта, Б – незначительного анальгетического эффекта. В группе А pH тела желудка имеет тенденции к увеличению с $1,69 \pm 0,80$ до $1,81 \pm 0,09$ ($p > 0,05$); после введения пентагастрина и атропина pH достоверно увеличивается ($p < 0,05$), соответственно с $1,19 \pm 0,11$ и до $1,57 \pm 0,10$; с $1,47 \pm 0,19$ до $2,03 \pm 0,19$. В группе Б pH тела желудка, после введения пентагастрина и атропина имеют тенденцию к снижению ($p > 0,05$), соответственно с $1,77 \pm 0,05$ до $1,64 \pm 0,05$; с $1,49 \pm 0,37$ до $1,32 \pm 0,04$; с $1,97 \pm 0,10$ до $1,66 \pm 0,12$. Следовательно, интенсивность процесса кислотообразования в зависимости от анальгетического эффекта имеет разнонаправленное влияние.

Выводы. 1) Анальгетическая эффективность акупунктуры составляет 76,3 %. Интенсивность процесса кислотообразования ослабевает. pH стимулированного и блокированного кислотообразования повышается. 2) У 23,7 % отсутствует эффективность акупунктуры. pH тела желудка, стимулированного и блокированного кислотообразования уменьшаются. Стресс усиливается. Акупунктура не показана.

33

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ РЕФРАКТЕРНОЙ К ТЕРАПИИ ИНГИБИТОРАМИ ПРОТОННОЙ ПОМПЫ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ЖЕЛУДКА. ВОЗМОЖНОСТИ ТЕРАПИИ

Осадчук А.М.¹, Хаматнурова Л.Р.², Терешенко Е.А.²¹ Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования, Москва; ² Медицинская компания ИДК, Самара; Россия

Рефрактерная к лечению ингибиторами протонной помпы (ИПП) язвенная болезнь желудка встречается в 5–10 % случаев, даже при успешно выполненной эрадикации *H. pylori* и в отсутствии постоянного приема НПВП.

Пациент Б. 43 лет обратился в октябре 2023 г. с жалобами на боли в эпигастрии после еды и ночью. Известно, что длительное время принимает НПВП 2–3 раза в неделю. По данным ЭГДС выявлена язва антрального отдела желудка диаметром 15 мм. Язвенно-воспалительная деформация привратника и луковицы двенадцатиперстной кишки. По данным гистологического анализа биоптатов краев язвы верифицирован хронический слабовыраженный преимущественно антральный поверхностный гастрит со слабой активностью *H. pylori*-позитивный статус. Стадия гастрита по OLGA 2. Была проведена эрадикация *H. pylori*. На фоне лечения определялось достижение ремиссии, подтвержденная при выполнении ЭГДС. Повторное обращение в январе 2024 г. с теми же жалобами. По данным ЭГДС: эндоскопические признаки поверхностного гастрита. Язвы (в количестве 3) антрального отдела желудка размерами от 6 до 12 мм. Язва луковицы двенадцатиперстной кишки (диаметр 7 мм). *H. pylori*-негативный статус. Гистологическая картина соответствует предыдущему исследованию. Назначена терапия рабепразолом по 20 мг 1 раз в день. Спустя 8 недель терапии отмечается слабая положительная динамика. Рубцеванию подверглась только язва двенадцатиперстной кишки. При этом отмечается некоторое уменьшение диаметра язв желудка. Принято решение о дополнительном назначении ребамипида (Ребагит) в дозе 100 мг 3 раза в сутки в течение 8 недель. Через 4 недели лечения рабепразолом и ребамипидом определялось полное рубцевание всех язв. Рекомендовано продолжить в течение 1 месяца принимать комбинацию рабепразолом и ребамипидом.

Вывод. Комбинированная терапия язв желудка с помощью ИПП и ребамипида может позволить достичь ремиссии заболевания при рефрактерности его лечения к ИПП.

35

ОПЫТ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ГЕНОТИПА CYP2 C19 ПАЦИЕНТА, ГЕНОВ ВИРУЛЕНТНОСТИ *H. PYLORI* И РЕЗИСТЕНТНОСТИ К МАКРОЛИДАМ ДЛЯ ПОВЫШЕНИЯ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЭРАДИКАЦИОННОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

Перфилова К.М.¹, Неумоина Н.В.¹, Шутова И.В.¹, Бутина Т.Ю.¹, Кузнецова И.А.¹, Трошина Т.А.¹, Пятайкин Е.А.²¹ ННИИЭМ им. акад. И.Н. Блохиной,² КДЦ, Нижний Новгород, Россия

Цель: показать практическую значимость фармакогенетического исследования пациентов и определения генетических особенностей *H. pylori* в лечении рецидивирующей язвенной болезни двенадцатиперстной кишки.

Материалы и методы. Проведена ПЦР-детекция ДНК *H. pylori* в желудочном соке и биоптатах слизистой желудка с определением генов вирулентности (*Cag A*, *Vac*) и резистентности к макролидам (ген *ErmB* – метилаза 23S РНК). Исследован генотип CYP2 C19 пациента.

Результаты. Пациент, страдающий язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки более 15 лет, с рецидивами раз в 2–3 года, наблюдался у терапевтов по месту жительства, получал неоднократно лечение, включавшее ингибитор протонной помпы (чаще всего – омепразол), амоксициллин, кларитромицин с положительным эффектом. Контроль эффективности эрадикации не проводился. При последнем обострении обследован в клинике инфекционных болезней ФБУН ННИИЭМ им. акад. И.Н. Блохиной Роспотребнадзора. Выявлена язва двенадцатиперстной кишки. Быстрый уреазный тест на *H. pylori* – положительный. В желудочном соке обнаружена ДНК *H. pylori*, определено наличие генов *Cag A*, *Vac s1 m2*, *erm B*. Генотип CYP2 C19 пациента – сверхбыстрый. По клиническим рекомендациям назначена эрадикационная терапия на 14 дней в составе: рабепразол, тетрациклин, метронидазол в соответствующих дозировках, усиленная энтерол. Достигнуто рубцевание язвы, через 6 недель после лечения получен отрицательный результат ¹³C уреазного дыхательного теста.

Выводы. Фармакогенетические исследования пациента, определение генетической резистентности *H. pylori* к макролидам и генов вирулентности позволяют выделить пациентов, нуждающихся в применении ингибиторов протонной помпы, имеющих внепеченочный метаболизм и выбрать из имеющихся в клинических рекомендациях необходимую комбинацию антибактериальных препаратов для эффективной эрадикации патогена.

34

УРОВЕНЬ ФЕКАЛЬНОГО КАЛЬПРОТЕКТИНА У ПАЦИЕНТОВ С ИНФЕКЦИЕЙ *HELICOBACTER PYLORI* И ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ КИШЕЧНИКА

Осадчук М.А.¹, Миронова Е.Д.¹, Крылова Ю.С.^{2,3}¹ Первый МГМУ им. И.М. Сеченова (Сеченовский университет), Москва; ² ПСПБГМУ им. И.П. Павлова,³ СПб НИИФ, Санкт-Петербург; Россия

Цель исследования – определить связь между инфекцией *H. pylori*, уровнем фекального кальпротектина (ФК) и клиническими симптомами функциональных расстройств кишечника.

Материал и методы. В 1-ю группу было включено 80 пациентов с гастроудоденитом с инфекцией *H. pylori*; 2-я группа – 76 пациентов без инфекции *H. pylori*. В контрольную группу вошли 30 практически здоровых человека. Пациенты были обследованы по единой программе: клинико-лабораторное, инструментальное и гистологическое исследования. Им была выполнена эзофагоудоденоскопия и колоноскопия. Верификация *H. pylori* базировалась на данных гистиобактериоскопии мазков отпечатков со слизистой оболочки антрального отдела желудка. Содержание ФК определялось на экспресс-анализаторе BUHLMANN Quantum Blue.

Результаты. Пациенты первой группы значительно чаще жаловались на боль, чувство жжения и переполнения после приема пищи в эпигастриальной области, тошноту, отрыжку, изжогу, метеоризм, боль по ходу толстого кишечника, чувство неполного опорожнения кишечника после дефекации и болезненность при пальпации в эпигастриальной области и по ходу толстого кишечника по сравнению с группой неинфицированной инфекцией *H. pylori* ($p < 0,05$ для всех). У пациентов с хеликобактерной инфекцией наиболее часто определялись значения ФК в диапазоне от 50 до 200 мкг/г – у 28,75 %, а у пациентов, не инфицированных хеликобактерной инфекцией, – 13,15 % ($p < 0,05$). В группе с гастроудоденитом, ассоциированным с инфекцией *H. pylori*, уровень ФК составил 73,36 мкг/г, в группе не инфицированных пациентов – 54,27 мкг/г, у практически здоровых пациентов – 49,23 мкг/г. ($p < 0,05$).

Заключение. Таким образом, проведенные исследования свидетельствуют о наличии связи между хроническим гастроудоденитом и функциональными расстройствами кишечника, обусловленное наличием инфекции *H. pylori*.

36

ФИЗИОТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ В КОМПЛЕКСНОЙ КОРРЕКЦИИ ВЕГЕТАТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ ПРИ ЭРОЗИВНЫХ ГАСТРИТАХ

Радван Л.М., Антонян В.С., Сикорская Ю.Н., Антонян В.В.

Астраханский ГМУ, Россия

Актуальность. Актуальностью данной работы является изучение физиотерапевтических методов лечения эрозивных гастритов у пациентов, имеющих в клинической картине вегетативные нарушения.

Цель исследования: выявить влияние физиотерапевтических методов лечения на результаты комплексного лечения вегетативных нарушений и качество жизни больных эрозивными гастритами.

Материал и методы. Под наблюдением находилось 40 больных с гастроудоденальными эрозиями в возрасте от 20 до 55 лет с вегетативными нарушениями, диагностированными методом кардиоритмографии (КРГ) НПШ «Нео» «Валента». Острые эрозии наблюдались у 17 пациентов, хронические («полные») эрозии – у 23. Всем больным эрозивными гастритами с вегетативными нарушениями проводилась магнитотерапия аппаратом ПОЛИМАГ-01 в различных режимах. При наличии парасимпатикотонии магнитотерапия сочеталась с низкочастотной трансцеребральной импульсной электротерапией («Электросон-4Т») с частотой импульса 20–40 имп/с, при симпатикотонии частота импульса – 5–12 имп/с. Качество жизни (КЖ) оценивали опросником SF-36. Моторная функция оценивалась электрогастрографией (ЭГТ).

Результаты исследования. При исследовании состояния вегетативной нервной системы по данным КРГ у больных с острыми эрозиями преобладала симпатическая направленность вегетативных расстройств (47 % больных, $p < 0,05$). Парасимпатикотония определена у 17,7 %, эйтония – у 35,3 %. У больных хроническими гастроудоденальными эрозиями в стадии обострения выявлено преобладание парасимпатикотонии (60,8 % больных, $p < 0,05$). Симпатикотония выявлена в 17,5 % случаев, эйтония – у 21,7 % пациентов. Применение в комплексном лечении физиотерапевтических процедур по данным КРГ приводит к сбалансированию работы симпатических и парасимпатических отделов вегетативной нервной системы (коэффициент централизации – 1,5–2,0; дифференциальный индекс ритма ≈ 20 %, индексе напряжения – 30–90 усл. ед.). Улучшение КЖ происходило за счет увеличения показателей физического функционирования, физической боли, эмоционального и социального функционирования ($p < 0,05$). По данным ЭГТ нормализовалась моторная функция желудка (79 %).

Выводы. Проведение физиотерапевтического лечения способствует нормализации вегетативного статуса и улучшению показателей КЖ у 86 % больных гастроудоденальными эрозиями.

37

ИНДЕКС ПРОЛИФЕРАЦИИ ЭПИТЕЛИОЦИТОВ ЖЕЛУДКА У *HELICOBACTER PYLORI*-ПОЗИТИВНЫХ БОЛЬНЫХ С АНТРАЛЬНЫМ АТРОФИЧЕСКИМ ГАСТРИТОМ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ НАЛИЧИЯ ДИСПЛАЗИИ ВЫСОКОЙ ИЛИ НИЗКОЙ СТЕПЕНИ

Рябоконе Р.В.^{1,2}, Цуканов В.В.¹, Хоржевский В.А.², Васютин А.В.¹, Тонких Ю.Л.¹

¹ ФИЦ КНЦ СО РАН, НИИ медицинских проблем Севера, ² Красноярское краевое патолого-анатомическое бюро, Красноярск, Россия

Цель работы – исследовать пролиферативную активность эпителиоцитов желудка у пациентов с *Helicobacter pylori*-позитивным антральным атрофическим гастритом в зависимости от наличия дисплазии высокой или низкой степени.

Материалы и методы. В исследование были включены 20 лиц с неатрофическим антральным гастритом (группа А), 20 пациентов с атрофическим антральным гастритом и дисплазией низкой степени (группа В) и 20 больных атрофическим антральным гастритом и дисплазией высокой степени (группа С). В исследование были включены только пациенты с инфекцией *Helicobacter pylori*. Диагностику дисплазии слизистой оболочки желудка проводили согласно классификационным рекомендациям ВОЗ (Nagtegaal I.D. et al., 2020). Активность пролиферации изучали иммуногистохимически по экспрессии ядерного белка Ki67. Исследование выполнено в рамках государственного задания Федерального исследовательского центра «Красноярский научный центр» Сибирского отделения РАН, номер государственной регистрации FWES-2024-0035.

Результаты. Суммарный показатель экспрессии Ki67 вне очагов дисплазии в эпителиоцитах желудка составил 26,8 % [24,0–29,8 %] в группе А, 31,4 % [26,0–34,6 %] ($p_{A-B} = 0,048$) в группе В и 34,5 % [28,3–38,2 %] ($p_{A-C} = 0,03$; $p_{B-C} = 0,1$) в группе С. Индекс пролиферации в очагах дисплазии был равен 53,8 % [44,7–58,1 %] при дисплазии низкой степени ($p < 0,001$) и 91,3 % [90,1–94,9 %] при дисплазии высокой степени ($p < 0,001$; $p_{B-C} < 0,001$).

Заключение. В очагах дисплазии у пациентов с атрофическим антральным гастритом индекс пролиферации эпителиоцитов был значительно более высоким в сравнении с лидами без дисплазии, что свидетельствует о повышенном риске канцерогенеза.

39

ВОЗМОЖНОСТЬ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ КЛАССИФИКАЦИИ КИМУРА – ТАКЕМОТО ДЛЯ РАЦИОНАЛИЗАЦИИ ДИАГНОСТИКИ ПРЕДРАКОВЫХ ИЗМЕНЕНИЙ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ЖЕЛУДКА

Соколова К.С., Тряпичин А.В.

Санкт-Петербургский государственный университет, Россия

Цель: определить соответствие между ранней стадией признаков атрофических изменений С1, выявленных с использованием эндоскопической классификации Кимура – Такемото, и атрофией слизистой оболочки желудка (СОЖ), по системе OLGA.

Материалы и методы. Ретроспективно были проанализированы 362 истории болезни пациентов (173 – мужчины, 189 – женщины). Средний возраст составил 56,1 лет, стандартное отклонение – 12,9 лет), медиана – 57 лет (минимальный – 20 лет, максимальный – 84). Всем обследованным выполнялась ЭГДС с визуальной оценкой состояния СОЖ по классификации Кимура – Такемото. Всем пациентам проводился забор гистологического материала в соответствии с модифицированной Сиднейской системой. Биоптаты оценивались по системе OLGA, а также указывалось наличие и распространенность кишечной метаплазии (КМ).

Результаты. У 106 пациентов из 362 (29 %) визуально была определена стадия атрофии С1 в соответствии с эндоскопической классификацией и отсутствовали макроскопические признаки кишечной метаплазии или неоплазии. По данным гистологического исследования биоптатов, ни у одного пациента из данной подгруппы не было признаков неоплазии. Только 3 человека (2,8 %) нуждались в диспансерном наблюдении в связи с выявленной атрофией III стадии по OLGA. Следует отметить, что морфологически у всех троих была выявлена активная инфекция Хеликобактер Пилори.

Выводы: в рамках проанализированной выборки было установлено, что у 103 из 106 пациентов (97,2 %) со стадией атрофии С1 в сочетании с отсутствием макроскопических признаков кишечной метаплазии и неоплазии не было существенного риска развития рака желудка.

Обсуждение: в настоящее время согласно распоряжению МЗ РФ от 27.04.21 №404н проведение профилактической ЭГДС необходимо гражданам в возрасте от 45 лет. В условиях ограниченных ресурсов, допустимо не проводить стандартную биопсию лицам с признаками атрофии С1 по классификации Кимура – Такемото в отсутствии дополнительных показаний.

38

ОЦЕНКА СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО СТАТУСА ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА

Синцова С.В.

Кировский ГМУ, Россия

Цель: оценить стоматологический статус и выявить распространенность поражений слизистой оболочки полости рта при заболеваниях желудочно-кишечного тракта.

Материалы и методы. Визуальная оценка состояния полости рта проведена у 54 человек (29 мужчин и 25 женщин), средний возраст – 46,52 ± 12,9 л.

Результаты. Заболевания желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) были выявлены у 48 % обследованных пациентов (хронический поверхностный гастрит – 64,3 %, хронический атрофический гастрит – 25 %, гастродуоденит неуточненный – 3,6 %, гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ) – 32,1 %, дуодено-гастральный рефлюкс – 10,7 %, язвенный колит – 3,6 %, хронический панкреатит – 10,7 % пациентов. Среднее количество заболеваний ЖКТ на одного пациента было равным 2 ± 0,15. Распространенность проявлений на слизистой оболочке полости рта на одного обследуемого в группе с заболеваниями ЖКТ составило 1,61 ± 0,56, в группе без заболеваний ЖКТ – 0,85 ± 0,73. У людей, имеющих заболевания ЖКТ, чаще встречаются налет на языке и десквамативный глоссит, у лиц, не имеющих заболеваний ЖКТ – налет на языке и складчатый язык. Проведение корреляционного анализа показало наличие прямой сильной статистически достоверной корреляционной связи между длительными хроническими заболеваниями желудка и появлением налета на языке (коэффициент корреляции – 0,99 ± 0,14, критерий достоверности – $t = 7,07$), а также наличием десквамативного глоссита (коэффициент корреляции – 0,98 ± 0,2, критерий достоверности – $t = 4,9$).

Заключение. Стоматологический статус пациентов с хроническими заболеваниями желудочно-кишечного тракта демонстрирует высокий показатель распространенности изменений слизистой оболочки полости рта.

40

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ПРЕПАРАТА МАКМИРОР В ЭРАДИКАЦИОННОЙ ТЕРАПИИ *H. PYLORI* В ПЕДИАТРИИ И ГЕРИАТРИИ ПРИ РЕАБИЛИТАЦИИ СЕМЬЯМИ

Солонница Л.П.

ООО «Гастро» Сургут, Россия

Цель работы: используя противомикробный, противопротозойный и противогрибковый спектр Макамиорола изучить эффективность препарата, учитывая его низкую токсичность, что обуславливает широкий спектр его клинического применения.

Материалы и методы. В период с 2013–2023 гг. нами пролечено 53 семьи с общим количеством членов 195 человек. Взрослого населения 122 чел., где 16 человек – родители наших пациентов и 73 ребенка. Из 112 человек взрослых 106 пациентам с эрозивным гастритом и язвенной болезнью в возрасте 28–42 года проведена эрадикационная терапия тройной (75 человек – 70,8 %) и остальным четырехкомпонентной схемой. Диагностика геликобактерной инфекции проводилась серологическим методом (86 положительных тестов – 81,1 %, гистологическим – 68,2 %, бактериологическим – 60,4 %, а контроль эрадикации осуществлялся гистологическим и бактериологическим методом. Диагностика и контроль *H. pylori* в гериатрии и педиатрии проводился дыхательным тестом с подготовкой и определением антигена в кале методом иммунохроматографии.

Результаты. Родители наших пациентов (16 человек), возраст 67–74 года с отягощенным анамнезом по сердечно-сосудистым, бронхолегочным, костно-мышечным заболеваниям. Возраст 75 детей – 7–12 лет, с анамнезом частые простудные заболевания у 52 (71,2 %) и текущие гельминтозы у 34 (46,6 %). Возрастные пациенты получали Макирор по 400 мг 3 раза в день во время еды 14 дней. Дети – из расчета 15 мг на кг веса в 2 приема 10 дней. Контроль эрадикации проводился через 4–6 недель. Подтверждение эрадикации у взрослых пациентов из 106 человек у 95 (89 %), в гериатрии у 14 из 16 (87,5 %), у детей 68 из 73 (93,1 %).

Выводы. Используя широкий спектр лечебного действия и низкую токсичность препарата Макирор, его можно успешно применять при эрадикации геликобактерной инфекции в гериатрии и педиатрии при лечении семьями.

41

АНТИБИОТИКОРЕЗИСТЕНТНОСТЬ *HELICOBACTER PYLORI* ПРИ ЛЕЧЕНИИ КИСЛОТОЗАВИСИМЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В ПРАКТИКЕ УЧАСТКОВОГО ВРАЧА В КУРСКОЙ ОБЛАСТИ

Степченко А.А., Калугин А.А., Железнова Н.В., Корниенко Т.Г.,
Шурова Т.И., Краснорудская М.О.

Курский государственный медицинский университет,
Курская областная клиническая многопрофильная больница, Россия

Цель исследования: изучение устойчивости НР к кларитромицину и сравнение ее с частотой применения антибиотиков по другим причинам у пациентов с ГЭРБ.

Материалы и методы исследования. Обследовано 156 пациентов с ГЭРБ без эзофагита или с эзофагитом степень А по Лос-Анджелесской классификации. Возраст пациентов был от 21 до 55 лет (средний возраст составил 38 лет (IQR 29–46)). Из 50 биоптатов с использованием полимеразной цепной реакции (ПЦР) для определения процента инфицированности населения *Helicobacter pylori* с последующим выявлением мутаций T2182C, A2142G/C и A2143G в образцах ДНК *Helicobacter pylori* для определения процента резистентности *Helicobacter pylori* к кларитромицину.

Результаты исследования. Частота обнаружения мутации T2182C составила 10,3 % (обнаружена в образцах № 3, 4, 22 из 29). Мутация A2142G/C не найдена. Частота обнаружения мутации A2143G обнаружена 13,79 % (образцы № 1, 18, 23 и 24). Таким образом, устойчивость НР к кларитромицину составила 24,13 %. В истории болезни у 156 пациентов с ГЭРБ выявлено, что участковыми препаратами назначаются макролиды – в 25 % случаев, амоксициллин – у 21 % пациентов и левофлоксацин – у 10 % пациентов, тетрациклин применялся в 2 % случаев, а метронидазол – менее чем в 1 % случаев.

Выводы. Устойчивость НР к кларитромицину, определенная молекулярным методом, у пациентов с ГЭРБ составила 24,13 %. Согласно амбулаторным картам кларитромицин применялся у обследованных пациентов в 25 % случаев, что сопоставимо с частотой резистентности НР, выявленной молекулярным методом.

43

ЭВОЛЮЦИЯ ФАРМАКОЛОГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ЗА 100 ЛЕТ

Ткачев А.В., Мазовка К.Е., Мкртчян Л.С., Судьина Л.В.,
Коновал Н.В.

РостГМУ, Ростов-на-Дону, Россия

Цель исследования: рассмотреть эволюцию фармакологического лечения язвенной болезни за 100 лет.

Материалы и методы. Определить изменения в подходе специалистов к лечению язвенной болезни, представленном в зарубежных и российских публикациях.

Результаты. Более века основным патогенетическим фактором язвенной болезни считалось воздействие соляной кислоты на слизистую оболочку желудка, прежде чем были правильно установлены механизмы этой секреции. Знаменитая парадигма Шварца «нет кислоты – нет язвы» доминировала в медицинском подходе к язвенной болезни на протяжении большей части 20 века. Нейтрализация кислоты с применением щелочей (карбонат кальция, бикарбонат натрия, гидроксид магния, субкарбонат висмута и гидроксид алюминия) была единственным фармакологическим вмешательством в рекомендациях с 1927 по 1975 год. Атропин и другие антимукарбиновые средства в основном применялись для купирования пилороспазма. Переход к парадигме подавления кислоты начался с появлением антагониста рецептора гистамина-2 циметидина в 1979 году, ингибитора протонной помпы омепразола в 1985 году и агониста простагландинов мизопростола в 1992 году. Защита слизистой оболочки улучшилась с появлением карбеноксолона в 1975 г. и сукральфата в 1985 г. Наконец, антимикробная терапия *H. pylori* была систематизирована в 1996 г.

Заключение. Фармакологическое лечение язвенной болезни оставалось архаичным даже в 20 веке. Фундаментальный прогресс произошел за очень короткий период (1979–1996 гг.) и был обусловлен сменой парадигмы от нейтрализации кислоты к дополнительному подавлению, а затем и к признанию роли инфекции *H. pylori*.

42

ОСЛОЖНЕННОЕ ТЕЧЕНИЕ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

Сучкова Е.В., Иванова Г.С., Горбунов А.Ю., Зеленин В.А.,
Бариева Л.Р., Тешабаева Д.С.

Ижевская государственная медицинская академия, Россия

Цель: изучить факторы риска осложненного течения язвенной болезни по результатам патологоанатомического исследования.

Материалы и методы. Нами было проанализировано 55 протоколов патологоанатомических вскрытий за период с 2020 по 2022 год на базе БУЗ «Республиканское патологоанатомическое бюро» МЗ Удмуртской Республики с диагнозом «Язвенная болезнь желудка» (30 пациентов) и «Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки» (25 человек), осложненных кровотечением. Пациенты были в возрасте от 30 до 90 лет. В возрасте от 31 до 50 лет было 3 человека (5,4 %), 51–70 лет – 20 человек (36,3 %), 70–90 лет – 32 человека (58,3 %). Из них мужчин было 28 человек (50,9 %), женщин – 27 (49,1 %).

Результаты. Совпадение патологоанатомического и клинического диагноза «язвенная болезнь» отмечено у 47 человек (85,5 %). Перфорация язвы отмечалась у 7 человек (12,7 %), перитонит – у 4 человек (7,2 %). В большинстве случаев причиной смерти была полиорганная недостаточность – у 24 человек (44 %). Геморрагический шок стал причиной неблагоприятного исхода у 10 человек (18 %), сердечная недостаточность – у 9 (16 %), постгеморрагическая анемия – у 7 (13 %), отек, дислокация головного мозга – у 3 (5 %), синдром эндотоксикоза – у 2 (4 %). Среди сопутствующей патологии были выявлены: атеросклеротическое поражение сердечно-сосудистой системы в 35 случаях (63,6 %), хроническая ишемическая болезнь сердца – в 31 (56,3 %), хронический бронхит – в 30 (54,5 %), гипертоническая болезнь – в 19 случаях (34,5 %).

Заключение. Среди пациентов с язвенной болезнью, осложненной язвенным кровотечением, преобладал возраст старше 70 лет, с преимущественным поражением сердечно-сосудистой системы. При этом основной причиной смерти явилась полиорганная недостаточность.

44

ТИПЫ КИШЕЧНОЙ МЕТАПЛАЗИИ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ У ПАЦИЕНТОВ СО ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМ НОВООБРАЗОВАНИЯМИ ЖЕЛУДКА СЕВЕРО-ЗАПАДНОГО ФЕДЕРАЛЬНОГО ОКРУГА РОССИИ

Тряпцын А.В., Барановский А.Ю., Соколова К.С.

Санкт-Петербургский государственный университет, Россия

Хронический атрофический гастрит с формированием кишечной метаплазии (КМ) слизистой оболочки желудка (СОЖ) является важным звеном в развитии злокачественных новообразований (ЗНО). В настоящее время, как в зарубежных, так и в отечественных клинических рекомендациях большее значение уделяется наличию неполной КМ, как более неблагоприятного фактора риска желудочного канцерогенеза. В доступной нам литературе не встречалось научных данных, освещающих эту проблему относительно населения Российской Федерации в целом и Северо-Западного федерального округа (СЗФО) в частности. На доступной нам выборке был проведен анализ результатов биопсии слизистой оболочки у пациентов с ЗНО желудка различных типов.

Всего было проанализировано 50 результатов мультифокальной биопсии СОЖ у пациентов с ЗНО желудка различного типа среди пациентов СЗФО. Всего в группу вошли 38 человек, у 7 из которых биопсия выполнялась повторно, ещё у одного человека трёхкратно, и одного четырёхкратно за период наблюдения. Количество биоптатов в одном исследовании варьировалось от трёх до пяти фрагментов, включающих в себя обязательно антральный отдел, тело желудка и в некоторых случаях из кардиальной части и дна органа.

В 17 случаях в биоптатах была выявлена изолированная полная КМ, в 20 случаях – КМ смешанного характера (полная и неполная). В 13 случаях при мультифокальной биопсии не удалось выявить атипичных для желудка клеток, однако необходимо отметить, что 7 из них приходилось на 3 пациентов из выборки, которым проводилась неоднократная биопсия СОЖ. Ещё в 2 случаях при повторных биопсиях выявлялся разный тип КМ (полная и смешанного характера). Изолированной неполной КМ в нашей выборке выявлено не было.

Хотя данный анализ включил ограниченное количество наблюдений, он показал, существенное отличие от результатов исследований, проведённых как в Западной Европе, так и в Северной Америке. Тезис о том, что атрофический гастрит с полной КМ обладает меньшим риском развития рака желудка не подтвердился нашими данными. В нашем исследовании отсутствовали случаи развития ЗНО на фоне неполной КМ СОЖ.

45

ВОЗМОЖНОСТИ РАСШИРЕНИЯ ПРИМЕНЕНИЯ И ПОВЫШЕНИЯ ИНФОРМАТИВНОСТИ УРЕАЗНОГО ДЫХАТЕЛЬНОГО ТЕСТА С ¹³C МЕЧЕННОЙ МОЧЕВИНОЙ

Трипшцын А.В., Игнатъева Е.С., Барановский А.Ю., Соколова К.С.

Санкт-Петербургский государственный университет, Россия

Одним из ведущих и наиболее информативных методов диагностики инфекции *Helicobacter pylori* (*H. pylori*) является уреазный дыхательный тест с ¹³C меченой мочевиной. Тем не менее, исходя из фундаментальных основ метода, остаётся не вполне понятно насколько сильно может влиять на выявление инфекции поздний приём пищи и приём ингибиторов протонной помпы (ИПП). В клинической практике часто складывается ситуация, что необходимо в кратчайшие сроки установить причину эрозивно-язвенных изменений, выявленных при ЭГДС, относительно которых нет данных о наличии или отсутствии инфекции *H. pylori*. При этом не всегда является безопасным у таких пациентов отмена препаратов ИПП, а перенос сроков лечения может привести к переносу жизненно важных операций и ухудшению прогноза течения заболевания, по поводу которого они назначены. С целью решения этой проблемы нами была исследована группа пациентов, обратившаяся по поводу заболеваний, связь которых с инфекцией *H. pylori* была достоверно подтверждена. В группу вошли 11 пациентов. Согласно стандартной инструкции к проведению теста, все они не подходили для исследования. У 8 из них приём пищи у них осуществлялся в период от 1,5 до 4 часов до исследования, 5 пациентов принимали препараты ИПП в промежуток менее 14 дней, у двоих обследованных сочетались эти два относительных противопоказания. Для диагностики инфекции *H. pylori* использовалась расширенная методика с забором проб воздуха через 15, 30, 35 минут после приёма препарата ¹³C меченой мочевины.

Из 11 проб 10 оказались положительными, что составило 91 % чувствительности. Одна отрицательная проба была у пациента с поздним приёмом пищи. При этом ещё у 2 была положительной одна из проб, выполненных на 15-й и 35-й минуте.

Заключение. В ситуации, когда уреазный дыхательный тест с ¹³C меченой мочевиной может быть выполнен в рамках одного посещения пациента – его положительному результату можно доверять в случае, если удастся выполнить исследование с тремя контрольными пробами.

47

ИММУНОГИСТОХИМИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ БИЛИАРНОГО ГАСТРИТА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ *H. PYLORI* СТАТУСА У ПАЦИЕНТОВ С ПЕРЕНЕСЕННОЙ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИЕЙ ПО ПОВОДУ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ

Фоминных Ю.А., Кизимова О.А., Гнутов А.А., Успенский Ю.П., Насыров Р.А.

НМИЦ им. В.А. Алмазова, СПбГПМУ, Санкт-Петербург, Россия

Цель исследования: оценить выраженность экспрессии эндотелиальных маркеров (CD34, VEGF) и маркера кишечной пролиферации (CDX2) у пациентов с билиарным гастритом в зависимости от *H. pylori*-статуса.

Материалы и методы. В исследование включены данные 100 пациентов с желчнокаменной болезнью (ЖКБ) и плановой холецистэктомией (ХЭ). Через 6 месяцев после оперативного вмешательства были сформированы три группы: I – 35 пациентов с НР-неассоциированным хроническим гастродуоденитом, II – 35 пациентов со смешанным гастродуоденитом (сочетанное влияние патологического дуоденогастрального рефлюкса (ДГР) и *H. pylori*-инфекции), III – 30 пациентов с билиарным гастритом. Через 12 месяцев после ХЭ выполнялась фиброэзофагогастродуоденоскопия с биопсией слизистой оболочки желудка и последующим иммуногистохимическим исследованием маркеров CD34, VEGF и CDX2.

Результаты исследования. В группе I не было обнаружено статистически значимой экспрессии маркеров CD34, VEGF и CDX2. В группе II выявлена выраженная положительная экспрессия эндотелиальных маркеров CD34, VEGF в теле ($p = 0,004$ и $p = 0,001$ соответственно), антрального отдела желудка ($p = 0,019$ и $p = 0,011$ соответственно) и маркера кишечной пролиферации CDX2 в антральном отделе желудка ($p = 0,004$). В группе III получено увеличение экспрессии CD34 и VEGF в кардиальном ($p = 0,003$ и $p = 0,001$ соответственно) и антральном отделах желудка ($p = 0,002$ и $p = 0,001$ соответственно) без статистически значимых отличий в экспрессии CDX2.

Заключение. Наиболее выраженные изменения отмечены в группе с сочетанным воздействием патологического ДГР и *H. pylori*-инфекции, характеризующиеся положительной экспрессией маркеров ангиогенеза и кишечной пролиферации, указывающих на прогрессирование воспаления в слизистой оболочке желудка с развитием кишечной метаплазии и последующей трансформацией в рак.

46

АЛЬФА-ГЛУТАМИЛ-ТРИПТОФАН В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО *H. PYLORI*-АССОЦИИРОВАННОГО АТРОФИЧЕСКОГО ГАСТРИТА

Успенский Ю.П.^{1,2}, Фоминных Ю.А.¹, Барышникова Н.В.^{2,3}, Иванов С.В.², Гнутов А.А.¹, Гулунов З.Х.¹, Соусова Я.В.¹, Петленко С.В.⁴, Краснов А.А.⁵, Априятна В.А.⁶¹ СПбГПМУ, ² ПСПбГМУ им. И.П. Павлова, ³ ИЭМ, ⁴ НКЦТ им. акад. С.Н. Голикова, ⁵ РГПУ им. А.И. Герцена, ⁶ СПбГУ, Санкт-Петербург, Россия

Цель исследования: оценка эффективности альфа-глутамил-триптофана в качестве стимулятора репарации и противовоспалительного средства в сравнении с плацебо в составе комплексной терапии хронического атрофического *H. pylori*-ассоциированного гастрита (ХАГ).

Материалы и методы. 116 больным ХАГ до и после лечения выполнялись: анализ крови «Гастропанель», ФГДС с биопсией из зоны атрофии слизистой оболочки желудка (СОЖ), быстрый уреазный тест на наличие *H. pylori*, суточная рН-метрия. Всем пациентам назначался стандартный курс эрадикационной терапии, затем в соответствии с рандомизацией назначался исследуемый препарат ($n = 58$) или плацебо ($n = 58$) два раза в сутки на 28 дней.

Результаты. На фоне приема альфа-глутамил-триптофана в сравнении с плацебо выявлено статистически значимое: увеличение индекса кислотности по данным суточной рН-метрии ($p = 0,001$), увеличение коэффициента соотношения пепсиноген I / пепсиноген II ($p = 0,003$) по тесту «Гастропанель», снижение количества клеток воспалительной инфильтрации, повышение количества желез на 1 мм^2 СОЖ ($p = 0,028$) по данным морфометрии, снижение выраженности отека СОЖ ($p = 0,008$), общей совокупности признаков острого воспалительного процесса ($p = 0,006$), снижение доли исходов с негативной динамикой воспалительного процесса ($p = 0,038$) по данным ФГДС.

Выводы: альфа-глутамил-триптофан при лечении ХАГ обладает превосходящей регенераторной и противовоспалительной эффективностью, в сравнении с плацебо, способствует восстановлению кислотообразующей и пепсинообразующей функций желудка.

48

ПОЛИМОРФИЗМ ГЕНОВ МАРКЕРОВ АПОПТОЗА В КРОВИ У КОРЕННЫХ ЖИТЕЛЕЙ С РАКОМ ЖЕЛУДКА В РЕСПУБЛИКЕ ТЫВА

Цуканов В.В.¹, Васютин А.В.¹, Смольникова М.В.¹, Хирлиг-оол С.Х.², Тонких Ю.Л.¹¹ ФИЦ КНЦ СО РАН, НИИ медицинских проблем Севера, Красноярск; ² Республиканский онкологический диспансер, Кызыл; Россия

Цель работы – исследовать полиморфизм генов маркеров апоптоза *CASP9* (rs1052576), *FAS/APO-1* (rs2234767), *TP53* (rs1042522) в крови у коренных жителей с раком желудка в республике Тыва.

Материалы и методы. Было обследовано 107 тувинцев (47 человек с некардиальным раком желудка и 60 практически здоровых лиц в возрасте от 18 до 60 лет). Диагноз рака желудка устанавливались на основании комплексного обследования онкологами на базе онкологического диспансера. Генотипирование полиморфизмов rs1052576 гена *CASP9*, rs2234767 гена *FAS/APO-1* и rs1042522 гена *TP53* произведено в выделенных из венозной крови образцов ДНК у всех 47 пациентов с раком желудка и у 60 практически здоровых лиц методом полимеразной цепной реакции в реальном времени на амплификаторе Rotor Gene Q (QIAGEN, Германия).

Результаты. У больных раком желудка в сравнении со здоровыми лицами среди коренных жителей республики Тыва чаще регистрировались мутантный аллель G (44,7 % против 27,5 %; $p = 0,01$) и гомозиготный генотип GG (23,4 % против 6,7 %; $p = 0,03$) полиморфизма rs1042522 *TP53*, а также мутантный аллель A (57,4 % против 32,5 %; $p < 0,001$) и гомозиготный генотип AA (31,9 % против 15,0 %; $p = 0,05$) полиморфизма rs2234767 *FAS/APO-1*. Частота различных генотипов и аллелей полиморфизма rs1052576 *CASP9* не имела достоверных отличий у больных раком желудка и здоровых лиц.

Заключение. Аллель A rs2234767 *FAS/APO-1* и нарушение антионкогенной функции белка p53, продуцируемого аллелем G rs1042522 *TP53* ассоциированы с патологией и могут быть использованы в качестве маркеров для определения повышенного риска рака желудка в популяции коренных жителей республики Тыва.

49

**ГЕНОТИПЫ *HELICOBACTER PYLORI* ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ
ВЕРХНЕГО ОТДЕЛА ПИЩЕВАРИТЕЛЬНОГО ТРАКТА**

Юлдошева З.Х., Пулатов Д.И., Ишанкулова Д.М.

Институт гастроэнтерологии, Душанбе, Таджикистан

Цель исследования: изучение генотипов *Helicobacter pylori* при заболеваниях верхнего отдела пищеварительного тракта.

Материалы и методы исследования. Клиническое обследование проведено у 38 больных (22 мужчин и 16 женщин) в клинике Института гастроэнтерологии Республики Таджикистан. Больные разделены на 2 группы: 1-я группа – 11 пациентов с язвенной болезнью желудка, 2-я группа – 4 пациента с раком желудка. Всем больным проводились эзофагогастродуоденоскопия с взятием биоптата слизистой оболочки желудка, морфологическое исследование слизистой желудка и двенадцатиперстной кишки. Генотипы *H. pylori* были изучены методом ПЦР.

Результаты исследования. При эндоскопическом исследовании у 11 больных с язвенной болезнью обнаружены язвы различного диаметра (0,5–2 см). По краям язвы наблюдались кровоизлияния. Морфологическое исследование показало некротическое изменение поверхностного эпителия и скопление *H. pylori*, которые, проникая в эпителиальные клетки, вызывали их апоптоз. В очагах язвенного дефекта обнаруживалась лейкоцитарная и лимфоцитарная инфильтрация. Вокруг язвы выявлялась метаплазия слизистой. При проведении ПЦР-диагностики генотипов *H. pylori* у 10 (95 %) больных с язвой желудка обнаруживались CagA и VacA (субтипы s1s1 и s1m2) штаммы. Субтипы IseA (iseA1 и iseA2) определялись у всех 11 (100 %) пациентов. У 4 (100 %) больных раком желудка обнаруживалась инфильтративная форма рака желудка. Гистологически подтвердилась аденокарцинома желудка. Обсемененность *H. pylori* слизистой была высокой и определялась в слизи, в очагах кровоизлияния и в участках неоплазмы. Генотипирование показало присутствие всех штаммов *H. pylori* CagA, VacA (субтипы s1s1 и s1m2) и IseA (iseA1 и iseA2). Обнаружена выраженная лимфоцитарная и лейкоцитарная инфильтрация в строме опухоли.

Вывод. Высокая обсемененность *H. pylori*, степень воспаления и метаплазии зависит от вирулентных его штаммов. Своевременное выявление вирулентных штаммов бактерии позволит разработать эффективные схемы эрадикационной терапии с целью предотвращения прогрессирования заболеваний и возникновения осложнений.

50

**ОСОБЕННОСТИ ПОЛИПОВИДНЫХ ОБРАЗОВАНИЙ
СЛИЗИСТОЙ ЖЕЛУДКА У ПАЦИЕНТОВ
КАРДИОХИРУРГИЧЕСКОГО СТАЦИОНАРА**Якубчик Т.Н.¹, Бондарчук Л.К.²

¹ Гродненский государственный медицинский университет,
² Гродненский областной клинический кардиологический центр,
Беларусь

Целью данной работы явилось изучение частоты выявления полиповидных образований желудка и определение тактики ведения таких пациентов.

Материалы и методы. Под наблюдением находились пациенты, госпитализированные в стационар УЗ «ГОККЦ» с диагнозом ИБС, получавшие стандартную терапию согласно Клиническим протоколам МЗ РБ. ЭГДС было проведено у 290 пациентов, поступивших перед инвазивными методами обследования коронарного русла. Всем была выполнена биопсия и микроскопическое исследование на Нр.

Результаты. Из данной когорты пациентов – 27 человек, по данным ЭГДС имели полиповидные образования – 9,3 %. Из них в 17 случаях очаговое расширение фундальных желез в теле желудка, не ассоциированных с Нр – 63 %; у 7 выявлены гиперпластические полипы, ассоциированные с Нр – 26 %; у 2 – аденома антрального отдела желудка – 7 %; у 1 пациента – диффузный полипоз. Пациентам с полипами фундальных желез, относящихся к симптоматическим, так как все 17 пациентов постоянно принимают ИПП, рекомендовали ЭГДС-наблюдение и оценку желудочной серологии для оптимизации по приему данной группы препаратов. Пациентам с гиперпластическими полипами рекомендовали обязательную эрадикацию Нр и ЭГДС-наблюдение. Учитывая высокий риск рецидива такого вида полипов, эндоскопическая полипэктомия не рекомендовалась. А пациентам с аденомами была рекомендована обязательная подслизистая эндоскопическая диссекция единым блоком, после улучшения общего состояния по основному заболеванию. Пациент с диффузным полипозом направлен под наблюдение гастроэнтеролога.

Заключение. Таким образом, полиповидные образования желудка при эндоскопической диагностике у пациентов, госпитализированных с диагнозом ИБС часто встречаются, имеют различную морфологическую характеристику что определяет дальнейшую тактику их ведения.

Тонкая кишка

51

ВЛИЯНИЕ ПОСЛЕДСТВИЙ РЕЗЕКЦИИ ТОНКОЙ КИШКИ НА БАРЬЕРНУЮ И ПИЩЕВАРИТЕЛЬНУЮ ФУНКЦИЮ

Ахмадуллина О.В., Смирнова О.А., Кузьмина Т.Н., Князев О.В., Сергеева А.В.

ГБУЗ МКПЦ им. А.С. Логинова, Москва, Россия

Актуальность. При синдроме резецированного кишечника возникают нарушения физиологического процесса пищеварения, развивается ухудшение переваривания и всасывания пищи. Кишечное мембранное пищеварение – пристеночное пищеварение, осуществляемое в слое слизи между микроворсинками тонкого кишечника и непосредственно на их поверхности в гликокаликсе. Нарушение барьерной функции кишечного эпителия обуславливает проникновение микроорганизмов, токсинов, некоторых белков в кровеносную и лимфатическую систему. Одним из маркеров является анализ крови и кала на альфа1-антитрипсин.

Цель исследования: изучить мембранное пищеварение и барьерную функцию кишечника у пациентов после резекции тонкой кишки.

Материалы и методы исследования. В исследование включено 24 пациента (15 женщин и 9 мужчин, средний возраст составил $42,1 \pm 11,8$ лет) с резекцией проксимальных отделов тонкой кишки по поводу спаечной кишечной непроходимости, мезентериального тромбоза, находившихся на обследовании и лечении в ГБУЗ МКПЦ им. А.С. Логинова ДЗМ с 2021 по 2024 гг. Пациентам были проведены исследования активности карбогидраз тонкой кишки, а также исследование ее барьерной функции.

Результаты. При исследовании биоптата слизистой оболочки тонкой кишки выявлены: активность глюкоамилазы $243,0 \pm 58,4$ нг глюкозы/мг ткани*мин, мальтазы $1572,0 \pm 498,0$ нг глюкозы/мг ткани*мин, сахаразы $124,0 \pm 51,0$ нг глюкозы/мг ткани*мин соответствовала нормальным средним показателям. Активность лактазы умеренно снижена $21,0 \pm 15,1$ нг глюкозы/мг ткани*мин, что требует безлактозной диеты. Уровень альфа1-антитрипсина в крови (Me – $185,6$, min – $82,1$; max – 2280) и в кале повышен (Me – $54,5$, min – $21,8$; max – 220), что указывает на нарушение мембранного пищеварения с потерей белковых соединений.

Выводы. Полученные данные отражают нарушение мембранного пищеварения у пациентов после резекции тонкой кишки: в виде лактазной недостаточности, при сохраненной активности глюкоамилазы, мальтазы, сахаразы, что требует назначения безлактозной диеты. С учетом выявленного увеличения альфа1-антитрипсина в крови и в кале, требуется повышенное количество белка в диете, в отдельных случаях дополнительное белково-энергетическое питание, парентеральное введение растворов аминокислот, терапия энтеропротекторами.

53

ЦЕЛИАКИЯ ВЗРОСЛЫХ, ВПЕРВЫЕ ВЫЯВЛЕННАЯ

Корнусова А.Б.

Первый Московский государственный медицинский университет им. И. М. Сеченова (Сеченовский университет), Россия

Цель работы: Клиническое наблюдение иллюстрирует дебют целиакии взрослых на фоне провоцирующего фактора.

Клинический случай. Пациентка М., 54 г., поступила с жалобами на обильный водянистый стул до 7 раз в сутки без патологических примесей в том числе ночью, похудание на 6 кг за 4 месяца, метеоризм, усиливающийся после еды, общую слабость. Из анамнеза известно, что ранее подобных жалоб не возникало, периодически проводилось обследование в рамках диспансеризации. За 3–4 месяца до появления вышеуказанных жалоб пациентка перенесла сильный психоэмоциональный стресс. При объективном осмотре отмечалась астения, болезненность при пальпации в околопупочной области. В клинике проведено обследование. В лабораторных анализах обращало на себя внимание железодефицитная анемия легкой степени тяжести, гипоальбуминемия, гипопроteinемия. Были сданы антитела к тканевой трансглутаминазе – положительно (117 ед/мл). При ЭГДС картина снижения высоты и атрофии ворсинок слизистой оболочки луковицы и постбульбарных отделов двенадцатиперстной кишки, быстрый урезанный тест на *H. pylori*-отрицательный. Биопсия: хронический атрофический дуоденит с очаговым межэпителиальным лимфоцитозом. Морфологические изменения характерны для целиакии (стадия IIIВ по Marsh). Пациентке была назначена аглютеновая диета пожизненно, энтеральное питание и препараты железа. На фоне чего отмечалась клиническая и лабораторная положительная динамика.

Вывод. Целиакия клинически может манифестировать не только в молодом возрасте, но и у пожилых людей под воздействием триггерного фактора (стресс).

52

ВСТРЕЧАЕМОСТЬ ЦЕЛИАКИИ ПРИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ КИШЕЧНИКА У МОЛОДЫХ МУЖЧИН

Карелина А.М., Фёдоров И.Г., Ильченко Л.Ю., Тотолян Г.Г., Никитин И.Г.

ГБК им. В.М. Буянова; РНИМУ им. Н.И. Пирогова, Москва, Россия

Цель исследования: установить встречаемость целиакии при воспалительных заболеваниях кишечника (ВЗК) у молодых мужчин, направленных районными военкоматами.

Материалы и методы: за период 2017–2023 гг. проведено обследование у 5670 мужчин в возрасте 18–27 лет, включавшее клинико-лабораторные и инструментальные методы. Диагноз ВЗК установлен на основании выполненной колоноскопии и морфологического исследования у 170 (2,99 %) пациентов. С помощью иммуноферментного анализа (ИФА) в этой группе больных определяли антитела (АТ) к глиадину (IgA, IgG), тканевой трансглутаминазе (anti-tTG IgG, IgA), деамидированным пептидам глиадина (anti-DGP IgG, IgA).

Результаты. По данным ИФА в 56/170 (32,9 %) случаях выявлены повышенные уровни антител: 5 (8,9 %) – к глиадину IgA; 12 (21,4 %) – к глиадину IgG; 4 (7,1 %) – к anti-tTG IgA; 8 (14,2 %) – к anti-tTG IgG; 3 (5,3 %) – к anti-DGP IgA; 10 (17,8 %) – к anti-DGP IgG. У 14/56 (25 %) пациентов зарегистрировано их различное сочетание. При ЭГДС в постбульбарном отделе двенадцатиперстной кишки (ПО ДПК) у 42 (75 %) обследованных отмечена отечная слизистая с очаговой поперечной гиперемией. Сочетание клинических проявлений, выявленных аутоантител, а также макроскопическая картина слизистой ПО ДПК позволили предположить наличие латентного течения глизовой энтеропатии у мужчин 18–27 лет.

Заключение. У пациентов молодого возраста с ВЗК частота сочетания различных серологических маркеров целиакии составила 32,9 %. Из них: у 38/56 (67,8 %) установлен язвенный колит, у 18 (32,1 %) – болезнь Крона. Диагностически значимые anti-tTG выявлены в 4 случаях. Следует отметить, что клиническая картина ВЗК в данной группе отличалась выраженной активностью и большей частотой осложнений в сравнении с группой ВЗК без специфических АТ. Выявление маркеров целиакии при ВЗК у мужчин 18–27 лет позволяет предполагать возможность наличия общих этиологических факторов и патогенетических механизмов. Однако, встречаемость, клиническая характеристика, методы терапии данного перекрестного синдрома (ВЗК + целиакия) в настоящее время не определены и требуют уточнения.

54

ХРОНИЧЕСКИЙ ЗАПОР И НПВП-ЭНТЕРОПАТИЯ

Льонг Ч.М., Шифрин О.С., Полуэктова Е.А., Королев А.В., Тертычный А.С., Ивашкин В.Т.

Первый Московский государственный медицинский университет им. И. М. Сеченова (Сеченовский университет), Россия

Цель работы: представить клиническое наблюдение хронического запора с осложнением солитарной язвой, а также течение НПВП-энтеропатии.

Клинический случай. Пациентка К., 45 л., поступила с жалобами стул 1 раз в 5–6 дней на фоне приема стимулирующих слабительных (до 10 таблеток Сенаде в сутки), вздутие живота, уменьшающееся после дефекации, боли в надлобковой области во время менструации и в середине цикла (дни овуляции).

Из анамнеза: около 17 лет назад начались запоры. Пациентка постоянно принимала слабительные (сенаде) без эффекта. В 2022 году проведена операция по резекции сигмовидной кишки по поводу долихосигмы, жалобы не исчезли. Также в связи с альгемонореей, болезненной менструацией постоянно принимала НПВП. Госпитализирована в УКБ №2 для дообследования и подбора терапии.

При обследовании в клинике: синдром избыточного бактериального роста; при колоноскопии: хронический очаговый эрозивный илеит, солитарная язва прямой кишки. Исключены все аутоиммунные и инфекционные заболевания, при которых поражается подвздошная кишка. Установлен клинический диагноз: терминальный илеит, ассоциированный с приемом НПВП. Хронический запор. Синдром солитарной язвы прямой кишки. Синдром избыточного бактериального роста. Проводилась терапия кансалазином, рифаксиминим, псиллиумом и пруклопридом после чего отмечалось учащение стула, уменьшение вздутия.

Заключение. Синдром солитарной язвы не является самостоятельным заболеванием, а осложнением хронического запора и не связано с обнаружением в данном клиническом наблюдении с НПВП-энтеропатией.

55

СЛОЖНОСТИ ДИАГНОСТИКИ ГЛЮТЕН-АССОЦИИРОВАННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Семенова Е.А., Бакулин И.Г., Ефремова А.Ю.

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

Цель работы: изучение критериев верификации и нозологической структуры глютен-ассоциированных заболеваний (ГАЗ) в амбулаторной клинической практике на территории г. Санкт-Петербурга и Ленинградской области.

Материалы и методы. В исследовании приняли участие 60 пациентов с различными клинико-лабораторными признаками непереносимости глютена, направленные в центр с ноября 2022 г. по январь 2024 г. Соотношение мужчин и женщин составило 1:1,2, средний возраст пациентов – $35,4 \pm 12$ лет, соответственно. Пациентам проводилась критериальная оценка на предмет диагнозов целиакии, нецелиакии и чувствительности к глютену (НЦЧГ) и аллергии на пшеницу согласно действующим национальным и международным рекомендациям.

Результаты. Нозологическая структура диагнозов пациентов при первичном обращении в центр включала следующие формы: целиакия 54 чел. (90%), среди которых у 24 чел. диагноз был зафиксирован впервые, в остальных случаях (10%) были диагнозы СРК, гастродуоденит, ГЭРБ. Средние сроки верификации диагноза целиакии составляли $15,2 \pm 11$ лет. С этой целью применяли: в 21,7% случаев – серологические, морфологические и опционально генетические маркеры, в 16,7% – морфологические и генетические маркеры, в 1,6% – серологические маркеры и клинический ответ на безглютеновую диету (БГД). В 60% случаев были использованы различные сочетания методов, что не соответствовало правилам верификации целиакии. В связи с этим у 21 чел. (38,9%) диагноз целиакии был пересмотрен в пользу НЦЧГ – 9 чел., генетической предрасположенности (ГП) к целиакии – 9 чел., у 3 чел. ГАЗ были исключены. Важно отметить, что 7 пациентов из этой группы длительно наблюдались по поводу целиакии, а 4 чел. придерживались строгой БГД. После критериальной оценки больные целиакией составили 55%, НЦЧГ – 16,7%, ГП – 18,3%, неуточненной непереносимостью (стадия дообследования) – 6,7%.

Выводы. Среди пациентов с ГАЗ большую часть составляют больные с целиакией. Неправильная оценка критериев способствует гипердиагностике целиакии, а также недооценке других форм непереносимости глютена в клинической практике.

57

ДИНАМИКА ВСАСЫВАНИЯ МОНОСАХАРИДОВ В ТОНКОЙ КИШКЕ КРЫС ПОД ВЛИЯНИЕМ СМЕСИ АНТИМИКРОБНЫХ ПРЕПАРАТОВ

Шептицкий В.А.^{1,3}, Буровенко И.Ю.², Боршев Ю.Ю.^{1,2}, Шептицкий А.В.¹, Былич Л.Г.¹

¹ Приднестровский государственный университет им. Т.Г. Шевченко, Тирасполь, Молдова; ² НМИЦ им. В.А. Алмазова, Санкт-Петербург, Россия; ³ Институт физиологии и санокреатологии, Кишинев, Молдова

Целью работы является исследование влияния смеси антимикробных препаратов (АМП) широкого спектра действия: амоксициллина, метронидазола и кларитромицина, вводимых в полость изолированного сегмента тонкой кишки, на динамику всасывания глюкозы и фруктозы.

Исследования выполнены в опытах *in vivo* на крысах-самцах с изолированным сегментом тонкой кишки. Смесь АМП добавляли в раствор для перфузии сегмента тонкой кишки, содержащим глюкозу (25 или 50 мМ), либо фруктозу (50 мМ) на протяжении 100 мин перфузии в концентрации 0,7 мг/мл для каждого АМП; контроль – без АМП. Пробы перфузата собирали каждые 10 мин.

Обнаружено, что смесь АМП вызывает быстрые перестройки всасывания моносахаридов. При более высокой концентрации глюкозы снижение ее всасывания (на 38% по сравнению с контролем, $P < 0,05$) происходит уже начиная с 30 мин перфузии. Эффект антибиотиков увеличивается вплоть до окончания эксперимента, таким образом, что всасывание глюкозы на 100 мин перфузии – в 2 раза ниже контроля. При более низкой концентрации глюкозы снижение всасывания наблюдается, начиная с 50 мин перфузии: величина ингибиторного эффекта заметно ниже и практически не меняется на протяжении перфузии. Всасывание фруктозы угнетается (на 27% по сравнению с контролем, $P < 0,05$), начиная с 50 мин, степень снижения несколько увеличивается к 70 мин перфузии и стабилизируется до окончания эксперимента. Опыты с применением флоридизина (2 мМ) и флоретина (2 мМ) показали, что снижение всасывания глюкозы обусловлено существенной редукцией активного компонента ее транспорта, а также изменением ненасыщаемого компонента всасывания.

Таким образом, смесь АМП: амоксициллина, метронидазола и кларитромицина при введении в полость тонкой кишки вызывает быстрое угнетение всасывания моносахаридов, степень и продолжительность которого зависит от механизма их транспорта и концентрации в полости тонкой кишки.

56

АНАЛИЗ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ВОДОРОДНО-МЕТАНОВОГО ДЫХАТЕЛЬНОГО ТЕСТА И МИКРОБИОТЫ ТОНКОЙ КИШКИ У ДЕТЕЙ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ОРГАНОВ ПИЩЕВАРЕНИЯ

Шабалов А.М.¹, Корниенко Е.А.², Арсентьев В.Г.¹, Дмитриенко М.А.³, Кулиева Э.К.¹

¹ Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова, ² СПбГПМУ, ³ ООО «АМА», Санкт-Петербург, Россия

Актуальность. Распространенность, диагностика водородогенного (H_2 -СИБР) и метаногенного вариантов течения CH_4 -СИБР у детей, а также их взаимосвязь с микробиотой тонкой кишки, требуют дальнейшего изучения.

Цель исследования: оценить взаимосвязь концентрации водорода и метана в выдыхаемом воздухе с микробиотой тонкой кишки у пациентов с СИБР на фоне заболеваний ЖКТ.

Материалы и методы. Обследовано 102 пациента в возрасте $10,6 \pm 3,9$ лет (55 девочек и 47 мальчиков) с заболеваниями ЖКТ (хронический гастродуоденит, ГЭРБ, функциональная диспепсия). Выполнен водородный дыхательный тест «Лактофан» и водородно-метановый тест «GastroCheck» с нагрузкой лактулозой. У 10 пациентов изучен количественный состав микробиоты в биоптатах залукового пространства двенадцатиперстной кишки методом ПЦР. Статистический анализ выполнен в программе StatTech v.4.1.2.

Результаты. СИБР диагностирован у 74 (72,6%) пациентов, из них у 62 (60,8%) установлен H_2 -СИБР, у 12 (11,8%) – CH_4 -СИБР. Корреляционный анализ выявил достоверную отрицательную взаимосвязь между уровнем H_2 в выдыхаемом воздухе на 30 мин. дыхательного теста и содержанием в биоптатах тонкой кишки *Bifidobacterium spp.* ($r = -0,852$; $p = 0,078$), *Faecalibacterium prausnitzii* ($r = -0,821$; $p = 0,089$), положительную взаимосвязь между H_2 и *Escherichia coli* ($r = 0,306$; $p = 0,505$) на 60 мин. дыхательного теста. Определена достоверная взаимосвязь между CH_4 в выдыхаемом воздухе на 30–60 мин. дыхательного теста и *Acinetobacter spp.* ($r = 0,920$; $p = 0,027$), *Escherichia coli* ($r = -0,970$; $p = 0,006$), *Streptococcus spp.* ($r = 0,881$, $p = 0,049$).

Заключение. Дополнительное определение метана увеличивало точность диагностики СИБР на 11,8% у пациентов с заболеваниями ЖКТ. H_2 - и CH_4 -СИБР характеризовались снижением содержания бактерий с противовоспалительными свойствами и синтезирующими короткоцепочечные жирные кислоты, а также увеличением бактерий с провоспалительными свойствами и являющимися маркерами повреждения барьерной функции кишечника.

58

АКТИВНОСТЬ АМИЛОЛИТИЧЕСКИХ ФЕРМЕНТОВ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ И ТОНКОЙ КИШКИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ КОНСТИТУЦИОНАЛЬНОЙ СТРЕСС-РЕАКТИВНОСТИ

Шептицкий В.А.^{1,2}, Гросул-Райляну О.Б.¹, Котляр Р.В.¹, Шептицкий А.В.^{1,2}, Былич Л.Г.¹, Значений С.И.¹

¹ Приднестровский государственный университет им. Т.Г. Шевченко, Тирасполь, ² Институт физиологии и санокреатологии, Кишинев, Молдова

Цель работы – сравнительное исследование активности панкреатической α -амилазы и суммарной активности карбогидраз тонкой кишки белых крыс с разным уровнем конституциональной стресс-реактивности (КСР).

Крысы были разделены на три группы в зависимости от уровня КСР: 1 – высокая стресс-реактивность (ВР); 2 – средний уровень стресс-реактивности (СР); 3 – низкая стресс-реактивность (НР). КСР оценивали с помощью комплекса поведенческих тестов и анализа гистопатологических различий в тканях желудка, тимуса и надпочечников у части животных каждой группы после иммобилизационного стресса. Каждая опытная группа была разделена на 3 подгруппы, животные которых находились в течение 6 недель на диетах со стандартным, высоким (78,2% потребляемой энергии) либо низким (27,9% потребляемой энергии) содержанием углеводов. Активность ферментов определяли в гомогенатах поджелудочной железы и слизистой оболочки тонкой кишки.

Наиболее высокая активность α -амилазы в ткани поджелудочной железы наблюдается у животных ВР по сравнению с СР и НР (различия между группами составляют, соответственно, 48,2% и 32,1%, $P < 0,05$). В отличие от этого, наиболее высокая суммарная активность карбогидраз тонкой кишки наблюдается у животных СР по сравнению с ВР и НР (различия между группами составляют, соответственно, 23,7% и 18,2%, $P < 0,05$), при этом у животных ВР и НР активность карбогидраз достоверно не различается. Обнаружены заметные различия в реагировании ферментных систем поджелудочной железы и тонкой кишки животных с различным уровнем КСР на изменения содержания углеводов в диете, которые в определенной степени проливают свет на механизмы регуляции и поддержания конституциональной специфичности ферментных систем.

Таким образом, полученные результаты демонстрируют наличие связи между генетически детерминированной стресс-реактивностью организма и пищеварительными функциями поджелудочной железы и тонкой кишки.

Толстая кишка

59

УЛЬТРАЗВУКОВАЯ ДИАГНОСТИКА САРКОПЕНИИ У ПАЦИЕНТОВ С ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ КИШЕЧНИКА

Акчурина О.Э., Тумакова Л.К., Мухаметова Д.Д., Бодрягина Е.С., Одинцова А.Х., Абдулганиева Д.И.

Казанский ГМУ, Республиканская клиническая больница, Казань, Россия

Цель работы: провести ультразвуковую оценку мышечной массы у пациентов с воспалительными заболеваниями кишечника (ВЗК).

Материалы и методы. Включено 47 пациентов с ВЗК и 10 – группа контроля (ГК). Средний возраст пациентов с ВЗК составил 42 [31; 52] года, в ГК – 37 [26; 38] лет. В группе ВЗК женщин 27 (57%), в ГК – 5 (50%). Оценивались индекс массы тела (ИМТ), окружность середины плеча (ОСП, норма > 25), середины бедра (ОСБ); динамометрия (половозрастная норма); ультразвуковое исследование (УЗ) толщины мышц середины плеча и бедра.

Результаты. По ИМТ пациенты распределились следующим образом: нормальная масса тела наблюдалась у 23 (49%) пациентов; дефицит – у 4 (8%); избыточная масса тела – у 15 (32%); ожирение – у 5 (11%). Статистически значимых различий по ОСП в изучаемых группах не было. Уменьшение ОСП среди женщин с ВЗК было у 8 (30%), мужчин – у 2 (10%). ОСБ у женщин (53 [43; 55] см) и мужчин с ВЗК (47 [44; 49] см) были значимо меньше, чем в ГК (59 [54; 67] см и 54 [53; 54] см соответственно, $p < 0,05$). Сила ведущей руки по динамометрии была снижена у 15% женщин и 5% мужчин с ВЗК. Различий по УЗ толщине мышц плеча в группе пациентов с ВЗК и ГК не было. Среднее значение УЗ толщины мышц бедра у женщин при ВЗК (27 [15; 33] мм) было меньше, чем в ГК (41 [36; 42] мм, $p < 0,05$), аналогично у мужчин с ВЗК (30 [21; 26] vs 41 [39; 41] мм, $p < 0,05$). УЗ толщина мышц плеча коррелировала с ОСБ ($r = 0,81$; $p < 0,05$), ИМТ ($r = 0,68$; $p < 0,05$) и УЗ толщиной мышц бедра ($r = 0,52$; $p < 0,05$).

Заключение. ОСБ и УЗ толщина мышц бедра у пациентов с ВЗК были значимо меньше, чем в ГК. УЗ толщина мышц плеча коррелировала с ОСБ, ИМТ и УЗ толщиной мышц бедра.

61

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЭНТОБАНА В ТЕРАПИИ ХРОНИЧЕСКОЙ ДИАРЕИ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ ПРИРОДЫ

Балакина И.В.

ПИУВ – филиал РМАНПО, Пенза, Россия

Цель: оценить эффективность Энтобана в терапии больных с хронической диареей функциональной природы.

Материалы и методы. В исследование включено 20 больных с хронической диареей функциональной природы, которые были рандомизированы в две группы: I группа (10 пациентов) получали терапию Энтобана по 1 кап. 3 р. в день перед едой в семь дней; II группа (10 больных) – базисную терапию. Диагноз верифицировался анамнестически, ФКС, анализ кала на дисбактериоз. Хроническая диарея диагностировалась в соответствии с Римскими критериями IV.

Результаты. Эффективность применения Энтобана в 1 день у 98,5% в виде нормализации стула в I группе, по сравнению со II группой, где частота стула не изменялась. Кроме того, пациенты I группы отмечали уменьшение дискомфорта, вздутия в животе.

Выводы. Препарат Энтобан в терапии хронической диареи функциональной природы является эффективным и хорошо переносится.

60

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ТЕЛЕМОНИТОРИНГА СОСТОЯНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ КИШЕЧНИКА (TIGE-RUS): ПЕРВЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ

Ахмедзянова Д.А., Алымова Ю.А., Минакарян М.Г., Владимирский А.В., Шумская Ю.Ф., Решетников Р.В.

ШПКЦ ДиТ ДЗМ, Первый МГМУ им. И.М. Сеченова (Сеченовский Университет), Москва, Россия

Цель работы. Оценить эффективность телемедицинского наблюдения для достижения улучшения качества жизни и психологического благополучия у пациентов с воспалительными заболеваниями кишечника (ВЗК) по сравнению с очным наблюдением.

Материалы и методы. Проведено рандомизированное проспективное когортное исследование. Пациенты с ВЗК после стационарного лечения рандомизированы в две группы: очного и удаленного наблюдения (телемониторинга, теле-группа). Телемониторинг осуществлялся с помощью веб-сайта, на котором пациенты заполняли опросники, получали информацию о заболевании, а также могли связаться с врачом для получения консультации в формате чата. На включении у пациентов определяли следующие параметры: качество жизни, связанное с заболеванием (опросник SIBDQ), наличие симптомов тревоги и депрессии (опросник HADS), уровень висцеральной чувствительности (опросник VSI). Через шесть месяцев наблюдения были выполнены повторные измерения. Использовались методы описательной статистики (среднее значение и стандартное отклонение), для сравнения групп использовались t-тест или метод Манна – Уитни в зависимости от результатов проверки на нормальность тестом Шапиро – Уилка.

Результаты. Первичная выборка составляет 32 человека: 12 – в теле-группе (из них 5 женщин, средний возраст – $30,5 \pm 13$ лет) и 20 – в группе очного наблюдения (из них 6 женщин, средний возраст – $34,3 \pm 9,5$ лет). В обеих группах определялось достоверно значимое улучшение качества жизни, связанного с заболеванием: от 58,25 до 61,25 и от 46 до 51,5 баллов SIBDQ в группе удаленного и очного наблюдения соответственно ($p < 0,05$). Показатели HADS не изменились в обеих группах (в среднем 5 и 6 баллов в очной и теле-группе соответственно). Отмечена положительная динамика в показателе VSI в группе удаленного наблюдения: достоверное снижение с 25 до 18 баллов ($p < 0,05$), чего не отмечено для группы очного наблюдения (35 и 32 балла, $p > 0,05$).

Заключение. Очный и дистанционный методы наблюдения сопоставимы по эффективности по улучшению качества жизни, связанного с ВЗК. Телемониторинг более эффективен для снижения висцеральной чувствительности – предиктора развития симптомов, подобных синдрому раздраженного кишечника.

62

ЭФФЕКТИВНОСТЬ БИФИЦИН ФОРТЕ В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ ЯЗВЕННОГО КОЛИТА

Балакина И.В., Миронова Т.Я.

ПИУВ – филиал РМАНПО, КБ «РЖД – МЕДИЦИНА», Пенза, Россия

Цель: оценить эффективность Бифицин форте в комплексной терапии больных с субтотальной формой язвенного колита и его влияние на продолжительность ремиссии у данной категории больных.

Материалы и методы. В исследование включено 40 больных с обострением язвенного колита субтотальной формы, которые были рандомизированы в 2 группы: I группа (20 пациентов) получали базисную терапию в сочетании с приёмом Бифицин форте по 1 капс. в день во время еды в течение 1 месяца; II группа (20 больных) – базисную терапию. Всем исследуемым больным проводились посев кала на микрофлору, ректороманоскопия, колоноскопия с биопсией, УЗИ органов брюшной полости. Все больные получали общепринятую (базисную) терапию язвенного колита, соответственно тяжести заболевания.

Результаты. При бактериологическом исследовании кала признаки дисбиоза I-II степени выявлены у 92,1%, 81,7% больных; III степени – у 7,9% и 18,3% больных в I и II группах, соответственно. После окончания терапии состав кишечной микрофлоры нормализовался только в I группе – у 41,3%, соответственно; дисбиоз I-II степени выявлялся у 58,7%, 86,9% больных в I и II группах, соответственно; дисбиоз III степени – у 12,8% больных II группы, соответственно. У больных I группы в течение года наблюдения после окончания терапии сохранялась ремиссия язвенного колита, тогда как у больных II группы частота рецидивирования заболевания составила 46%.

Выводы. Включение Бифицин форте в комплексную терапию рецидива язвенного колита способствовало более быстрому наступлению и поддержанию клинической и эндоскопической ремиссии язвенного колита, нормализации состава кишечных бактерий.

63

ИЗМЕНЕНИЯ КИШЕЧНОЙ МИКРОБИОТЫ У БОЛЬНЫХ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ КИШЕЧНИКА

Барышникова Н.В.^{1,2,3}, Успенский Ю.П.^{1,2}, Суворов А.Н.³¹ СПбГПМУ, ² ПСПбГМУ им. И.П. Павлова, ³ ИЭМ,
Санкт-Петербург, Россия

Цель исследования: оценить изменения микробиоты кишечника у больных воспалительными заболеваниями кишечника (ВЗК), не получающих и получающих генно-инженерную биологическую терапию (ГИБТ).

Материалы и методы. Исследование проведено на базе одного из двух городских центров ВЗК Санкт-Петербурга (СПб ГБУЗ «Елизаветинская больница»), выполнено исследование кала с целью определения микробиоты толстой кишки методом полимеразной цепной реакции в реальном времени с флуоресцентной детекцией у 22 больных ВЗК (12 – не получали ГИБТ, 10 – получали ГИБТ).

Результаты. У пациентов, не получающих ГИБТ, определялось снижение *Lactobacillus spp.* – у 50 %, повышение *Bifidobacterium spp.* – у 25 %, нарушение соотношения *Bacteroides spp.* / *Faecalibacterium prausnitzii* в сторону увеличения бактерий – у 33 %, частота встречаемости *Cl. difficile* составила 25 %, *Candida spp.* – 42 %; определялся повышенный рост условно-патогенных бактерий (УПБ): *Klebsiella pneumoniae* – 33 %, *Proteus vulgaris/mirabilis* – 17 %, *Citrobacter spp.* – 25 %, *Enterobacter spp.* – 25 %; микробные онкомаркеры: *Fusobacterium nucleatum* – 17 %, *Parvimonas micra* – у 17 %. У пациентов, получающих ГИБТ, определялось снижение *Lactobacillus spp.* – у 90 %, повышение *Bifidobacterium spp.* – у 80 %, нарушение соотношения *Bacteroides spp.* / *Faecalibacterium prausnitzii* – у 30 %, *Cl. difficile* – 10 %, *Candida spp.* – 0 %; повышенный рост УПБ: *Klebsiella pneumoniae* – 60 %, *Proteus vulgaris/mirabilis* – 40 %, *Citrobacter spp.* – 20 %, *Enterobacter spp.* – 30 %; *Fusobacterium nucleatum* – у 10 %, *Parvimonas micra* – у 40 %.

Выводы: у пациентов, получающих ГИБТ, кишечная микробиота изменена в большей степени, чем у пациентов без ГИБТ, обращает на себя внимание значимое повышение содержания УПБ и микробного онкомаркера *Parvimonas micra*.

65

ПРИМЕНЕНИЕ БИОЛОГИЧЕСКИ АКТИВНЫХ ПРЕПАРАТОВ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ЯЗВЕННЫМ КОЛИТОМ

Григорян Э.Г., Гаспарян А.А., Манучарян Е.Р.

Ереванский государственный медицинский университет
им. М. Гераци, Армения

Цель работы: определить эффективность лекарственного лечения, а также доступность биологических препаратов в терапии язвенного колита в Армении.

Материалы и методы. Нами проанализированы ретроспективные данные о лечении 108 больных язвенным колитом. Мужчин было 51 (47,2 %), женщин – 57 (52,8 %), средний возраст – 36,4 ± 5,2 лет. Все пациенты заполняли подробный опросник, составленный нами. Данные были занесены в компьютерную базу и проанализированы статистической программой SPSS. Больные получали препараты 5-аминосалициловой кислоты, местные или системные стероиды и/или азатиоприн. При отсутствии ремиссии после лечения пациентам назначали биологически активный препарат. Биологическая терапия – терапия моноклональными антителами к воспалительному цитокину. Нами использован один из препаратов анти-ФНО антител (инфликсимаб, адалимумаб) по общепринятой схеме. Из 56 больных при отсутствии ремиссии 18 больным назначали биологически активный препарат.

Результаты. У 7 больных после получения биологически активного медикамента отсутствовали симптомы заболевания, у 8 отмечалось заметное их улучшение симптомов, а у 3 патологические проявления сохранялись. Небольшое число больных, получивших биологически активный препарат, связано с нежеланием получить данный медикамент, финансовыми проблемами, невозможностью приобретения.

Заключение. Считаю целесообразным широкое применение биологически активных препаратов в лечении язвенного колита. Необходимо тщательно изучать частоту, длительность их применения и побочные явления.

64

ТЕЧЕНИЕ ЯЗВЕННОГО КОЛИТА С ПОРАЖЕНИЕМ ТЕРМИНАЛЬНОГО ОТДЕЛА ПОДВЗДОШНОЙ КИШКИ У ПАЦИЕНТКИ 20 ЛЕТ

Бунина Н.С., Полуэктова Е.А., Шифрин О.С., Тертычный А.С.,
Багирова А.А.Первый Московский государственный медицинский университет
им. И.М. Сеченова (Сеченовский университет), Россия

Цель работы: клиническое наблюдение иллюстрирует трудности дифференциального диагноза между язвенным колитом и болезнью Крона.

Клинический случай. Пациентка Д., 20 лет, поступила с жалобами на боль в левой подвздошной области, тенезмы, снижение массы тела на 10 кг. Из анамнеза заболевания известно, что в мае 2023 года пациентка была госпитализирована в связи с учащением стула до 10 раз в сутки с примесью крови. По данным колоноскопии: язвенный колит, тотальная форма. В стационаре было проведено лечение ГКС. Через две недели после полной отмены ГКС пациентка отметила ухудшение самочувствия, в связи с чем была повторно госпитализирована в августе 2023 г. При колоноскопии выявлен язвенный колит с поражением купола слепой кишки и прямой кишки, эрозивный терминальный илеит. По данным гистологии: картина соответствует неспецифическому илеиту и эрозивному колиту. В связи с неэффективностью лечения пациентка обратилась в клинику пропедевтики внутренних болезней, гастроэнтерологии и гепатологии им. В.Х. Василенко. При повторной колоноскопии: эрозии купола слепой, сигмовидной и прямой кишки, что может соответствовать язвенному колиту, псевдополипы дистальной 1/3 прямой кишки. По данным гистологии: хронический диффузный активный эрозивный колит, активный илеит. При КТ-энтероколонографии: картина соответствует ВЗК с более выраженными изменениями в терминальном отделе подвздошной кишки, в левых отделах ободочной кишки и в прямой кишке – вероятнее всего ЯК. Установлен диагноз: основное заболевание – язвенный колит, хроническое непрерывное течение, тотальная форма с преимущественным поражением левых отделов толстой кишки. Восходящий илеит.

Выводы. В данном клиническом наблюдении у пациентки отмечаются изменения в терминальном отделе подвздошной кишки, что более характерно для БК, однако, при ЯК также могут отмечаться изменения в данной области, которые в литературе принято считать восходящим илеитом. Частота восходящего илеита у больных с тотальным поражением колеблется от 10 до 36 %. Такие пациенты, как правило, моложе, и заболевание сложнее поддается консервативному лечению.

66

ПАЦИЕНТООРИЕНТИРОВАННЫЙ ПОДХОД В ХИРУРГИИ КИШЕЧНЫХ СТОМ

Грошлин В.С., Кузнецов В.Д., Габызов М.А.

РостГМУ, Ростов-на-Дону, Россия

Цель исследования: улучшить результаты стомирующих операций путем разработки пациентоориентированного алгоритма при формировании колостомы.

Материалы и методы. Проанализированы результаты лечения 72 пациентов, разделенных на 2 клинические группы. Пациентам I группы (n = 35) применяли разработанный алгоритм, пациентам II группы (n = 37) – стомирование выполнялось без учета индивидуальных особенностей.

Результаты. Применение пациентоориентированного подхода к формированию колостомы выявило значительные преимущества предложенного лечебно-диагностического алгоритма. В I группе ранние послеоперационные осложнения возникли в 4 случаях (11,4 %): некроз стомы – в 1 (2,8 %), нагноение зоны швов с их прорезыванием – в 3 случаях (8,5 %). В отсроченном послеоперационном периоде – в 2 случаях (5,7 %): параколостомическая грыжа – 1 (2,8 %) и эвагинация кишки – 1 (2,8 %). Во II группе ранние послеоперационные осложнения возникли в 10 случаях (27 %): некроз стомы – 3 (8,1 %), кровотечение из розетки стомы – 1 (2,7 %), ретракция стомы – 2 (5,4 %), нагноение зоны швов с их прорезыванием – 4 (10,8 %). Рестомирование потребовалось 3 (8,57 %) пациентам контрольной группы, в основной группе благодаря адекватной санации области колостомы и использованию протективных средств (кремов и гелей) повторных оперативных вмешательств удалось избежать. В отсроченном послеоперационном периоде – в 6 случаях (16,2 %): стриктура стомы – 2 (5,4 %), эвагинация кишки – 1 (2,7 %), параколостомическая грыжа – 3 (8,1 %). Результаты оценки качества жизни стомированных пациентов по данным опроса SF-36: физическая активность (I группа – 83,2 балла, II группа – 77,6 балла), социальную активность I группа – (79,2 балла, II группа – 75,4 балла), и ролевое функционирование пациентов (I группа – 81,6 балла, II группа – 76,3 балла).

Выводы. Внедрение индивидуализированного комплексного подхода при формировании концевой одноствольной колостомы, учитывающего анатомические особенности мышечно-апоневротического каракаса передней стенки живота, а также кровоснабжение и топографию участка кишечника, характеризуется существенным уменьшением частоты возникновения осложнений.

67

ФЕКАЛЬНЫЙ ЗОНУЛИН – НОВЫЙ ИГРОК НА ПОЛЕ МЕТАБОЛИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ ПРИ ОЖИРЕНИИ?

Душина Т.С., Кляшев С.М., Суплотов С.Н.

Тюменский государственный медицинский университет, Россия

Цель: оценить ассоциации уровня зонулина с короткоцепочечными жирными кислотами (КЦЖК) у молодых больных с ожирением, в зависимости от наличия или отсутствия метаболического синдрома.

Материалы и методы. В исследовании приняли участие 87 пациентов с ожирением (ИМТ – 37,2 [34,1;42,05] кг/м²), 31 человек – контрольная группа (ИМТ – 21,9 [20,2;23,5] кг/м²). Пациенты с ожирением были распределены на 3 группы по ИМТ в соответствии с классификацией ВОЗ (1997 г.). Дополнительно, основываясь на критериях NCEP ATP III, была выделена группа с метаболическим синдромом (МС), состоящая из 44 человек. Проводилась клиническая оценка с измерением антропометрических и лабораторных параметров. Количество КЦЖК в фекалиях определялось методом газожидкостной хроматографии (оборудование «Хромос» ГХ-1000) в лаборатории INVITRO. Уровень зонулина определялся методом иммуноферментного анализа в лаборатории ФГБОУ ВО Тюменского ГМУ.

Результаты. По результатам исследования, более высокий уровень зонулина определялся в группе пациентов с 3 степенью ожирения (164,5 [135,5; 224,0] нг/мл), в сравнении с пациентами с 1 степенью ожирения (107,5 [74,5; 124,5] нг/мл) ($p = 0,013$).

В группе пациентов с МС, в отличие от пациентов без метаболических нарушений, выявлены статистически значимые ассоциации зонулина с антропометрическими (ИМТ ($r = 0,581$, $p < 0,001$), ОБ ($r = 0,358$, $p = 0,045$)), лабораторными параметрами, в частности, с общим суммарным количеством КЦЖК ($r = 0,373$, $p = 0,035$), абсолютным количеством ацетата ($r = 0,360$, $p = 0,043$), абсолютным количеством бутирата ($r = 0,375$, $p = 0,034$), общим холестерином ($r = -0,461$, $p = 0,008$), ЛПНП ($r = -0,503$, $p = 0,003$), индексом атерогенности ($r = -0,409$, $p = 0,020$).

Выводы. В нашем исследовании показано, что уровень фекального зонулина статистически значимо более высокий в группе пациентов с 3 степенью ожирения, по сравнению с пациентами с 1 степенью ожирения. У молодых пациентов с метаболическим синдромом выявлены ассоциации количества зонулина с антропометрическими показателями, параметрами липидного обмена, а также количеством КЦЖК. Полученные данные свидетельствуют о возможной роли зонулина в метаболических нарушениях при ожирении.

69

РАСПРОСТРАНЁННОСТЬ СИНДРОМА КОНСТИПАЦИИ У ЖИТЕЛЕЙ ГОРОДА ВОРОНЕЖА В 2023 Г.Зайчикова С.В., Киселёва А.В., Копылова Д.В.,
Лахин В.В., Свиридова Т.Н., Ольховик И.Ю.,
Речмедина В.И.

ВОККДЦ, ВОКБ №1, ООО «Клиника эксперт Воронеж»,
ООО «Клиника город здоровья», ГКБСМП № №10,
ДКБ на станции «Воронеж-1» ОАО РЖД,
Воронеж, Россия

Цель исследования: выявить распространенность синдрома констипации у жителей г. Воронежа и его эпидемиологию.

Материал и методы: 1498 чел. были анонимно анкетированы методом случайной выборки при посещении ими лечебных учреждений г. Воронежа, для чего была использована русскоязычная версия опросника KESS.

Результаты и обсуждение. Симптомы констипации были выявлены у 23,4 % респондентов (324 чел.), продолжительность их варьировалась от 18 мес. до 20 лет, из них симптомы СРК с запорами согласно Римским критериям IV присутствовали у 138 чел. (42,6 %): 122 женщин и 16 мужчин в возрасте от 20 до 78 лет, из них в возрасте до 60 лет – 108 чел. (78 %).

Выводы: синдром констипации имеют примерно 20 % работоспособного населения г. Воронежа, у 42 % из них (т.е. примерно у 10 % от всех анкетированных) может быть диагностирован СРК с запорами по Римским критериям IV.

68

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ У ПАЦИЕНТОВ С ДИВЕРТИКУЛЯРНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ТОЛСТОЙ КИШКИ И ИЗБЫТОЧНОЙ МАССОЙ ТЕЛА

Жукова А.А., Зайко М.Ю.

МЦ «Семейный доктор нск», Городская клиническая поликлиника №2,
Новосибирск, Россия

Дивертикулёз остается бессимптомным у большинства пациентов, но примерно у 25 % развивается симптоматическая дивертикулярная болезнь, проявления которой абсолютно неспецифичны. Образование дивертикулов и патогенез дивертикулярной болезни являются многофакторными, одним из факторов риска является избыточная масса тела.

Цель: оценить качество жизни у пациентов с дивертикулярной болезнью толстой кишки и избыточной массой тела.

Материалы и методы. Обследованы 50 пациентов с выявленными дивертикулами толстой кишки без осложнений, в возрасте от 48 до 86 лет, средний возраст пациентов составил $64,7 \pm 10,4$ лет. Из них 18 человек с нормальной массой тела (первая группа), 32 человека с избыточной массой тела (вторая группа). Проведен комплекс исследований и определение качества жизни с применением гастроэнтерологического опросника качества жизни (GSRs).

Результаты исследования и обсуждение. В ходе исследования в первой группе пациентов определение качества жизни по опроснику составило: по шкале боли средняя оценка – $4 \pm 1,45$ балла. Самые частые оценки – 1 (не беспокоило) и 2 балла (почти не беспокоило). Средняя оценка синдрома запоров – $5,2 \pm 1,1$ балла. Наиболее часто встречающаяся оценка – 2 балла (почти не беспокоило). Средняя оценка диарейного синдрома составила $3,7 \pm 1,16$ балла. Самые частые оценки – 1 (не беспокоило) и 2 балла (почти не беспокоило). Величина средней оценки рефлюкс-синдрома и диспепсического синдрома – $1,1 \pm 0,3$ и $5,5 \pm 1,3$ балла соответственно. Во второй группе пациентов при изучении опросника GSRs выявились следующие показатели. По шкале боли – $4,6 \pm 1,47$ балла. Самые частые оценки – 1 (не беспокоило) и 2 балла (почти не беспокоило). Средняя оценка синдрома запоров – $8,96 \pm 3,7$ балла. Наиболее часто пациенты описывали проявления синдрома запора от 3 (немного беспокоило) до 6 баллов (беспокоило сильно). Средняя оценка диарейного синдрома составила $4,5 \pm 2,5$ балла. Средняя оценка рефлюкс-синдрома и диспепсического синдрома – $3,75 \pm 1,3$ и $6,6 \pm 2,3$ балла соответственно.

Заключение. Выявлено, что показатели по всем исследуемым шкалам в двух группах различаются. Наиболее высокие показатели определены во второй группе пациентов, что свидетельствует о снижении качества жизни у пациентов с дивертикулярной болезнью толстой кишки и избыточной массой тела.

70

СТРУКТУРА ВНЕКИШЕЧНЫХ ПРОЯВЛЕНИЙ И ОСЛОЖНЕНИЙ У ПАЦИЕНТОВ С ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ КИШЕЧНИКА В НИЖЕГОРОДСКОЙ ОБЛАСТИЗлобин М.В.¹, Алексеева А.А.¹, Колодей Е.Н.¹, Кизова Е.А.²,
Алексеева О.П.¹¹ Нижегородская областная клиническая больница им. Н.А. Семашко,
² Городская клиническая больница №13, Нижний Новгород, Россия

Цель: определить распространенность внекишечных проявлений и осложнений у госпитализированных пациентов с язвенным колитом (ЯК) и болезнью Крона (БК).

Материалы и методы. В ретроспективное исследование были включены 675 лиц, из них ЯК – 372, и БК – 303, старше 18 лет, госпитализированных в 2023 г. в специализированные стационары г. Нижнего Новгорода для лечения воспалительных заболеваний кишечника (ВЗК).

Результаты. По результатам анализа медицинской документации выявлена следующая распространенность внекишечных проявлений (ЯК/БК): артропатии – 36,0%/41,9 %, афтозный стоматит – 5,1%/11,9 %, гангренозная пиодермия – 0,5%/1,3 %, анкилозирующий спондилит – 1,1%/8,3 %, склерозирующий холангит – 1,1%/0 %, узловатая эритема – 1,1%/1,3 %, поражение глаз – 2,7%/3,0 %. Структура осложнений течения ВЗК различалась в зависимости от нозологической единицы. При БК определялись: стриктуры кишки – 17,8 %, свищи – 16,2 %, инфильтраты брюшной полости – 9,6 %, парапроктит – 8,6 %, абсцессы брюшной полости – 1,7 %, перитонит – 1,0 %. В свою очередь при ЯК выявлены: кишечное кровотечение – 6,7 %, токсическая дилатация ободочной кишки – 0,5 %, колоректальный рак – 0,5 %. Среди инфекционных осложнений, развивавшихся на фоне применения иммуносупрессивной терапии, структура была сопоставима между ЯК/БК: инфекции верхних дыхательных путей – 23,7%/29,4 %, пневмонии – 4,3%/4,6 %, *Cl. difficile* – 8,3%/2,6 %, цитомегаловирус – 0,3%/0 %, *Herpes zoster* – 0,5%/0,3 %, активный туберкулез – 0,5%/0,3 %, латентный туберкулез – 1,3%/0,6 %.

Заключение. Полученные данные показали, что у пациентов Нижегородской области с ВЗК среди внекишечных проявлений лидирующее место занимает артропатии (при ЯК – 36,0 %, при БК – 41,9 %). Наиболее частым осложнением БК являются стриктуры кишки (17,8 %), а при ЯК – кишечное кровотечение (6,7 %). Самыми распространёнными инфекциями стали инфекции верхних дыхательных путей (при ЯК – 23,7 %, при БК – 29,4 %) и инфекция *Cl. difficile* (8,3 % у пациентов ЯК).

71

НОВЫЙ МЕТОД НЕИНВАЗИВНОЙ ОЦЕНКИ КЛИНИКО-ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ РЕМИССИИ ЯЗВЕННОГО КОЛИТА

Зубова А.Д.

РостГМУ, Ростов-на-Дону, Россия

Цель работы: разработка метода прогноза достижения клинико-эндоскопической ремиссии язвенного колита (ЯК) с помощью оценки изменений толстокишечной микробиоты в различные фазы течения заболевания.

Материалы и методы. В исследование был включен 41 пациент (средний возраст $33,6 \pm 6,1$; 23 мужчины и 18 женщин) с рецидивом ЯК и 20 пациентов (средний возраст $40,4 \pm 9,4$; 10 мужчин и 10 женщин) в фазе клинико-эндоскопической ремиссии. Микробиота толстой кишки оценивалась секвенированием 16S рРНК. Стат. анализ проведен с помощью непараметрического критерия Манна – Уитни и представлен медианой и квартилями. Прогноз наступления ремиссии ЯК проводился с помощью моделирования толстокишечного микробиотопа, включающего микроорганизмы, количество которых по абсолютным величинам изменено наиболее значимо, с использованием логистической регрессии.

Результаты. В группе рецидива ЯК регистрировались дискордантные изменения количественных характеристик микроорганизмов – снижение Streptococcus, NK4A214_group, Pelomonas и увеличение Enterococcus и Actinomyces ($p < 0,05$). В группе больных в фазе клинико-эндоскопической ремиссии заболевания зарегистрировано статистически достоверное увеличение уровней родов Streptococcus, NK4A214_group и Pelomonas и снижение – Enterococcus и Actinomyces ($p < 0,05$).

Результаты многофакторного анализа и моделирования толстокишечного микробиотопа у больных с ремиссией ЯК представлены в таблице:

Род	Коэффициент	Отношение шансов	p
Enterococcus	-117,244	$1,2 \cdot 10^{-51}$	0,011
Streptococcus	1,117	3,06	0,045
NK4A214_group	2,335	10,33	0,008
Pelomonas	67,529	$2,1 \cdot 10^{-29}$	0,011
Actinomyces	-55,947	$5,0 \cdot 10^{-25}$	0,008
Константа	-0,528	0,59	0,201

Полученная модель статистически значима и достоверна с использованием оценочных критериев: хи-квадрат ($p = 0,002$), псевдо-коэффициент детерминации Кокса и Снелла – 0,556, Нэйджелкерка – 0,74.

Заключение. Результаты исследования представляют прогностическую модель – неинвазивный метод контроля за течением заболевания и диагностики достижения клинико-эндоскопической ремиссии ЯК.

73

КОРРЕКЦИЯ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО ЗАПОРА В РАЗЛИЧНЫХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУППАХ

Колесникова И.Ю.

Тверской ГМУ, Россия

Цель работы: оценить симптоматику запоров и прием слабительных препаратов у больных трудоспособного и пожилого возраста.

Материалы и методы: проведено анкетирование пациентов с функциональным запором, не имеющих симптомов органической патологии кишечника, 1-я группа – 15 мужчин и 45 женщин в возрасте до 65 лет (медиана возраста – 37 лет), 2-я группа – 14 мужчин, 48 женщин 65 лет и старше (медиана возраста – 70 лет). Также проведено анкетирование 31 врача-терапевта и 31 работника аптеки.

Результаты: длительность запоров более 10 лет отмечена у 6 (10 %) пациентов 1-й группы и 25 (40,3 %; $p_2 < 0,05$) больных 2-й группы. О меньшей, чем 2 раза в неделю, частоте дефекаций сообщили 9 (15,0 %) больных 1-й группы и 15 (24,2 %) – 2-й группы. В 1-й группе 5 (8,3 %) человек регулярно принимали слабительные, тогда как во 2-й – 31 (50,0 %; $p_2 < 0,05$) пациент. Наиболее часто выбор делался в пользу лаксативов контактного действия: растительные слабительные контактного действия принимали 9 (15,0 %) больных 1-й группы, синтетические контактные слабительные – 4 (6,7 %), лактулозу – 7 (11,7 %), а еще 4 (6,7 %) пациента прибегали к очистительным клизмам. Во 2-й группе также лидировали контактные слабительные: по 25 (40,3 %) ответов о предпочтении контактных препаратов растительного и синтетического происхождения. Осмотическими лаксативами пользовались только 10 (16,1 %) респондентов. В 1-й группе слабительное выбирали по эффективности – 14 (23,3 %) и под влиянием рекламы – 7 (11,1 %) человек. Во 2-й группе, аналогично, эффективность – 31 (50,0 %) и совету друга – 12 (19,4 %) ответов. Врачи-терапевты наиболее часто назначали осмотические слабительные, реже – контактные. Ни разу не назначались наполнители или пружалопрод. Работники аптеки отметили, что наиболее часто в розничной сети покупают растительные лаксативы контактного действия.

Заключение: при функциональном запоре пожилые люди чаще прибегают к приему слабительных, чем молодые. Врачи назначают осмотические, а пациенты чаще принимают контактные слабительные.

72

ОСОБЕННОСТИ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ ЯЗВЕННОГО КОЛИТА И КОЛИТА ПРИ БОЛЕЗНИ КРОНА

Иванов С.В., Гахраманова А.А.

СПбГПМУ, НМИЦ им. В.А. Алмазова, Санкт-Петербург, Россия

Цель исследования: разработать способ дифференциальной диагностики язвенного колита и болезни Крона при изолированном поражении толстой кишки в раннем периоде течения ВЗК на основании клинических, эндоскопических и гистологических особенностей заболевания.

Материалы и методы. В поперечное исследование, проведенное на базе городского центра ВЗК Санкт-Петербурга (СПб ГБУЗ «Елизаветинская больница»), были включены данные медицинской документации 95 пациентов в раннем периоде течения ВЗК за период 2021–2023 гг. Окончательный диагноз «язвенный колит» был установлен у 35 пациентов, окончательный диагноз «болезнь Крона» – у 60.

Результаты исследования. Разработана логистическая регрессионная модель, позволяющая провести дифференциальную диагностику между язвенным колитом и болезнью Крона с изолированным поражением толстой кишки в раннем периоде течения заболевания на основании клинических, эндоскопических и гистологических предикторов (AUC – 0,885). Были выделены предикторы для язвенного колита, такие как: изменение консистенции стула в сторону неоформленного, кашицеобразного или жидкого, наличие слизи в стуле, уменьшение количества бокаловидных клеток, наличие деформации крипт, крипт-абсцессов. Предикторами болезни Крона в модели стали наличие крови в стуле и абдоминальный болевой синдром, эндоскопическая сегментарность поражения толстой кишки. Чувствительность данной модели составила 92 %, специфичность – 69 %, точность – 83 %.

Заключение. Разработана применимая в практической деятельности математическая модель для дифференциальной диагностики между язвенным колитом и болезнью Крона с поражением толстой кишки в сложных диагностических ситуациях при ВЗК, когда отсутствуют вероятные патогномоничные признаки болезни Крона, такие как наличие стриктур, свищей и перианальных осложнений в анамнезе, патологические изменения слизистой оболочки терминального отдела подвздошной кишки, гистологическая сегментарность поражения кишечника и наличие гранулем.

74

ПРЕДИКТОРЫ НЕБЛАГОПРИЯТНОГО ИСХОДА У ПАЦИЕНТОВ С КОЛОРЕКТАЛЬНЫМ РАКОМ

Кручинина М.В., Громов А.А., Светлова И.О., Генералов В.М., Шашков М.В., Шестов А.А., Соколова А.С.

НИИТГМ – филиал ИЦиГ СО РАН, НГМУ, Новосибирск; ГНЦ ВБ Вектор, пос. Кольцово; Институт катализа СО РАН, Институт органической химии СО РАН, Новосибирск; Россия

Цель – исследовать возможность использования параметров эритроцитов (Эр), жирно-кислотных (ЖК) профилей их мембран, сыворотки крови (СК) для предикции неблагоприятных исходов у пациентов с колоректальным раком (КРР).

Материалы и методы. Обследовано 129 пациентов (63 ± 9 лет) с КРР разных стадий (65 – с ранними, 64 – с поздними с разной локализацией метастазов), 35 лиц группы сравнения. Установлены исходы КРР через 6 лет: у 66 пациентов – стабилизация, в 63 случаях – неблагоприятные (рецидив опухоли, метастазирование, смерть). Исследование параметров эритроцитов проведено с помощью диэлектрофореза, уровень жирных кислот мембран Эр и СК определен с помощью ГХ/МС (Agilent 7000В (США)).

Результаты. Неблагоприятные исходы у пациентов с КРР ассоциированы с повышенными уровнями отношений НЖК/ПНЖК ($p = 0,004$), НЖК/ННЖК ($p = 0,011$), С14: 0 ($p = 0,032$) в мембранах Эр и сниженным содержанием эритроцитарных С22: 5n-3 ($p = 0,0003$), суммы омега-3 ПНЖК ($p = 0,0004$), 22: 6n-3 ($p = 0,001$), 22: 4n-6 ($p = 0,004$), 20: 2n-6 ($p = 0,036$), а также сывороточного уровня 20: 2n-6 ($p = 0,011$). Среди электрических, вязкоупругих параметров Эр маркерами-предикторами неблагоприятных исходов оказались повышенные уровни индексов деструкции на высоких частотах электрического поля (для 10^6 Гц – $p = 0,0006$; для 5×10^6 Гц – $p = 0,05$), повышенная агрегация клеток на низких частотах поля (для 10^5 Гц – $p = 0,05$; для 5×10^4 Гц – $p = 0,04$), а также смещение равновесной частоты в высокочастотный диапазон ($p = 0,036$) при первичном обследовании, что отражает сниженный поверхностный заряд клеток, низкую резистентность, выраженность токсических воздействий.

Выводы. Профили ЖК мембран Эр, СК, электрические, вязкоупругие параметры Эр перспективны как маркеры-предикторы неблагоприятных исходов при КРР, могут быть использованы для мониторинга, раннего выявления прогрессии заболевания.

75

ПРОГНОСТИЧЕСКАЯ РОЛЬ ASCA, АНЦА, GAB И PAB ПРИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ КИШЕЧНИКА

Кузнецова Д.А.¹, Лапин С.В.¹, Губонина И.В.², Щукина О.Б.¹, Каманин А.А.¹, Давыдов Д.А.¹

Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова, Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова, Санкт-Петербург, Россия

Цель работы: оценить частоту и прогностическую значимость антител к *Saccharomyces cerevisiae* (ASCA), антинейтрофильных цитоплазматических антител (АНЦА), антител к бокаловидным клеткам кишечника (goblet cells antibodies, GAB) и ацинарным клеткам поджелудочной железы (pancreas acinar antibodies, PAB) в оценке клинических исходов воспалительных заболеваний кишечника (ВЗК).

Материалы и методы. В исследование было включено 186 образцов сыворотки крови клинически обследованных пациентов с ВЗК (117 – пациентов с болезнью Крона (БК), 45 – язвенным колитом (ЯК) и 24 – недифференцированным колитом (НК)) и 29 – условно здоровых лиц, у которых определяли содержание ASCA, АНЦА, GAB и PAB и их связь с клиническими параметрами ВЗК.

Результаты. Частота ASCA классов IgA и IgG у пациентов с БК составила 25 % и 38 % vs. ЯК – 0 % и 3,8 % и НК – 5 % и 5 % соответственно ($p < 0,05$). PAB класса IgG определялись достоверно чаще в группе пациентов с БК – 25,6 % vs. ЯК – 6,6 %, НК – 4,1 % и контроля – 6,9 % ($p < 0,05$). ASCA и PAB служат прогностическими маркерами дебюта БК до 40 лет, осложненных форм заболевания, а также потребности в хирургическом лечении. Серопозитивность по GAB класса IgG служит маркером ВЗК (частота у пациентов с БК – 21,3 %, ЯК – 35,5 %, НК – 25 %), отражающим эндоскопическую активность, в большей степени, ЯК, чем БК. Встречаемость АНЦА IgG у пациентов с ЯК составила 54 % vs. БК – 9,9 % и НК – 9,5 %, с более высокими титрами аутоантител у пациентов с тяжелой атакой ЯК (320 [320;640]) vs. с легкой атакой (40 [40;80]), $p < 0,05$). В группе контроля ASCA, АНЦА и GAB обнаружено не было.

Выводы. ASCA, ANCA, PAB и GAB являются высокоспецифичными маркерами БК и ЯК, определение которых позволяет повысить эффективность серологического обследования при проведении дифференциальной диагностики и персонализированном прогнозировании клинического течения ВЗК.

77

КЛИНИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ КИШКИ У ПАЦИЕНТОВ С ЯЗВЕННЫМ КОЛИТОМ

Мухаметова Д.Д., Одинцова А.Х., Абдулганиева Д.И.

Казанский ГМУ, Республиканская клиническая больница, Казань, Россия

Цель работы: изучить изменения ультразвуковой картины и оценить значения MUC у пациентов с язвенным колитом (ЯК).

Материалы и методы. В исследование включено 30 пациентов с ЯК. Средний возраст – 35 [27; 48] лет, 14 женщин (47 %). Всем пациентам проводилась колоноскопия с оценкой индекса по Schroeder и трансабдоминальное УЗИ кишечника на приборе Sonoscape S2N линейным и конвексным датчиком. Для оценки УЗ активности ЯК был использован онлайн калькулятор миланских ультразвуковых критериев (MUC). Для удобства расчета был создан сайт-калькулятор с адресом <https://ibd.calc.mbul.at>.

Результаты. У 96,7 % пациентов с обострением ЯК наблюдалось утолщение стенки толстой кишки (в среднем – 5,1 [4,05; 5,75] мм), что было статистически значимо больше, чем у пациентов в ремиссии (3,1 [2,8; 4,06] мм ($p < 0,05$)). Утолщение стенки также наблюдалось у 50 % пациентов с неактивным ЯК. У 95,8 % пациентов с обострением ЯК обнаружено усиление кровотока в стенке толстой кишки. Значения MUC были значительно выше при обострении (8,6 [7,46; 9,91]) по сравнению с ремиссией 4,2 [3,36; 5,21] ($p < 0,05$). Выявлена корреляция MUC с эндоскопической активностью ЯК по Schroeder ($r = 0,84$; $p < 0,05$) и уровнем С-реактивного белка крови ($r = 0,9$; $p < 0,05$).

Заключение. Использованный онлайн калькулятор MUC был повышен у всех пациентов при обострении ЯК, коррелировал с эндоскопической активностью и уровнем С-реактивного белка.

76

КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНЫХ ПРОЯВЛЕНИЙ У ВЗРОСЛЫХ ПАЦИЕНТОВ В ПОСТКОВИДНОМ ПЕРИОДЕ

Леонтьева Н.И.¹, Соловьева А.И.¹, Москалева Т.Н.¹, Абрамова Е.Н.², Антипят Н.А.²

¹ МНИИОМ им. Г.Н. Габричевского, ² ИКБ №1, Москва, Россия

Цель: оценить роль нарушений микрофлоры кишечника в развитии диарейного синдрома в постковидном периоде.

Материал и методы. Наблюдались 246 пациентов обоого пола в возрасте от 41 до 85 лет, перенесших COVID-19 более 6 месяцев назад, т.е. с постковидным синдромом. В группах преобладали лица от 41 до 60 лет (38,2 %) и от 16 до 40 лет – 33,3 %, старше 60 лет – 28,5 %. Женщины составили 78,5 %, мужчины – 21,5 %. У 61,8 % COVID-19 протекал в легкой форме и лишь у 4,5 % – в тяжелой. Хронические заболевания желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) отмечались у 62,6 % пациентов. Проводились комплексные клинико-лабораторные наблюдения и бактериологические исследования микрофлоры кишечника (отраслевой стандарт ОСТ 91500.11.0004-2003 «Протокол ведения больных. Дисбактериоз кишечника» (2004 г.)). Инструментальные исследования ЖКТ (ЭГДС и ФКС) проводились по показаниям.

Результаты. После выписки из стационара у большинства пациентов сохранялись жалобы на выраженную слабость и повышенную утомляемость. У многих (62,6 %) была отмечена диарея (иногда с кровью), боль в животе (72,8 %), вздутие (79,3 %), урчание в кишечнике (13,0 %), отрыжка и изжога (16,7 %). На фоне диарейного синдрома и субфебрильной лихорадки из кала выявлялись токсины А и В *Cl. difficile*. У 116 пациентов изучена микрофлора кишечника. Дисбактериоз кишечника I и II ст. был выявлен у 38,8 % и 39,7 % соответственно, а III ст. – в 16,4 % случаев. Индигенная микрофлора характеризовалась снижением содержания кишечной палочки (43,1 %), бифидо- (68,1 %) и лактобактерий (35,3 %). При исследовании выделялась гемолизующая кишечная палочка (23,3 %), кишечная палочка со слабоферментативными свойствами (13,8 %), грибы рода *Candida* (18,1 %). Условно-патогенные микроорганизмы *Klebsiella*, *Citrobacter Enterobacter*, *Proteus* и др. встречались редко.

Заключение. Проведенные исследования показали важную роль нарушений микрофлоры кишечника в развитии диарейного синдрома у пациентов в постковидном периоде.

78

ЧАСТОТА OVERLAP-СИНДРОМА ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ГАСТРОИНТЕСТИНАЛЬНЫХ РАССТРОЙСТВ У ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ COVID-19

Налетов А.В.^{1,2}, Гуз Н.П.², Куропятник П.И.³

¹ Донецкий государственный медицинский университет им. М. Горького, ² МЦ Гастро-лайн, ³ Центральная гор. клиническая больница №1, Донецк, Россия

Цель исследования. Оценить особенности клинических симптомов синдрома раздраженного кишечника (СРК) у пациентов, перенесших COVID-19.

Материалы и методы. На базе ООО «Медицинский центр Гастро-лайн г. Донецка» обследовано 102 пациента с СРК с преобладанием диареи (СРК-Д), который развился на фоне перенесенной коронавирусной инфекции (основная группа). У всех больных на основании клинико-лабораторных и рентгенологических результатов обследования был диагностирован COVID-19, проведено соответствующее лечение с клинико-лабораторным выздоровлением. Группу сравнения составило 40 пациентов с классическим СРК-Д, индуцированным стрессом.

У всех пациентов были оценены гастроинтестинальные проявления. Диагностика функциональных гастроинтестинальных расстройств основывалась на рекомендациях Римского консенсуса IV (2016). Для оценки характера стула была использована Бристольская шкала формы кала (БШФК).

Результаты. Манифестация гастроинтестинальных симптомов в основной группе происходила на фоне основных симптомов COVID-19 – у 26 (25,5 %) пациентов, в первую неделю после купирования основных бронхолегочных проявлений COVID-19 – у 46 (45,1 %), в течение первого месяца – у 22 (21,6 %). У 8 (7,8 %) больных гастроинтестинальные симптомы были единственным проявлением вирусной инфекции. Согласно диагностическим критериям СРК-Д, абдоминальный болевой синдром, который был связан с актом дефекации, изменением частоты и характера стула (V-VII по БШФК), выявлены у всех (100 %) пациентов обеих групп. Метеоризм отмечался у 67 (65,7 %) пациентов основной группы и у 22 (55,0 %) из группы сравнения, флатуленция – у 18 (17,6 %) и 6 (15,0 %) больных, соответственно. При этом у 72 (70,6 %) пациентов установленные клинические симптомы характерные для функциональной диспепсии (ФД), что было статистически значимо ($p < 0,05$) чаще относительно группы сравнения – 16 (40,0 %). Чувство переполнения после приема пищи отмечалось у 38 (37,3 %) и 6 (15,0 %), периодическая тошнота – у 42 (41,2 %) и 9 (22,5 %), раннее насыщение – у 24 (23,5 %) и 5 (12,5 %), эпигастральная боль или жжение – у 42 (41,2 %) и 10 (25,0 %) пациентов, соответственно.

Выводы. Для большинства пациентов с СРК, перенесших COVID-19, характерным является сочетание различных гастроинтестинальных проявлений с формированием overlap-синдрома – перекрестом ФД и СРК.

79

КОНТРАСТНОЕ УСИЛЕНИЕ ПРИ УЛЬТРАЗВУКОВОМ ИССЛЕДОВАНИИ КИШЕЧНИКА

Орлова Л.П., Халиф И.Л.

МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского, Москва, Россия

Цель работы: оценить эффективность контрастного препарата Соновью в изучении перфузии кишечной стенки при язвенном колите и болезни Крона.

Материалы и методы. С января 2016 по март 2018 гг. обследовано 39 пациентов с ЯК и БК – 28 с активностью воспалительного процесса. С целью оценки эффективности проводимого консервативного лечения 13 пациентов с ЯК осмотрены в динамике. Всем больным проводили колоноскопию, УЗИ кишечника и УЗИ с контрастным усилением. По полученной при УЗИ с контрастным усилением кривой автоматически рассчитывались параметры контрастирования: максимальная интенсивность контрастирования (ТР), время роста интенсивности контрастирования (RT), площадь под кривой (AUC), максимальная сила контрастирования (PI), крутизна подъема кривой контрастирования (WinS), площадь зоны интереса (ROI). Статистическая обработка данных проводилась с использованием пакета программ Statistica 8,0 и IBM SPSS-20,0.

Результаты. При ЯК с активным воспалительным процессом васкуляризация определялась в слизистой и подслизистом слоях, при БК – во всех слоях у всех пациентов с ВЗК. По данным обследования установлено, что наиболее информативным УЗ-параметром для оценки активности воспалительного процесса является площадь под кривой (AUC) и максимальная сила контрастирования (PI). Для данных параметров получена положительная корреляция с эндоскопической активностью ЯК и степенью тяжести БК.

Заключение. В сложных клинических случаях с помощью УЗИ с контрастным усилением возможна дифференциальная диагностика ЯК и БК по качественным показателям и может быть хорошим альтернативным неинвазивным методом оценки эффективности консервативной терапии у пациентов с воспалительными заболеваниями кишечника. Однако необходимо продолжить исследование на большей выборке для выявления связи между другими параметрами и стандартизировать данную методику.

81

ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ РАЗЛИЧНЫХ ВАРИАНТОВ СИНДРОМА РАЗДРАЖЕННОГО КИШЕЧНИКА

Пулатов Д.И., Гуфронзода Д.

Институт гастроэнтерологии, Душанбе, Таджикистан

Цель исследования: изучить частоту встречаемости различных вариантов синдрома раздраженного кишечника (СРК).

Материалы и методы. Клиническому исследованию подверглись 97 больных в возрасте от 23 до 57 лет (средний возраст – $37,2 \pm 2,7$ лет). Женщин было 66 (68,04 %), мужчин – 31 (31,96 %). Клинический диагноз устанавливался на основании жалоб, анамнеза заболевания, объективного статуса больных, данных общеклинических (общий анализ крови, мочи, кала), биохимических, вирусологических и инструментальных методов исследования. Всем больным были проведены ирригография и колоноскопия. При установке диагноза использовали классификацию Римские критерии IV СРК 2016 года.

Результаты исследования. Больные жаловались на боли внизу живота, уменьшающихся или исчезающих после акта дефекации, вздутие и урчание в животе. СРК с преобладанием запора (СРК-I) был выявлен у 60 (61,9 %) больных, СРК с преобладанием диареи (СРК-II) у 30 (30,9 %) больных, смешанный вариант СРК (СРК-III) у 5 (5,1 %) больных и неклассифицированный вариант (СРК-IV) у 2 (2,1 %) больных. На ирригографии и колоноскопии выявлено наличие спастического состояния толстой кишки и большое количество образования слизи. Ультразвуковое исследование печени, желчного пузыря, поджелудочной железы и почек не выявило особых изменений. Обследование этих больных врачом психиатром выявило наличие депрессивного синдрома у больных с СРК-I и наличие тревожного синдрома у больных с СРК-II.

Выводы. При СРК часто встречается СРК с преобладанием запора – 60 больных, который составил 61,9 % и меньше встречается СРК с преобладанием диареи – 30 больных, который составил 30,9 %.

80

БОЛЕЗНЬ ГИРШПРУНГА – ТРУДНОСТИ ДИАГНОСТИКИ

Потехина Е.В., Василенко О.Ю., Голикова З.Н., Лозоватор А.Л., Олин Д.А., Горина Ю.Н., Вовк Е.В.

ОБП УДП РФ, ДПО ЦГМА УДП РФ, Москва, Россия

Болезнь Гиршпрунга (БГ) – это аномалия развития, характеризуемая врожденным отсутствием ганглиев интрамуральных и подслизистых нервных сплетений кишечной стенки всей толстой кишки или ее части.

Материалы и методы: пациент госпитализирован с подозрением на кишечную непроходимость (КН); длительно страдает запорами, постоянно принимает слабительные. В течение последних лет неоднократно госпитализировался в стационары, где на фоне консервативной терапии и колоноскопии (КС), во время которой за счет деторсии достигалась положительная динамика и разрешение явлений КН. В течение последнего года число госпитализаций увеличилось с промежутками до 3–4 нед.

Результаты: пациенту выполнено комплексное обследование. Рентгенологическое исследование: прямая кишка без особенностей. Сигмовидная кишка (с/к) доходит до уровня левого подреберья; удлинена, с расширением до 8 см; гаустрация слабо выражена, складки слизистой сглажены. КС: аппарат проведен за винтообразным изгибом расширен (в просвете прозрачные воды без кишечного содержимого, за сужением – кишечное содержимое в большом количестве), который расправляется при выполнении деторсии. Складчатость сглажена, просвет с/к за винтообразным изгибом расширен. После КС на фоне консервативной терапии: обратное развитие признаков КН (сужение просвета кишки, исчезновения горизонтальных уровней жидкости, уменьшения пневматизации кишки). Пациенту выполнена лапароскопически-ассистированная левосторонняя гемиколэктомия. Гистология – участок толстой кишки длиной 75 см. На протяжении 38 см от проксимального края стенка кишки эластична, толщиной 3 мм, серозная и слизистая оболочки без особенностей, просвет – 5 см. Далее отмечается расширение просвета до дистального края препарата до 10 см. Стенка кишки толщиной 5 мм, складчатость сглажена, слизистая тусклая, серо-розового цвета. Микрослизистая истончена, отмечается уплощение, сближение и очаговая деформация кригт, полинокровие, диффузная инфильтрация собственной пластинки с примесью плазматических клеток, выраженная гипертрофия гладкомышечных элементов мышечной пластинки с уменьш. числа интрамуральных ганглиев, гипертрофией ганглиозных клеток.

Заключение. Таким образом, болезнь Гиршпрунга является редким и трудно диагностируемым заболеванием. Комплексный подход, включающий рентгенологические, эндоскопические и лабораторные методы исследования; анамнестические данные, позволяют подтвердить или опровергнуть другие заболевания толстой кишки.

82

ПРИМЕНЕНИЕ БИОЛОГИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ЯЗВЕННОМ КОЛИТЕ

Салимов Т.Г., Асланова Л.С., Садыгов Б.И., Салимова-Керимова Р.Т., Гусейнова Х.Г., Халилов В.М.

НЦХ им. акад. М. Топчибашева, Баку, Азербайджан

Цель: повысить качество оказания медицинской помощи больным язвенным колитом (ЯК) с тяжелым течением.

Материалы и методы. Больные ЯК с левосторонним и тотальным поражением толстой кишки, среднетяжелыми и тяжелыми атаками, гормонозависимые и гормонорезистентные.

Результаты. Больным ЯК при неэффективности месалазина и системных стероидов в течение 4 недель показано проведение биологической терапии – индукционного курса инфликсимаба 5 мг/кг в сочетании с азатиоприном 2 мг/кг. Поддерживающая терапия проводится введением инфликсимаба каждые 8 недель в сочетании с азатиоприном 2 мг/кг в течение не менее 1 года. При тяжелой атаке ЯК показано введение преднизалона 2 мг/кг в течение 7 дней, затем перевод больного на прием преднизалона 1 мг/кг. В случае отсутствия эффекта от стероидной терапии, через 7 дней показана терапия «второй линией» – инфликсимаб 5 мг/кг на 0, 2, 6 неделе в сочетании с азатиоприном 2 мг/кг, в дальнейшем поддерживающая терапия инфликсимабом каждые 8 недель в сочетании с азатиоприном 2 мг/кг в течение не менее 1 года, или альтернативный вариант – циклоспорин 2–4 мг в/в или внутрь 7 дней, затем азатиоприн 2 мг/кг с циклоспорином внутрь.

Заключение. Биологическая терапия инфликсимабом является эффективным методом лечения тяжелых, гормонозависимых и гормонорезистентных форм ЯК.

83

РЕБАМИПИД В ЛЕЧЕНИИ СИНДРОМА РАЗДРАЖЕННОГО КИШЕЧНИКА

Салимов Т.Г., Асланова Л.С., Садыгов Б.И.,
Салимова-Керимова Р.Т., Ибрагимов М.Р.,
Гусейнова Х.Г.

Центр научной хирургии им. акад. М. Тобчибашева,
Баку, Азербайджан

Цель работы: оценить эффективность использования препарата Ребамипид у больных с синдромом раздраженного кишечника (СРК) независимо от его вариантов.

Материалы и методы. Было обследовано 65 больных в возрасте от 18 до 45 лет, из них 40 пациента с СРК с запорами и 25 – больные с СРК с диареей.

У всех пациентов наблюдались абдоминальный болевой синдром и кишечная диспепсия. Больные были разделены на две группы. 1-я группа – 32 человека, получали общепринятую терапию: спазмолитики, пребиотики и пробиотики, слабительные или антидиарейную терапию, а также антидепрессанты. Во 2-й группе – 33 человека, к терапии был добавлен ребамипид 100 мг 3 раза в сутки в течение 2 месяцев.

Результаты. К окончанию исследования в 1-й группе стул нормализовался у 40 %, а также исчезло вздутие и абдоминальные боли. Во 2-й группе вышеуказанные симптомы исчезли у 78 %.

Выводы. Ребамипид показал высокую эффективность в лечении СРК. Также надо отметить, что назначение ребамипида эффективно при СРК независимо от его вариантов и является эффективным и безопасным средством и значительно улучшает клиническое течение заболевания.

85

РИСК ПСЕВДОМЕМБРАНОЗНОГО КОЛИТА У БОЛЬНЫХ, ПОЛУЧАВШИХ АНТИБИОТИКОТЕРАПИЮ

Салимов Т.Г., Садыгов Б.И., Магалова Н.С.,
Шамхалов З.М., Гусейнова Х.Г., Керимова-Салимова Р.Т.

Центр научной хирургии им. акад. М. Тобчибашева,
Баку, Азербайджан

Цель: выявить и систематизировать основные причины псевдомембранозного колита (ПМК).

Материалы и методы: в исследовании участвовали 32 больных ПМК, в возрасте от 35 до 60 лет, в среднем – $42 \pm 8,6$ лет.

Результаты: у больных отмечались абдоминальные боли, водянистая диарея, лихорадка. Обследование включало общий анализ крови, общий анализ кала, исследование кала на токсины А и В *Cl. difficile*. Из 32 больных у 25 в первичном скрининге обнаружены клостридиальные токсины А и В в кале. При уточнении анамнеза из них у 15 больных (60 %) выявлено применение антибиотиков (цефалоспоринов, аминопенициллинов, клиндамицина). У 5 больных (20 %) *Cl. difficile* обнаружена после оперативного вмешательства на органах желудочно-кишечного тракта: у 2 больных (8 %) после повторных очистительных мероприятий, у 3 больных (12 %) с поносом и положительным тестом на *Cl. difficile* получали лечение по поводу злокачественных заболеваний желудочно-кишечного тракта.

Вывод. Целесообразно и в ряде случаев необходимого обследования пациентов с патологией кишечника на наличие в кале токсинов *Cl. difficile*, особенно в случае упорной диареи и повышения температуры.

84

СИНДРОМ ИЗБЫТОЧНОГО БАКТЕРИАЛЬНОГО РОСТА У БОЛЬНЫХ С БОЛЕЗНЬЮ КРОНА И ЯЗВЕННЫМ КОЛИТОМ

Салимов Т.Г., Исаев Э.Г., Садыгов Б.И., Шамхалов З.М.,
Салимова-Керимова Р.Т., Гусейнова Х.Г.

НЦХ им. М. Точибапова, Баку, Азербайджан

Цель исследования – оценить частоту встречаемости и выраженности синдрома избыточного бактериального роста (СИБР) у больных с язвенным колитом (ЯК) и болезнью Крона (БК) по данным водородного дыхательного теста.

Материалы и методы. Было обследовано 46 больных, из них 18 с БК, 28 – с ЯК.

Результаты. До обследования жалобы больных были на периодическое вздутие живота, боли, снижение массы тела, частый жидкий стул с примесью и без примеси крови и слизи. Все больные были разделены по локализации процесса – тотальное поражение, левостороннее и проктосигмоидит. Таким образом, с ЯК у 12 из 28 был обнаружен СИБР – 42,9 %. В группе больных с БК СИБР был диагностирован у 7 из 18 – 38,9 %. Средний индекс массы тела у больных с СИБР был ниже, чем у больных без СИБР. Всем больным с СИБР был назначен курс рифаксимина с пробиотиками. Эффект от лечения был оценен через месяц – уменьшения вздутия, болей, диареи, увеличение массы тела.

Выводы. Водородный дыхательный тест позволяет выявить СИБР в тонкой кишке у пациентов с ЯК и БК, и дает своевременную возможность назначения медикаментозной терапии, а также существенно улучшить качество жизни.

86

ОСОБЕННОСТИ МИКРОБИОЦЕОЗА ТОЛСТОЙ КИШКИ И ИММУНИТЕТА У БОЛЬНЫХ ЯЗВЕННЫМ КОЛИТОМ И БОЛЕЗНЬЮ КРОНА

Сильвестрова С.Ю., Гудкова Р.Б., Кулаков Д.С., Князев О.В.

МКНЦ им. А.С. Логинова, Москва, Россия

В настоящее время становится ясно, что наряду с такими факторами как стресс, генетическая предрасположенность, дефекты иммунной системы кишечника важную роль в этиологии язвенного колита (ЯК) и болезни Крона (БК) играет микрофлора, её состав и состав её метаболитов.

Целью данного исследования является оценка взаимосвязи между кишечными метаболитами и показателями иммунитета у больных воспалительными заболеваниями кишечника.

Материалы и методы. В кале методом ГЖХ исследовали метаболическую активность микрофлоры толстой кишки (ТК) у больных ЯК (гр. 1, n = 28) и БК (гр. 2, n = 22) по данным содержания короткоцепочечных жирных кислот (КЖК) (укусной, пропионовой, масляной (Вu), капроновой, валериановой и их изо-производных изо-масляной, изо – валериановой, изо-капроновой); методом ИФА определяли альфа-1-антитрипсин А1АТ. В крови антинейтрофильные антитела к белку проницаемости (ВР1), катепсину G (CatG), лизоциму (LZ).

Результаты. В обеих группах исследования имело место снижение суммарной конц. КЖК в 2,7 раза, (p = 0,001). При этом, если у больных БК доля Вu, была снижена в 1,6 раза (БК – $10,62 \pm 4,31$ % vs N – $16,12 \pm 3,42$ %; p = 0,001), то в гр. ЯК этот показатель статистически от нормы не отличался: ЯК – $16,60 \pm 5,33$ % (NS). Характерно, что в гр. ЯК очень низкий вклад Вu (< 10 %) в общий пул КЖК отмечался у 35 % больных, тогда как в гр. БК доля таких пациентов возросла до 67 %. В 1 гр. повышены маркеры воспаления: в сыворотке – АТ ВР1 IgG (y 75 %), АТ CatG IgG (y 43 %), АТ LZ IgG (y 21 %). В кале у 70 % повышен уровень А1АТ ($97,3 \pm 16,3$ мкг/л; N: 25–65 мкг/л). У 10 % больных с белковыми и электролитными нарушениями (гр. 2) выявлено высокое содержание А1АТ 247 (131–404) мкг/л.

Выводы. Таким образом, нарушения микробиоценоза толстой кишки при БК выражены в большей степени, чем у больных ЯК. При обострении течения БК и ЯК развивается аутоиммунное воспаление с образованием антител при повышенной проницаемости кишки. Особенности структуры метаболитов толстокишечной микрофлоры могут служить дополнительным критерием при дифференциальной диагностике НЯК и БК.

87

МИКРОБИОТА КИШЕЧНИКА У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА И ЕЁ КОРРЕКЦИЯ

Сулима М.В., Решетникова Л.К., Саютина Э.В., Старкова Ю.Н.

Амурская ГМА, Благовещенская городская клиническая больница, Благовещенск, Россия

Цель: изучение состава микробиоты у пациентов с сахарным диабетом второго типа, продолжительностью заболевания от 5 до 10 лет с целью восстановления микробиоты на фоне основной программы лечения.

Материалы и методы. Обследовано 23 пациента в возрасте 61 ± 5 лет (19 женщин и 4 мужчины), страдающих сахарным диабетом 2 типа в среднем 7 ± 4 года. Микробиота изучалась методом ПЦР-диагностики «Колонофлор» в режиме реального времени.

Результаты. Синдром кишечной диспепсии у этой группы пациентов в 68 % случаев характеризовался вздутием, урчанием – в 27 % случаев, и на первое место выходил диарейный синдром. В 24 % отмечалась склонность к запорам, а в 17 % жалоб со стороны желудочно-кишечного тракта не было.

При исследовании кала у всех пациентов выявлено нарушения микробиоты, обусловленные количественными и качественными изменениями: бифидобактерии 10^4 КОЕ/г, лактобактерии 10^5 КОЕ/г, у лиц с диарейным синдромом отмечен рост гемолизирующей кишечной палочки до 10^4 КОЕ/г в 12 % случаев, и у этих же больных отмечено снижение лактобактерий до 10^2 КОЕ/г. У пациентов на фоне запоров четко прослеживалось снижение бифидобактерий до 10^4 КОЕ/г. Учитывая изменения микробиоты, к лечению больных сахарным диабетом 2 типа подключался бифидумбактерин Лонгум (1 капсула в день, 30 дней), при дефиците лактобактерий до 10^5 КОЕ/г назначался Пробио Лог (1 капсула в день, 30 дней) и всем пациентам назначался метабитик – бактериостатин (500 мг 2 раза в день, 4 недели).

Пробиотики и метабитики, подключенные к основной терапии сахарного диабета 2 типа, купировали кишечный синдром и восстанавливали количество бифидо- и лактобактерий до оптимальных значений: бифидобактерий – 10^7 КОЕ/г, лактобактерий – 10^7 КОЕ/г.

Выводы. Комплексное лечение больных сахарным диабетом 2 типа с включением пробиотиков и метабитиков оказало положительный результат – купирование кишечного синдрома с восстановлением транзита и микробиоты кишечника, что улучшало качество жизни.

89

ГАНГРЕНОЗНАЯ ПИОДЕРМИЯ У ПАЦИЕНТА С ДЕБЮТОМ ВОСПАЛИТЕЛЬНОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ КИШЕЧНИКА (КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ)Успенский Ю.П.¹, Фоминых Ю.А.^{1,2}, Гнутов А.А.¹, Кизимова О.А.¹¹ Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет, ² НМИЦ им. В.А. Алмазова, Санкт-Петербург, Россия

Введение. Среди кожных внекишечных проявлений воспалительных заболеваний кишечника второе место по распространенности после узловой эритемы занимает гангренозная пиодермия.

В приемное отделение Елизаветинской больницы поступила женщина 23 лет с жалобами на появление болезненных язвенных дефектов нижних конечностей, ежедневное повышение температуры тела до $38,5^{\circ}\text{C}$, кашцеобразный стул 5-6 типа по Бристольской шкале с примесью крови и слизи. С диагнозом неспецифический язвенный колит, впервые выявленный, тяжелое течение пациентка была госпитализирована.

На коже плеч были расположены множественные несимметричные, округлые пятна синюшного оттенка, незначительно уплотненные и безболезненные при пальпации, диаметром от 0,2 до 0,5 мм. На левой голени отмечался крупный, глубокий болезненный язвенный дефект полигональной формы, багрово-фиолетового цвета с подрывными краями. Кожа вокруг язвенного дефекта гиперемированная, отечная, дно язвы представлено некротическими массами с серозно-гнойным отделяемым без запаха, диаметром около 10 см. На левом бедре отмечается крупный болезненный язвенный дефект округлой формы с приподнятыми краями и серозным отделяемым. Также на голенях отмечаются умеренно болезненные множественные гематомы фиолетового цвета, возвышающиеся над поверхностью кожи с зоной флюктуации в центре при пальпации. Остальные участки тела без изменений.

Выводы. Молодой возраст пациентки, а также тяжелое течение заболевания не только со стороны пищеварительной системы, но и со стороны кожи, с образованием множественных глубоких язвенно-некротических дефектов с выраженным болевым синдромом, привели к значительному снижению качества жизни и обусловили необходимость оказания своевременной квалифицированной медицинской помощи.

88

НЕТИПИЧНЫЕ ПЕРЕКРЕСТНЫЕ ФОРМЫ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ КИШЕЧНИКАТертычный А.С.¹, Ахриева Х.М.², Коган Е.А.¹¹ Институт клинической морфологии и цифровой патологии, Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова (Сеченовский Университет), Москва;² Ингушский государственный университет, Магас, Россия

Цель: провести анализ случаев, в которых одновременно будут обнаруживаться характерные гистологические признаки как язвенного колита (ЯК) так и болезни Крона (БК).

Материалы и методы: за период с 2019 по 2024 г. ЯК был диагностирован у 180 пациентов и БК – у 120 больных. Возраст пациентов варьировал от 19 до 78 лет (средний – 48 ± 6 лет). Диагнозы были установлены с учетом комплекса клиничко-лабораторных, эндоскопических и морфологических данных. Нами был проведен поиск случаев, которые вызвали диагностические сложности и характеристики которых были неоднозначны и содержали как признаки ЯК так и БК.

Результаты: мы смогли найти 25 случаев за более чем 5-летний период наблюдения. Диагноз ЯК с признаками БК был установлен в 23 случаях (12,2 %), а БК с признаками ЯК – в 2 случаях (1,6 %). Случай распределился следующим образом: у 3 пациентов с левосторонним колитом было обнаружено очаговое поражение в виде хронического активного воспаления в периаппендикулярной и слепоконечной областях, у 2 больных с ЯК мы смогли обнаружить гранулемы, что составило менее 2 % случаев. У этих пациентов с умеренным и тяжелым течением заболевания обнаружился вариант гранулем, получивший название криптолитическая. У больных с ЯК илеит был обнаружен нами у 18 пациентов. У 2 пациентов с БК воспалительный процесс изолированно затрагивал дистальные отделы толстой кишки, и диагноз был установлен по наличию типичных для БК изменений в верхних отделах ЖКТ и по развитию тяжелых анально-перинальных осложнений и сакроилеита.

Заключение: провести дифференциальную диагностику и достоверно определить вид ВЗК, используя биоптаты слизистой оболочки не всегда представляется возможным. Характерные для БК черты, такие как относительная или абсолютная интактность прямой кишки, наличие непораженных сегментов, вовлечение в патологический процесс подвздошной кишки, могут встречаться и при ЯК, особенно у пациентов, которым ранее проводилось лечение.

90

КОПИНГ-СТРАТЕГИИ И ГЕНДЕРНЫЕ РАЗЛИЧИЯ У БОЛЬНЫХ С ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ КИШЕЧНИКА

Чернусь Н.П., Савина Т.С., Кузьмина Е.А.

Первый МГМУ им. И.М. Сеченова (Сеченовский университет), Москва, Россия

Цель исследования: изучить гендерно-психологические особенности защитно-совладающего поведения к болезни, как составляющую психической адаптации у больных с ВЗК.

Материал и методы. Изучены клинические и экспериментально-психологические характеристики 22 больных: 9 мужчин и 13 женщин (средний возраст – $36,0 \pm 4,8$) с ВЗК. Применялись методики: «Индекс Жизненного Стиля» R. Plutchik, H. Kellerman, «Способы копинга» R. Lazarus, S. Folkman.

Результаты. В ходе экспериментально-психологического обследования была выявлена взаимозависимость механизмов психологической защиты (МПЗ) и совладания. Так у женщин МПЗ: «отрицание» и «компенсация» отрицательно коррелировали с копинг стратегией «планирование решения проблемы»: $r = -0,5$; $r = -0,43$, $p < 0,05$; но положительно коррелировали с копинг-механизмами «бегство – избегание», $r = 0,38$ и «конфронтация», $r = 0,32$, $p < 0,05$.

У мужчин МПЗ: «регрессия» и «замещение» – отрицательно с копинг-стратегиями «планирование решения проблемы», $r = -0,41$ и «самоконтроль», $r = -0,30$; и положительно с копинг-механизмами «бегство – избегание» $r = 0,34$ и «конфронтация» $r = 0,40$, $p < 0,05$.

Деадаптивное отношение к болезни соотносилось с реакциями избегания у мужчин и женщин, о чем свидетельствовала центральная ранговая позиция в структуре совладания с болезнью – стратегии «конфронтация» ($M = 69,3 \pm 0,1$), наряду с дефицитарностью использования стратегии «планирование решения проблемы» ($M = 39,3 \pm 0,1$).

Выводы. Выявленные проявления психической деадаптации у мужчин и женщин больных ВЗК носят умеренно выраженный характер, что позволяет определить стиль защитно-способительного поведения как условно адаптивный, требующий дополнительного психометрического исследования с целью уточнения типа неадаптивного психотического расстройства.

Поджелудочная железа

91

НАСЛЕДСТВЕННЫЙ ПАНКРЕАТИТ, СВЯЗАННЫЙ С PRSS1

Алмазбек кызы А., Охлобыстина О.З., Охлобыстин А.В., Шифрин О.С.

Клиника пропедевтики и внутренних болезней, гастроэнтерологии и гепатологии им. В.Х. Василенко, Первый МГМУ им. И.М. Сеченова (Сеченовский Университет), Москва, Россия

Цель работы: клиническое наблюдение демонстрирует течение наследственного панкреатита.

Клинический случай. Пациент А., 20 лет, поступил в клинику с жалобами на эпизоды полупоясывающей боли в левом подреберье. У пациента с раннего детства наблюдались эпизоды приступов боли в животе, в среднем 4 раза в год, периодически требовавшие госпитализации. В 14 лет по данным УЗИ отмечено увеличение размера ПЖ 30–19–32 мм, отек парапанкреатической клетчатки, жидкость в брюшной полости. Диагноз: Острый панкреатит. В 19 лет в январе 2023 года обострение ХП. КТ: выявлена инфильтрация парапанкреатической клетчатки, мелкие кисты в головке ПЖ до 12 мм. Альфа-амилаза крови до 861 ед/л. Март 2023 г обострение ХП. МРТ: увеличение головки ПЖ до 40 мм, жидкостные включения до 10–14 мм в головке, две псевдокисты на уровне головки и тела 46×34×42мм, 52×38×65мм. Май 2023 г. МСКТ: картина уменьшения размеров кистозных образований по контуру тела ПЖ, увеличения размеров псевдокисты на уровне хвоста. КТ-картина отёчности парапанкреатической клетчатки по контуру хвоста поджелудочной железы, локального расширения главного панкреатического протока в области хвоста поджелудочной железы. Были исключены: токсико-метаболическая этиология (вредные привычки отсутствуют, панкреотоксичные ЛС не принимает, химиотерапии/лучевой терапии не проводилось); обструктивная этиология (pancreas divisum, стеноз большого дуоденального сосочка, вирусголитиаз, камни ПЖ, стриктуры, обструкция новообразованием – отсутствуют), аутоиммунная этиология (IgG4: IgG 3,99 г/л, IgG 0,66 г/л, нехарактерная клиника). Консультация врача-генетика: Секвенирование полного экзона с анализом 22000 генов: выявлен патогенный вариант ХП в экзоне 3 гена PRSS1 c3650 > A (p.Arg122His) в гетерозиготном состоянии.

Заключение. Наследственный панкреатит характеризуется эпизодами острого панкреатита и рецидивирующего острого панкреатита с частым прогрессированием в ХП. Средний возраст постановки диагноза – 7 лет. Лица с наследственным панкреатитом подвергаются повышенному риску развития рака поджелудочной железы, поскольку начало хронического панкреатита происходит на 20–30 лет раньше, чем в общей популяции.

93

КЛИНИКО-БИОХИМИЧЕСКИЕ ПАРАЛЛЕЛИ И НУТРИЦИОННЫЕ ПРОФИЛИ, АССОЦИИРОВАННЫЕ С ЛОКАЛИЗАЦИЕЙ ОПУХОЛЕЙ ПИЩЕВАРИТЕЛЬНОГО КАНАЛА, СТАДИЕЙ И ПРОГРЕССИЕЙ: РОЛЬ В ДИАГНОСТИКЕ И НУТРИТИВНАЯ КОРРЕКЦИЯ

Костюченко Л.Н., Лычкова А.Э.

Московский клинический научный центр им. А.С. Логинова, Россия

Коррекция метаболического статуса составляет одну из ведущих задач в лечении опухолей пищеварительного тракта. Выбор программы коррекции зависит от локализации опухолей, стадии? прогрессии и целого ряда других причин.

Цель – изучить особенности клинико-биохимических профилей сыворотки крови (СК), ассоциированные с локализацией опухоли в пищеварительном канале.

Материал и методы. Обследовано 145 пациентов (5 % – с КРР 1-2 стадий, 10 % – с 3-4 стадией, 105 – с опухолями поджелудочной железы, 12 % – с опухолями тонкого кишечника и 15 человек – группа сравнения). Соматометрические показатели (общая и внеклеточная вода, фазовый угол, активная масса тела, соматический белок) определяли биоимпедансометрией и сопоставляли с биохимическими параметрами (РСБ-реинтольсвязывающий белок, интерлейкин-1 и 6, фактор некроза опухоли – ФНО). Фазу канцерогенеза оценивали по нутриционному угасанию и верифицировали морфологически. Нутриционную коррекцию назначали в соответствии с известным алиментарно-волевым диагнозом. Статистический анализ – программа Statistika-10.

Результаты. Выявлены различия клинико-биохимических иммунологических параметров, связанные с локализацией и стадией опухолей. Пациенты 3-4 стадий были в прогрессии. При этом интерлейкин-1 и -6 составляли при раке ПЖ 3,5–4,5 Пг/мл и 2,7–3,2 соответственно, при раке кишки – до 5–27. ФНО-альфа также вели себя неоднозначно. Тем не менее, эти параметры коррелировали с клиническими данными: самые выраженные изменения соотносились с раком восходящей толстой кишки.

Выводы. Клинико-биохимические параметры связаны с локализацией и стадией опухолей. Это перспективно в диагностике и выборе нутриционных схем.

92

ПРИМЕНЕНИЕ ЛАЗЕРНОГО ОБЛУЧЕНИЯ КРОВИ В ЛЕЧЕНИИ ПАНКРЕОНЕКРОЗА В РАННЕМ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ

Исаев Д.Н., Игнатев С.М., Ахметзянов Р.Ф., Якимов Д.А.

Ульяновский государственный университет, Россия

Цель исследования: оценить результаты применения внутрисосудистого лазерного облучения крови в лечении панкреонекроза.

Материал и методы: под наблюдением в клинике Ульяновска находилось 27 пациентов, которым было проведено оперативное лечение острого панкреатита.

Критерии включения: совершеннолетние пациенты с инфицированным панкреонекрозом без холедохолитиаза, оперированные в первую неделю с момента поступления.

Всем пациентам было выполнено оперативное вмешательство: лапаротомия, некрэктомия поджелудочной железы, дренирование брюшной полости, забрюшинного пространства, сальниковой сумки. В послеоперационном периоде всем пациентам проводилось лечение панкреатита согласно стандартам оказания квалифицированной медицинской помощи МЗ РФ. Диагноз панкреонекроза подтверждался данными УЗИ, КТ, операционной находки, отделяемого по дренажам, биохимическими исследованиями ферментов диастазы, амилазы, липазы.

Результаты. Первую группу исследования составили 19 пациентов, которым в послеоперационном периоде проведено лечение панкреонекроза согласно стандартам и с добавлением облучения крови портативным аппаратом лазера, с регулируемой мощностью (мощность излучения на выходе из накопленного световода не менее 1,5 мВт, лазерная головка с длиной 635 нм, красный спектр). Курс лечения состоял из 7–10 процедур продолжительностью 30 минут с первого дня после операции. Оценка результатов лечения проводилась по срокам восстановления показателей ферментов железы, лейкоцитоза, купирования болевого синдрома. Сроки нормализации амилазы составили $8,6 \pm 2,3$ дней, лейкоцитоза – $7,7 \pm 2,5$ дней, купирование болевого синдрома – $7,8 \pm 2,2$ дня. Вторую (контрольную) группу составили 8 оперированных пациентов с панкреонекрозом без применения в послеоперационном периоде внутрисосудистого лазерного облучения крови. Сроки восстановления показателей ферментов составили $9,3 \pm 2,3$ дней.

Выводы: применение внутрисосудистого лазерного облучения крови в послеоперационном лечении панкреонекроза достоверно уменьшает сроки купирования болевого синдрома, ускоряет восстановление показателей крови, сокращает сроки стационарного лечения.

94

РИСКОМЕТР НУТРИЦИОННОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПРИ ОНКОПАТОЛОГИИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Костюченко Л.Н., Лычкова А.Э.

МКНЦ им. А.С. Логинова, Москва, Россия

Среди факторов риска, определяющих реабилитационные возможности и выживаемость при раке поджелудочной железы, выделяются: 1) характеристики самой опухоли, 2) характер нутриционной недостаточности (НН), 3) детоксикационная способность печени, 4) состояние кишечника.

Цель – выявить минимальный спектр метаболических изменений, позволяющих определить риск послеоперационных метаболических сдвигов, ограничивающих реабилитацию к показанию к оперативному лечению опухолей поджелудочной железы.

Материал и методы. Материал – И/Б за 2020–2021 гг. Для характеристики опухолей (ХО) использовали: КТ, гены p53, KRAS BRCA², CA19.9. НН оценивали по ПИГ (прогностический индекс гипотрофии), БИМ (биоимпедансный метод), характеризовали саркопению, детоксикационную активность (ДА) печени – известными методами, состояние кишечника – по цитруллину, ферментной активности), толерантность к смеси (РВ). Соотношения между этими параметрами представляли шкалу рискометра.

Результаты. Расчет нормальных соотношений ХО ; НН: ДА: РВ показал, что в естественных условиях они составляют 1 : 4 : 4 : 2 : 1. При соотношении, где повышены характеристики НН и ДА, реабилитация сомнительна по метаболическим особенностям. Когда параметры НН и ДА приближаются к естественным, в послеоперационном периоде реабилитационный потенциал обозначают как удовлетворительный. В остальных случаях восстановление метаболизма сомнительно и требует нормализации под прикрытием специальных назначений. Каждая из характеристик составляла 1 балл. При операбельности и резектабельности, но изменениях в KRAS, CF19.9 прогноз сомнительный. При 5 от операций лучше отказать. При менее 5 баллов возможно оперативное лечение

Выводы. Шкала рискометра позволяет: 1) определить показания к различным способам реабилитации; 2) ограничить показания к оперативному лечению.

95

НОВОЕ В НУТРИЦИОЛОГИИ

Костюченко Л.Н., Лычкова А.Э., Сидоренко О.Д.

Московский клинический научный центр (МКНЦ)
им. А.С. Логинова), РГАУ-МСХА им. К.А. Тимирязева,
Москва, Россия

Известно, что в космосе действуют на организм разные факторы: антигравитация, анаэробность, излучение (радиация), давление, изменённые частоты, изменённая микробиота, вибрация на взлёте, стресс, изменение механизмов действия водных разделов организма и др. Известно, эти факторы, воспроизведённые на земле, всё равно действуют не так, как непосредственно в космическом пространстве. Однако, для сравнения, данные об их действии оказываются необходимыми. Целью земных исследований органов и систем является разнометодическое описание особенностей патологии, в т.ч. актуальной для настоящего времени – онкологической. Имеется мнение, что опухоли вне кислорода исчезают, интересна роль бора, глюкозы, селена, а также соотношений аэробной и анаэробной микробиоты.

Материал и методы. Консультированы за период 2018–2019 гг. 16 пациентов с аденокарциномой поджелудочной железы. Стадию канцерогенеза определяли по В.С. Турусову, нутриционный статус – по параметрам соматометрии (БИМ) и известному алиментарно-волемическому диагнозу. Статобработка обеспечивалась программой Statistica – 10.

Результаты. Методом биоимпедансометрии (БИМ) выявлено, что под влиянием лактобактерий нормализовался фазовый угол, активная масса тела (АКМ), водные разделы имели тенденцию к нормализации.

Заключение. Прогностически эти параметры являются показателями адаптированности организма к агрессии.

Вывод. Метод БИМ может быть внесён в реестр обследований пациентов с аденокарциномой поджелудочной железы.

97

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОСТРОГО БИЛИАРНОГО ПАНКРЕАТИТА

Табаров З.В., Кадыров Д.М., Кодиров Ф.Д.

Институт гастроэнтерологии, Душанбе, Таджикистан

Цель: улучшить результаты лечения пациентов с острым билиарным панкреатитом (ОБП) на фоне сочетанного холецистохоледохолитиаза.

Материал и методы. За период с 2012 по 2024 гг. были госпитализированы 133 больных с ОБП на фоне сочетанного холецистохоледохолитиаза. Возраст больных составлял от 18 до 83 лет. Мужчин было 47, женщин – 86. Давность заболевания варьировалась от 3 до 10 дней. В диагностике ОБП были использованы УЗИ, СКТ, МРХПГ. Пациентам с легкой и средней степенью тяжести ОБП выполняли одноэтапные хирургические вмешательства – лапароскопическую холецистэктомию и эндоскопическую папиллосфинктеротомию (ЭПСТ), – и двухэтапные – ЭПСТ с отсроченной лапароскопической холецистэктомией. При тяжелом ОБП выполняли ЭПСТ со стентированием общего желчного и главного панкреатического протоков и без стентирования. Для оценки эффективности различных хирургических вмешательств был произведен сравнительный анализ в группах.

Результаты. У пациентов с легкой и средней степенью тяжести ОБП отмечались лучшие результаты в группе одноэтапных хирургических вмешательств, по сравнению с группой пациентов с тяжелым ОБП – теми, кому выполняли эндоскопическую папиллосфинктеротомию со стентированием общего желчного и главного панкреатического протоков. Выполнение одноэтапных хирургических вмешательств – лапароскопической холецистэктомии и эндоскопической папиллосфинктеротомии – показано при ОБП легкой и средней степени тяжести, поскольку данная тактика предотвращает развитие осложнений, характерных для двухэтапного лечения. При выполнении одноэтапных вмешательств достоверно сокращаются сроки пребывания пациентов в стационар, также снижаются экономические затраты на лечение. Двухэтапный подход оправдывает себя при ОБП тяжелой степени, однако, чтобы уменьшить число осложнений, связанных с ожиданием выполнения холецистэктомии, эндоскопическую папиллосфинктеротомию с литоэкстракцией необходимо дополнять стентированием общего желчного и главного панкреатического протоков.

Выводы. Дифференцированный подход к выбору тактики и методов хирургического лечения будут способствовать улучшению непосредственных результатов хирургического лечения ОБП.

96

ЗНАЧЕНИЕ АНАТОМИЧЕСКОЙ ФОРМЫ ПАНКРЕАТО-БИЛИАРНОГО СОУСТЬЯ В ПАТОГЕНЕЗЕ ОСТРОГО БИЛИАРНОГО ПАНКРЕАТИТА

Табаров З.В., Кадыров Д.М., Кодиров Ф.Д.

Институт гастроэнтерологии, Душанбе, Таджикистан

Цель: определить значение anomalies панкреато-билиарного соустья в патогенезе острого билиарного панкреатита (ОБП).

Материал и методы. С целью определения состояния общего желчного протока (ОЖП) и анатомической формы панкреато-билиарного соединения проведено рентгено-анатомическое контрастное исследование, проведенных до, во время и после операции у 410 больных желчнокаменной болезнью (ЖКБ). ЧЧХГ – 30, ЭРХПГ – 50, интраоперационная холангиография – 100, холангиография через холецисто- или холангиостомический дренаж – 70, холангиография через наружный Т-образный дренаж – 60, дренаж Вишневского – 45. Отдельно рассмотрено состояние терминального отдела холедоха и главного панкреатического протока по данным холангиографии через наружный Т-образный дренаж у 55 больных, оперированных по поводу ОБП.

Результаты. От особенностей строения терминального отдела желчевыводящих путей и их связи с системой протоков поджелудочной железы (ПЖ), а именно с главным панкреатическим протоком во многом зависит риск развития нарушений панкреатобилиарного пассажа, как при воспалительных процессах, так и при механических препятствиях. От сложности анатомических особенности и их взаимоотношения зависит риск развития ОБП. Основной проток ПЖ и ОЖП могут впадать в ДПК через общий канал (холедох), после впадения в него панкреатического протока (26%), так и через гепатопанкреатическую (Фатера) ампулу (55%), расположенную внутри большого сосочка ДПК, или, в остальных случаях (19%), раздельно в непосредственной близости друг от друга. В 70% случаев определяется наличие добавочного протока ПЖ. При ОБП в большинстве случаев (90,9%) главные протоки имеют общий канал, что создает высокий риск сообщения двух протоковых систем при дистальном блоке любого генеза или развитии воспалительных процессов.

Выводы. Алиментарный фактор и нарушения пассажа желчно-панкреатического секрета (аномалия билио-панкреатического соустья), чаще всего обусловленные желчнокаменной болезнью, являются ведущими этиологическими факторами развития острого билиарного панкреатита. Ликвидация блокады оттока желчи и панкреатического секрета лежит в основе успешного лечения ОБП.

98

ДРЕНИРОВАНИЕ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ ПОД КОНТРОЛЕМ УЛЬТРАЗВУКА ПРИ ФЕРМЕНТАТИВНОМ ПЕРИТОНИТЕ У БОЛЬНЫХ ПАНКРЕОНЕКРОЗОМ

Ценева О.А., Моисеев Е.В., Дорошенко Д.А., Михайлулов С.В., Аносов В.Д., Хоконев М.А.

Городская клиническая больница № 15 им. О.М. Филатова, Москва, Россия

Цель исследования: определить оптимальные сроки, показания и локацию для чрескожного дренирования брюшной полости (БП) под контролем ультразвукового исследования (УЗИ).

Материалы и методы. Проанализированы результаты лечения 57 больных тяжелым ПН на первой неделе заболевания. Средний возраст – $46,9 \pm 5,6$ лет. Получали комплексную интенсивную терапию по принятым стандартам. Дренирование произведено в 44 (77,2%) случаях, в 13 (22,8%) – детоксикация только консервативными методами. По возрасту и гендерному составу, тяжести состояния больные не различались ($p > 0,05$). УЗИ проводили на аппарате LOGIQe, для дренирования использовали наборы для дренирования полостей «МАЛЕКО» 14GN. Активность альфа-амилазы выпота исследовали по кинетическому колориметрическому методу на аппарате Beckman Coulter.

Результаты. Показанием к чрескожному дренированию БП считали скопление жидкости шириной от 3,0 см и более ($5,9 \pm 2,2$ см). Активность фермента в БП – от 870,0 ед/л до 17800,0 ед/л, средний показатель – $3600,0 \pm 98,6$ ед/л. Оптимальные сроки для дренирования определяли по тяжести интоксикации (SAPS > 9 баллов и SOFA > 4 баллов), нарастающему парезу кишечника, повышению внутрибрюшного давления (ВБД) более 25 мм рт. ст. Исходя из этих показателей, выделены две группы исследования: дренирование на 1–3 сутки от начала заболевания (I группа) – 29 (65,9%), на 4–6 сутки (II группа) – 15 (34,1%). Тенденция к снижению уровня интоксикации и ВБД в I группе значительно лучше, чем во II (соответственно, $p = 0,011$ и $p = 0,009$). По средней линии дренировали в 17 (38,6%) наблюдениях, в правой подвздошной области – в 15 (34,1%), в левой подвздошной области и боковом канале – 12 (27,3%). Объем выпота – от 560,0 до 2100,0 $\pm 128,4$ мл, характер серьезно-геморрагический. При этом выбранная для дренирования топографическая область БП не влияла на состояние больного и течение ПН ($p > 0,05$).

Выводы. У больных с тяжелым течением ПН на первой неделе при наличии свободной жидкости более 3,0 см показано чрескожное дренирование БП под контролем УЗИ с целью детоксикации и снижения ВБД. Оптимальные сроки вмешательства – первые трое суток от начала заболевания. Локация для установки дренажа не имеет значения, ориентир на нижний этаж БП.

99

НЕОТГРАНИЧЕННЫЕ ВОСПАЛИТЕЛЬНО-НЕКРОТИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ ЗАБРЮШИННОЙ КЛЕТЧАТКИ ПРИ ОСТРОМ ДЕСТРУКТИВНОМ ПАНКРЕАТИТЕ

Ценева О.А., Моисеев Е.В., Дорошенко Д.А., Михайлулов С.В., Аносов В.Д., Хоконов М.А.

Городская клиническая больница № 15 им. О.М. Филатова, Москва, Россия

Цель исследования: выявить особенности течения панкреонекроза (ПН) при неотграниченных местных осложнениях забрюшинной клетчатки (ЗК).

Материалы и методы. Проанализирована динамика развития распространенных местных осложнений при тяжелом ПН у 38 пациентов на 4–8 сутки от начала заболевания, в среднем на $5,8 \pm 2,2$. При ультразвуковом исследовании (УЗИ) воспалительно-некротические изменения ЗК определяются в виде гипохогенных зон отека и жидкостных скоплений неправильной формы, без четких границ. Обследование проводили на ультразвуковых сканерах LOGIQe, Voluson S10. В зависимости от типа ПН и пути распространения воспалительного экссудата, выделили три типа поражения ЗК: левый 18 (47,4%), правый 7 (18,4%), смешанный 13 (34,2%). Все пациенты получали стандартное лечение, сопоставимы по возрасту и срокам от начала заболевания ($p > 0,05$). Средний возраст – 41,6 \pm 6,2.

Результаты. Неотграниченные местные осложнения ПН в ЗК при УЗИ преимущественно в виде «полоски», «капли», «подковы» или «бабочки». Ширина гипохогенных затеков – от 1,8 см до 6,7 см, в среднем – $4,8 \pm 3,2$. Объем поражения – в среднем от 128,0 см³ до 475,0 см³, в среднем – 225,0 см³. При этом затеки слева – по парапанкреатической и параколической клетчатке, справа – ретродуоденально, парааортально, параанерально и параколически, смешанный тип – двухстороннее поражение с распространением на мезаколон. Дренажирование на ранних сроках ПН – в 29 наблюдениях (76,3%), обрыв и купирование воспалительных изменений при этом – в 9 (31%). Инфицирование ЗК – всего в 22 случаях (57,9%), при левом типе – 5 (27,8%), правом – 6 (85,7%), смешанном – 11 (84,6%), достоверно чаще справа ($p = 0,030$) и при смешанном типе ($p = 0,006$). Летальность также выше при правом ($p = 0,012$) и смешанном типе поражения ЗК ($p = 0,010$). Общая летальность при неотграниченном ПН – 15 из 38 (39,5%), что значительно выше, чем при очаговых осложнениях ($p > 0,05$).

Выводы. Таким образом, при неотграниченных воспалительных изменениях ЗК высокая летальность и частота инфицирования обусловлены массивным поражением жировой ткани, распространением экссудата по клетчаточным пространствам и фасциям. При этом наиболее тяжело протекает правый и смешанный тип ПН. Дренажирование затеков в ЗК на ранних сроках позволяет улучшить результаты лечения.

101

ЗНАЧЕНИЕ НАРУШЕНИЯ ОБМЕНА МАГНИЯ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ПАНКРЕАТИТЕ

Ярошенко Л.А., Паниева Н.Ю., Дашкина Н.А., Паламарчук Ю.С.

Донецкий государственный медицинский университет им. М. Горького, Россия

Цель: проанализировать нарушение обмена магния у пациентов с хроническим панкреатитом.

Материалы и методы. Обследованы 128 больных с хроническим панкреатитом (ХП) в стадии обострения. Оценивались клинические проявления ХП, функциональное состояние поджелудочной железы (ПЖ), сонографические изменения ПЖ, показатели магния в крови и волосах с использованием клинических, биохимических, иммуноферментных, инструментальных и статистических методов.

Результаты. Показатели магния в крови обследованных больных не имеют достоверного отличия от соответствующих показателей здоровых. У больных уровень магния в крови составил $0,85 \pm 0,14$ моль/л, а у здоровых – $0,82 \pm 0,11$ моль/л ($p > 0,05$). Однако у больных уровень магния в волосах был существенно снижен и составлял $218,7 \pm 20,9$ мкг/г, тогда как у здоровых – $293,5 \pm 29,6$ мкг/г ($p < 0,05$). При проведении корреляционного анализа выявлен ряд взаимосвязей между содержанием магния в волосах и клиническими, лабораторно-инструментальными данными у обследованных больных. Наблюдалась положительная связь с уровнем фекальной эластазы-1, а также отрицательная связь со средней степенью выраженности болевого и диспептического синдромов, активностью липазы крови. Р-изоамилазы мочи, показателем L ультразвуковой гистогаммы в области головки ПЖ.

Выводы. Выявленные нарушения обмена магния при ХП могут являться основой для разработки нового направления лечения ХП с включением препаратов магния.

100

КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА У ПАЦИЕНТОВ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

Юлдашева Г.Р.

Центр развития профессиональной квалификации медицинских работников, Ташкент, Узбекистан

Цель исследования: изучение клинико-лабораторных изменений у пациентов с хроническим панкреатитом (ХП) в сравнении с больными ХП с метаболическим синдромом (МС).

Материалы и методы. Под наблюдением находились 58 пациентов с ХП, 36 женщин и 22 мужчин, средний возраст – $42,2 \pm 6,2$ года. Из них у 28 больных ХП протекал на фоне МС. Индекс массы тела оценивался по индексу Кетле. Фекальная эластаза кала определялась иммуноферментным методом с моноклональными антителами. Для оценки структурных изменений поджелудочной железы, а также денситометрической плотности органа, проводилась компьютерная томография (КТ).

Результаты. Избыточная масса тела выявлена у 26 (95,8%) больных ХП с МС. При этом средний ИМТ по группе составил $34,9 \pm 0,4$ кг/м² и был достоверно выше, чем аналогичный показатель у больных ХП ($22,8 \pm 0,4$ кг/м²). Согласно данным эластазного теста, экзокринная недостаточность поджелудочной железы чаще диагностировалась у больных ХП с МС (у 87,55%), по сравнению с больными ХП без МС (у 73,3%). Прямыми признаками стеатоза поджелудочной железы при КТ были снижение денситометрических показателей (< 30 ед. Н), дольчатое строение железы с выраженными жировыми прослойками (87,9%).

Выводы. Результаты клинико-лабораторных исследований показывают, что экзокринная недостаточность поджелудочной железы по данным эластазного теста чаще диагностируется у больных ХП с МС (со стеатозом поджелудочной железы) по сравнению с больными ХП. Прямыми признаками стеатоза поджелудочной железы при КТ является снижение денситометрических показателей.

102

СТРУКТУРНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У ПАЦИЕНТОВ С СОЧЕТАНИЕМ ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА И ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ

Ярошенко Л.А., Паниева Н.Ю., Дашкина Н.А., Паламарчук Ю.С.

Донецкий государственный медицинский университет им. М. Горького, Россия

Цель: проанализировать структурные изменения поджелудочной железы (ПЖ) у пациентов с сочетанием хронического панкреатита (ХП) и хронической обструктивной болезни легких (ХОБЛ).

Материалы и методы. Под нашим наблюдением находилось 128 пациентов с ХП в сочетании с ХОБЛ. Контрольная группа включала 30 практически здоровых лиц. Распределение по возрасту и полу соответствовало таковому в группе исследования. Во время сонографии ПЖ оценивали размеры ПЖ и ее частей (головка, тела, хвост), четкость контуров, однородность структуры, экзогенность, диаметр вирусного протока, наличие псевдокист, кальцификатов. Кроме того, проводили ультразвуковую гистрографию в области головки ПЖ с оценкой показателя L, показателя однородности (N), гистрографического коэффициента Kgst.

Результаты. Более выраженное повышение экзогенности ПЖ у пациентов с алкогольным ХП выразилось в увеличении показателя L ультразвуковой гистрограммы, который у данных пациентов L составлял $195,8 \pm 1,6$, а у больных с биллиарным ХП – $186,3 \pm 1,3$. Показатели L обеих групп были достоверно выше, чем у здоровых ($p < 0,05$). Показатель N был достоверно снижен при обоих вариантах ХП: при алкогольном ХП – до $7,45 \pm 0,21$ %, при биллиарном – до $8,14 \pm 0,17$ %. Оба показателя были ниже, чем у здоровых, но между собой существенно не отличались. Показатель Kgst был выражено снижен у пациентов обеих групп в сравнении с нормой – при алкогольном ХП до $68,1 \pm 8,7$, при биллиарном ХП до $96,3 \pm 9,5$ ($p < 0,05$).

Выводы. При биллиарной ХП на фоне ХОБЛ чаще, чем при алкогольном ХП наблюдается увеличение всей ПЖ или ее части, а также снижение экзогенности паренхимы органа и расширение вирусного протока. При алкогольном ХП чаще, чем при биллиарном ХП определялось повышение экзогенности ткани ПЖ, наличие псевдокист и кальцификатов в ее ткани. При алкогольном ХП более существенно повышается показатель L и снижается гистрографический коэффициент ультразвуковой гистрограммы ПЖ.

Печень

103

ПРИМЕНЕНИЕ СЕБЕЛИПАЗЫ АЛЬФА У ПАЦИЕНТКИ С ДЕФИЦИТОМ ЛИЗОСОМНОЙ КИСЛОЙ ЛИПАЗЫ

Агафонова П.Р., Жаркова М.С., Лапшин А.В.

Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова (Сеченовский университет), Россия

Цель работы: описать клиническое наблюдение пациентки с дефицитом лизосомной кислой липазы.

Клинический случай. У пациентки с возраста 10 лет амбулаторно обнаруживались повышение печеночных трансаминаз, уровень общего холестерина и холестерина ЛПНП, увеличение размеров печени и селезенки при нормальной массе тела. В клинике при обследовании исключены вирусные гепатиты, холестатические заболевания печени, неалкогольная жировая болезнь печени, лекарственное повреждение печени, гематологические заболевания. Была заподозрена болезнь накопления. На основании снижения активности фермента лизосомной кислой липазы и обнаружения мутаций в гене LIPA пациентке установлен диагноз: дефицит лизосомной кислой липазы. Была начата ферментзаместительная терапия Себелипазой альфа. При контрольном обследовании на фоне лечения в течение двух лет: сывороточные трансаминазы в пределах референсных значений, общий холестерин – 10,1 ммоль/л, ЛПВП – 1,07 ммоль/л, ЛПНП – 7,83 ммоль/л, триглицериды – 1,1 ммоль/л. По данным УЗИ ОБП отмечено некоторое уменьшение размера правой доли печени до 100×140мм (ранее 125×165 мм) и селезенки до 150×51мм (ранее 161×55 мм). При КТ органов грудной клетки и брюшной полости выявлена разнонаправленная динамика. Плотность печени составила +31–38 НУ (ранее +25–30 НУ), что говорит о снижении выраженности стеатоза печени. Селезеночный индекс составил 780 мм³ (ранее 851 мм³). По ходу грудного отдела аорты визуализировалась единичная кальцинированная бляшка (без динамики по сравнению с предыдущим исследованием). По ходу брюшного отдела аорты визуализировались три кальцинированные бляшки, ранее их было две.

Выводы. Дефицит лизосомной кислой липазы – орфанное заболевание, которое долгое время может оставаться незамеченным, так как нередко протекает в бессимптомной форме. Общеизвестные гиполипидемические средства не оказывают влияния на течение заболевания. Единственным обоснованным и перспективным методом лечения является применение себелипазы альфа.

105

ОСТРЫЕ ЛЕКАРСТВЕННЫЕ ПОРАЖЕНИЯ ПЕЧЕНИ В РЕАЛЬНОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Бураков И.И.¹, Доценко Э.А.¹, Ялонский И.З.², Раевнева Т.Г.², Ломша А.С.², Олейник Н.В.², Тхиль Ли², Каганович Б.М.², Лучанова С.Г.², Шустов О.О.², Орлова В.В.², Дыбаль М.А.², Новикова Т.П.¹, Шолокова М.В.¹, Мозольев А.Н.¹¹ Белорусский государственный медицинский университет,² Городская клиническая больница № 6, Минск, Беларусь

Цель работы: анализ клинических случаев острых лекарственных поражений печени (ЛПП) у пациентов многопрофильного стационара с позиций актуальных клинических рекомендаций (РГА, 2019).

Материалы и методы. В исследование включены три пациента (двое женского пола), госпитализированные в первом полугодии 2024 года в связи с клиническими и лабораторными признаками нарушения функции печени. Возраст и пол пациентов, включенных в анализ, представлены следующим образом: мужчина 27 лет (П. 1) и две женщины 29 лет (П. 2) и 31 года (П. 3). Этническая принадлежность – европеоиды. Для выявления возможной взаимосвязи с предшествующим употреблением лекарственных препаратов (ЛС) использовали результаты клинического обследования (в том числе тщательный фармакологический анамнез), данные лабораторных и инструментальных исследований.

Результаты. У всех пациентов обнаружена взаимосвязь приема жаропонижающих ЛС по поводу симптомов ОРИ. Оценку причинно-следственных связей между ЛС и повреждением печени выполняли с помощью обновленной шкалы RUCAM (2016). Результаты тестирования показали, что связь между подозреваемым ЛС и ЛПП «весьма вероятна», либо «вероятна». Оценка базового показателя R (тип повреждения печени) свидетельствовала о гепатоцеллюлярном типе (10,5 < R < 58,9). По степени тяжести (критерии DILIN) пациенты соответствовали умеренно тяжелой и тяжелой степени ЛПП. В том числе П. 1 принял 5 доз парацетамола и 1 дозу ибупрофена, П. 2 – 7 доз парацетамола и 1 дозу ибупрофена, а у П. 3 симптоматика возникла после 1 дозы парацетамола, 1 дозы ацетилсалициловой кислоты, 1 саше терафлю и 1 дозы тайлофен-хот.

Заключение. Соблюдение протокола клинических рекомендаций (РГА, 2019) доказало связь патологии печени с употреблением пациентами ЛС, однако установление детальных механизмов ЛПП требует дальнейшего изучения.

104

ХАРАКТЕРИСТИКА ПРЕСАРКОПИИ И САРКОПИИ ПРИ МЕТАБОЛИЧЕСКИ АССОЦИИРОВАННОЙ ЖИРОВОЙ БОЛЕЗНИ ПЕЧЕНИ

Адамова И.Г., Тараки Б.М., Мануйлова О.О., Пшенникова И.Г., Федоров И.Г., Ильченко Л.Ю., Никитин И.Г.

РНМУ им. Н.И. Пирогова, ГКБ им. В.М. Буянова, Москва, Россия

Цель исследования: выявить особенности и оценить выраженность саркопии у пациентов с метаболически ассоциированной жировой болезнью печени (МАЗБП).

Материалы и методы. Обследовано 43 пациента (19 мужчин и 24 женщины) в возрасте от 47 до 81 года (средний возраст – 53,8 ± 6,3 года) с МАЗБП. Проведено комплексное обследование, включая антропометрию, динамометрию, тест SPPB (The Short Physical Performance Battery), денситометрию, биоимпедансный анализ состава тела, определение аммиака в капиллярной крови и содержания витамина D.

Результаты. ИМТ в группе пациентов с МАЗБП составил 35 ± 5 кг/м². По данным динамометрии среднее значение силы сжатия у женщин — 15,2 кг (N > 16 кг), у мужчин – 32 кг (N > 27 кг). По результатам теста SPPB у женщин получено 4 балла, у мужчин – 8 баллов. Установлено выраженное снижение витамина D: 15,2 ± 4,7 нг/мл – у мужчин, 21,5 ± 9,0 нг/мл – у женщин (N – 30–100 нг/мл). С помощью денситометрии у 6 (13,9%) пациентов выявлена преостеопения, у 19 (44,1%) – остеопения, у 18 (41,9%) – изменений не наблюдалось. Отмечено, что остеопения у женщин выявлялась чаще, чем у мужчин (62,5% и 47,4%, соответственно). Средний уровень гликированного гемоглобина у мужчин составил 9,2%, у женщин — 8,8%. Зарегистрировано повышение уровня аммиака у всех пациентов с МАЗБП, и установлена прямая взаимосвязь с недостигнутыми целевыми значениями гликированного гемоглобина (p < 0,05). Пресаркопия выявлена у 17 (39%) пациентов, саркопия – у 9 (20,9%), у 17 (39%) пациентов изменений обнаружено не было.

Выводы. Среди пациентов с МАЗБП преобладал фенотип – остеосаркопическое ожирение, реже наблюдалось саркопическое ожирение. У женщин отмечено более выраженное снижение мышечной силы и чаще встречалось развитие саркопии. У мужчин имелось значимое снижение содержания витамина D, однако наблюдалась меньшая частота снижения минеральной плотности костной ткани. Выявленная гипергаммониемия, ее патогенез и взаимосвязь с течением сахарного диабета 2-го типа требует дальнейшего изучения.

106

АНАЛИЗ СОВРЕМЕННЫХ УЛЬТРАЗВУКОВЫХ ВОЗМОЖНОСТЕЙ В ДИАГНОСТИКЕ ОЧАГОВЫХ ОБРАЗОВАНИЙ ПЕЧЕНИ

Варламова Н.Н., Мехтнев С.Н.

Гастроэнтерологический медицинский центр «Экспертъ», Санкт-Петербург, Россия

Цель работы: проанализировать накопленные данные по ультразвуковой диагностике очаговых образований у пациентов с диффузными изменениями печени и оптимизировать их классификацию.

Материалы и методы. Собственные и литературные данные основных электронных медицинских ресурсов (pubmed, medline, best evidence).

Результаты. Большинство образований, возникающих в нецирротической печени, являются доброкачественными, даже у пациентов с известным внепеченочным злокачественным новообразованием. Кисты, гемангиомы, фокальные узловые гиперплазии и гепатоцеллюлярные аденомы являются наиболее часто встречающимися доброкачественными поражениями. Широко распространенные злокачественные образования в печени без цирроза — это метастазы. Гепатоцеллюлярная карцинома и, в меньшей степени, внутриспеченочная холангиокарцинома возникают в основном на фоне диффузных изменений печени и представляют собой самые частые первичные злокачественные новообразования печени.

В рамках рутинных ультразвуковых исследований (В-режим, цветовая доплерография) разрабатываются новые ультразвуковые методики, такие как ультразвуковая эластография и ультразвуковое исследование с контрастным усилением, которые улучшают диагностику как доброкачественных, так и злокачественных новообразований, приближая правильность постановки диагноза к 81%. Существуют различные ультразвуковые классификации очаговых образований печени. Самые часто используемые – это в зависимости от структуры образования. Но на наш взгляд наибольший интерес представляет классификация, основанная по наличию фонового диффузного заболевания печени.

Заключение. На основании проведенного анализа показана целесообразность использования врачами ультразвуковой диагностики мультипараметрического ультразвукового исследования у пациентов с хроническими диффузными и очаговыми поражениями печени.

107

НЕАЛКОГОЛЬНАЯ ЖИРОВАЯ БОЛЕЗНЬ ПЕЧЕНИ И ЭНТЕРОПАТИЯ: ВОЗМОЖНЫЕ МЕХАНИЗМЫ ИХ КОМОРБИДНОГО ТЕЧЕНИЯ

Вахрушев Я.М., Сучкова Е.В., Лукашевич А.П., Бутина Е.Ф.

Ижевская государственная медицинская академия, Россия

Цель: изучить участие гормональных факторов в коморбидном течении неалкогольной жировой болезни печени (НАЖБП) и энтеропатии.

Материалы и методы. Обследовано 54 пациента с НАЖБП на стадии стеатоза печени. Женщин было 39 (72,2 %), мужчин – 15 (27,8 %). Медиана возраста составила 50 лет (45; 55). Диагноз стеатоз печени был установлен на основании результатов ультразвукового исследования органов брюшной полости на анализаторе «SONIX OP» (Канада). Проводились эластография печени на аппарате AIXPLORER (Франция). Изучены показатели белкового, углеводного и липидного обменов. Функциональное состояние тонкой кишки оценивали с помощью нагрузочных проб с моно-, ди- и полисахаридами. Для количественного определения уровня гормонов (гастрин, инеулин, кортизол) использовали электрохемилюминисцентный иммуноанализ на анализаторах IMMULITE, IMMULITE 1000, IMMULITE 2000 фирмы «Siemens». Результаты исследований сравнивали с группой контроля, которая состояла из 25 лиц в возрасте 18–60 лет.

Результаты. У пациентов выявлена атерогенная дислипидемия, значимое увеличение гликемии натощак, значимое увеличение общего белка и тенденция к снижению альбумина. Отмечено снижение уровня постопстного, повышение уровня мембранного пищеварения и усиление всасывания глюкозы в тонкой кишке. При исследовании гормонов в сыворотке крови у пациентов с НАЖБП выявлено достоверное увеличение инсулина и кортизола, значимое снижение гастрин. Отмечена взаимосвязь между гиперкортизолиемией и уровнем общего белка ($r = 0,71$), холестерина ($r = 0,46$) и глюкозы ($r = 0,43$); гипогастринемией и общим белком ($r = -0,64$), холестерином ($r = -0,56$) и глюкозой ($r = -0,37$); гиперинсулинемией и общим белком ($r = 0,32$) и холестерином ($r = 0,56$).

Заключение. Исследование функционального состояния печени и тонкой кишки с одной стороны и секреции гормонов с другой стороны позволили выявить новые патофизиологические закономерности, касающиеся роли последних в коморбидном течении НАЖБП и энтеропатии.

109

АССОЦИАЦИЯ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ ОПИСТОРХОЗА С ОЖИРЕНИЕМ

Веселова Н.Е.¹, Цуканов В.В.¹, Савченко А.А.¹, Васютин А.В.¹, Тонких Ю.Л.¹, Горчилова Е.Г.²

¹ ФИЦ КНЦ СО РАН, НИИ медицинских проблем Севера,
² КБ «РЖД-Медицина», Красноярск, Россия

Цель работы: изучить частоту клинических проявлений у больных с инвазией *Opisthorchis felineus* (*O. felineus*) в зависимости от наличия ожирения.

Методы. Проведен анализ 332 историй болезни (мужчин – 122, женщин – 210, средний возраст – 40,2 лет), находившихся в течение 2021–2022 гг. на стационарном лечении по поводу инвазии *O. felineus*. Из общего числа обследованных больных 206 человек имели индекс Кетле < 25, 81 пациентов – от 25 до 30, 45 лиц – выше 30. Всем больным проводились развернутый и биохимический анализы крови, УЗИ органов брюшной полости.

Результаты. У больных с описторхозом и ожирением в сравнении с лицами с паразитозом и нормальной массой тела в 1,4 раза чаще встречались боли в правом подреберье ($p = 0,05$), в 8 раз чаще – повышенный уровень АЛТ ($p < 0,001$), в 7 раз чаще – повышение содержания глюкозы в крови ($p < 0,001$), в 3,7 раза чаще гепатомегалия на УЗИ ($p < 0,001$), в 20,2 раза чаще стеатоз печени по УЗИ ($p < 0,001$), в 14,3 раз чаще бескаменный холецистит ($p < 0,02$) и в 14,3 раза чаще холецистэктомия ($p < 0,02$).

Заключение. Мы впервые продемонстрировали, что у больных с инвазией *O. felineus* частота симптомов, лабораторная и инструментальная характеристика патологии очень тесно ассоциированы с наличием ожирения. Целесообразно более детальное изучение этой проблемы с возможной корректировкой диагностических и лечебных мероприятий.

108

СОДЕРЖАНИЕ МАИТ-КЛЕТОК В КРОВИ У БОЛЬНЫХ С ИНВАЗИЕЙ *OPISTHORCHIS FELINEUS*

Веселова Н.Е., Цуканов В.В., Савченко А.А., Васютин А.В., Тонких Ю.Л., Борисов А.Г.

ФИЦ КНЦ СО РАН, НИИ медицинских проблем Севера, Красноярск, Россия

Цель работы: определить содержание МАИТ-клеток в крови у больных с инвазией *Opisthorchis felineus* (*O. felineus*).

Материалы и методы. Всего было обследовано 58 больных с инвазией *O. felineus* (32 мужчин и 26 женщин, средний возраст – 38,7 лет) и 36 практически здоровых пациентов (19 мужчин и 17 женщин, средний возраст – 37,5 лет). Диагностика описторхоза осуществлялась методами копроовоскопии и микроскопии дуоденального содержимого. Оценку фенотипического состава лимфоцитов проводили методом проточной цитометрии на проточном цитофлуориметре Navios (Beckman Coulter, США). Выделяли Т-клетки, субпопуляции Т-хелперов и цитотоксических Т-лимфоцитов после чего на поверхности исследуемых клеток оценивали наличие Т-клеточного рецептора NCR Va7.2 и маркер CD161.

Результаты. Содержание Т-хелперов CD161⁺ NCR Va7.2⁺ в крови было значительно снижено у пациентов с инвазией *O. felineus* в сравнении со здоровыми лицами ($p < 0,001$). Для МАИТ Т-цитотоксических клеток подобной закономерности не определялось ($p = 0,62$). Среди больных описторхозом с повышенным уровнем АЛТ содержание Т-хелперов CD161⁺ NCR Va7.2⁺ в крови было снижено в сравнении с пациентами с нормальным уровнем АЛТ ($p = 0,008$). Для Т-цитотоксических клеток CD161⁺ NCR Va7.2⁺ подобные закономерности не регистрировались ($p = 0,68$). Полученные данные могут объясняться выраженной целесообразностью сохранения эффекторных функций Т-лимфоцитов у больных паразитозом и нарушением координирующей функции Т-хелперов при патологии.

Заключение. МАИТ-клетки – новая субпопуляция Т-клеток, ассоциированная с локальным воспалением в слизистых оболочках. На данном этапе мы обнаружили ассоциацию сниженной активности МАИТ Т-хелперов, но не МАИТ Т – цитотоксических клеток у пациентов с описторхозом, а также у лиц с цитоллизом и паразитозом.

110

ПЕРВИЧНЫЙ СКЛЕРОЗИРУЮЩИЙ ХОЛАНГИТ, ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ, СЛОЖНОСТИ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ

Волкова Д.В., Островская А.С., Охлобыстин А.В., Маевская М.В., Жаркова М.С., Будзинский С.А., Татаркина М.А., Некрасова Т.П.

Первый МГМУ им. И.М. Сеченова (Сеченовский Университет), Москва, Россия

Цель работы: представить клиническое наблюдение пациента с первичным склерозирующим холангитом (ПСХ).

Пациент Б., 34 лет поступил с жалобами на ноющую боль в правом подреберье, слабость. Из анамнеза заболевания известно, что в 2015 году в возрасте 24 лет стал отмечать боли в правом подреберье, слабость. Был обследован, выявлено повышение лабораторных показателей, диффузных изменения печени по данным УЗИ ОБП. Назначено лечение препаратами урсодезоксихолевой кислоты.

В 2017 году госпитализирован в клинику. Было проведено обследование и выставлен диагноз первичный склерозирующий холангит. Продолжена терапия препаратами урсодезоксихолевой кислоты. В октябре 2021 года стала нарастать желтуха. Проведена МРХПГ картина первичного склерозирующего холангита с наличием доминирующей стриктуры в области устья правого долевого протока. В данном случае у нашего пациента дифференциальный диагноз проводился между холангиокарциномой, стриктурой желчного протока, конкрементом желчного протока. Все состояния требуют оперативного вмешательства, пациент отправлен в хирургический стационар. Выполнена транспапиллярная холангиоскопия. Внутрипротоковая биопсия. Извлечено 13 камней. Холангиокарцинома была исключена. После оперативного вмешательства желтуха разрешилась, признаки холестаза регрессировали.

Заключение. Первичный склерозирующий холангит является прогрессирующим заболеванием, осложняющимся стриктурами желчных путей, требующих дифференциального диагноза между холангиокарциномой, стриктурой желчного протока, конкрементом желчного протока. Рентгенологические характеристики доброкачественных стриктур у пациентов с ПСХ имитируют характеристики холангиокарциномы, что представляет трудности для дифференциальной диагностики. Подробный анамнез и мультидисциплинарный подход, определяющий цели лечения, важны для обеспечения наилучшего результата.

111

РИСК РАЗВИТИЯ ГЕПАТОЦЕЛЛЮЛЯРНОГО РАКА У ПАЦИЕНТОВ С АЛКОГОЛЬНЫМ ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ

Гейвандова Н.И., Больбат Г.К., Демченко А.А.

Государственный медицинский университет, Ставрополь, Россия

В настоящее время в мире наблюдается тенденция к росту заболеваемости гепатоцеллюлярным раком (ГЦР). Пациенты с циррозом печени (ЦП) имеют высокий риск развития ГЦР. Необходимость вычисления риска развития ГЦР у каждого пациента актуальна, так как определяет онкологическую настороженность и необходимость диспансерного наблюдения.

Цель исследования: определить риски развития ГЦР у пациентов с ЦП алкогольной этиологии.

Материал и методы. Обследовано 54 пациента с ЦП алкогольной этиологии. Возраст пациентов составил $49,6 \pm 9,3$ лет, женщин было 13, мужчин – 41. Класс А по шкале Чайлд – Пью был диагностирован у 9 чел., класс В – у 25 чел., а класс С – у 20 пациентов. Всем пациентам высчитывали трехлетний (R3) и пятилетний (R5) риски развития ГЦР с помощью онлайн-калькулятора «HCC risk calculator».

Результаты. Риск развития ГЦР у больных алкогольным ЦП в течение трех лет составил 4,5 (1,5 – 9) %, а пятилетний риск – 7,5 (2,6 – 14,9) %. Однако распределения рисков в зависимости от компенсации цирроза было различным – риск развития ГЦР нарастал в зависимости от тяжести заболевания. Так, показатель R3 увеличивался по мере утяжеления ЦП от класса А к классу С по Чайлд – Пью – 2,3 %, 2,8 %, 7,9 %. Такая же закономерность была прослежена относительно показателя R5 – соответственно 3,9 %, 4,8 % и 13,1 %. Если достоверной разницы между рисками развития ГЦР у пациентов с ЦП классов А и В не было, то разница показателей пациентов с компенсированным циррозом и больных с ЦП класса С по Чайлд – Пью различалась как для R3, так и для R5 $p = 0,0003$. Кроме того, имелось различие для показателя R5 между пациентами с ЦП классов В и С по Чайлд – Пью – $p = 0,001$.

Заключение. У пациентов с алкогольным ЦП отмечается высокий риск развития ГЦР, который значительно увеличивается при нарастании тяжести цирроза. Цирротически измененная печень с наличием гиперпластических узлов имеет высокий пролиферативный потенциал. Необходимо диспансерное наблюдение за пациентами с ЦП алкогольной этиологии с целью раннего выявления ГЦР и своевременного лечения.

113

АССОЦИАЦИЯ НЕЙТРОПЕНИИ С ВЫРАЖЕННОСТЬЮ ФИБРОЗА ПЕЧЕНИ У БОЛЬНЫХ С ИНВАЗИЕЙ *OPISTHORCHIS FELINEUS*Горчилова Е.Г.¹, Цуканов В.В.², Васютин А.В.², Тонких Ю.Л.², Ольховская М.Ю.¹¹ КБ «РЖД-Медицина», ² ФИЦ КНЦ СО РАН, НИИ медицинских проблем Севера, Красноярск, Россия

Цель работы: исследовать ассоциацию нейтропении с выраженностью фиброза печени у больных с инвазией *Opisthorchis felineus* (*O. felineus*).

Материалы и методы. Всего было обследовано 328 пациентов с инвазией *O. felineus* (120 мужчин и 208 женщин, средний возраст – 41,9 лет). Диагностика описторхоза осуществлялась методами копроовоскопии и микроскопии дуоденального содержимого. Всем пациентам проводился клинический осмотр и лабораторная диагностика (включающая развернутый анализ крови). 103 больным была осуществлена эластометрия печени на ультразвуковых системах Aixplorer (Франция) или Siemens Acuson S2000 (Германия) с определением степени фиброза печени по METAVIR.

Результаты. Среди больных с инвазией *O. felineus* частота лейкопении составила 10,1 %, нейтропении – 29,6 %. Относительная нейтропения встречалась у 41,0 % больных описторхозом с фиброзом печени F1-F2-F3 по METAVIR и у 23,4 % пациентов с инвазией *O. felineus* и фиброзом печени F0 по METAVIR ($p = 0,09$). Для лейкопении эти показатели составили, соответственно, 17,9 % и 6,3 % ($p = 0,12$). Абсолютное содержание лейкоцитов в крови (Me [C₂₅-C₇₅]) составило $4,69 [4,05-7,00] \times 10^9/\text{л}$ у лиц с описторхозом и фиброзом печени F2-F3 по METAVIR, $6,03 [4,74-6,74] \times 10^9/\text{л}$ у пациентов с инвазией *O. felineus* и фиброзом печени F0 по METAVIR ($p = 0,1$). Абсолютное количество нейтрофилов в крови в этих группах пациентов равнялось, соответственно, $2,24 [1,61-3,28] \times 10^9/\text{л}$ и $3,06 [2,54-3,73] \times 10^9/\text{л}$ ($p = 0,04$).

Заключение. Полученные данные позволяют предполагать важную роль изменения количества, и, вероятно, функционального состояния нейтрофилов для генеза фиброза печени у больных описторхозом.

112

КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫЕ И ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ МЕТАБОЛИЧЕСКИ АССОЦИИРОВАННОЙ ЖИРОВОЙ БОЛЕЗНИ ПЕЧЕНИ В СОЧЕТАНИИ С УПОТРЕБЛЕНИЕМ ИЗБЫТОЧНОГО КОЛИЧЕСТВА АЛКОГОЛЯ (МЕТ-АБП)

Гомонова В.П., Райхельсон К.Л.

Медицинский институт СПбГУ, НК и ОЦ гастроэнтерологии и гепатологии, Санкт-Петербург, Россия

Цель: проведение сравнительной оценки клинико-лабораторных и инструментальных показателей метаболически ассоциированной жировой болезни печени (МАЗБП) и МАЗБП в сочетании с употреблением избыточного количества алкоголя (Мет-АБП).

Материалы и методы. В исследование включено 45 пациентов с МАЗБП (группа 1) и 52 пациента с Мет-АБП (группа 2). Изучались клинические и лабораторные данные. Оценка стеатоза и фиброза проводилась методом транзитной эластометрии с функцией контролируемого затухания ультразвука. МАЗБП установлена на основании выявленного стеатоза и наличия 1 и более фактора кардиометаболического риска, Мет-АБП – при соответствии критериям МАЗБП и данных об избыточном употреблении алкоголя (140–350 г/неделю этанола для женщин и 210–420 г/неделю этанола для мужчин).

Результаты. У пациентов с Мет-АБП в сравнении с группой 1 отмечались более высокие значения ОТ – 103,1 (95 % доверительный интервал (ДИ): 99,8–106,2) см против 96,5 (95 % ДИ: 92,6–100,4) см; показатели систолического АД – 128,1 (95 % ДИ: 125,1–131,1) мм рт. ст. против 121,7 (95 % ДИ: 118,2–125,3) мм рт. ст.; диастолического АД – 80,9 (95 % ДИ: 78,9–82,6) мм рт. ст. против 76,2 (95 % ДИ: 74,7–77,8) мм рт. ст.; уровня гамма-глутамилтрансферазы (ГГТ) – 100,5 (95 % ДИ: 62,1–138,9) Ед/л против 54,3 (95 % ДИ: 20,0–88,7) Ед/л; холестерина липопротеидов низкой плотности – $3,9 \pm 1,2$ ммоль/л против $3,0 \pm 0,9$ ммоль/л (все различия $p < 0,05$).

В группе 2 выявлены более высокие показатели стеатоза (309,8 (95 % ДИ: 298,7–320,8) дБ/м²) и фиброза (6,8 (95 % ДИ: 6,1–7,6) кПа) по сравнению с группой 1 (286,4 (95 % ДИ: 276,4–296,4) дБ/м² и 5,8 (95 % ДИ: 5,1–6,6) кПа, соответственно, $p < 0,05$).

Заключение: у пациентов с Мет-АБП отмечаются более неблагоприятные кардиометаболические характеристики и выраженнее структурные изменения печени по сравнению с пациентами с МАЗБП.

114

ЖЕЛТУХА, ЛИХОРАДКА И ЛИМФАДЕНОПАТИЯ У ПАЦИЕНТКИ 18 ЛЕТ

Григоренко А.В., Чернда А.С., Жаркова М.С., Шульпекова Ю.О., Некрасова Т.П.

Первый Московский государственный медицинский университет им. И. М. Сеченова (Сеченовский университет), Россия

Цель работы: представить клиническое наблюдение синдрома исчезающих желчных протоков, как проявление паранеопластического процесса при лимфоме Ходжкина.

Клинический случай. Пациентка Ш., 18 л., поступила с жалобами на желтушное окрашивание кожи и склер, общую слабость. Из анамнеза: заболевание манифестировало с суставного синдрома. Назначены НПВП. На 10-й день терапии – лихорадка, пожелтение склер, тошнота. Исключались вирусные и аутоиммунный гепатиты, болезнь Вильсона, механическая желтуха. При КТ ОБП: распространенная лимфаденопатия, гепато- и спленомегалия. При ПЭТ-КТ: распространенная лимфаденопатия с поражением ЛУ: нижнеяремных и надпочечных, параахиллярных справа, ВГЛУ, забрюшинных, ретрокруральных, подвздошных справа с активным захватом 18F-ФДГ. Госпитализирована в УКБ №2 для уточнения генеза поражения печени. При обследовании в клинике: признаки холестаза, синдрома цитолиза, воспаления, печеночно-клеточной недостаточности. УЗИ ОБП: распространенная лимфаденопатия и гепато- и спленомегалия. Биопсия надпочечного ЛУ – обнаружены клетки Березовского – Штернберга. Установлен диагноз: Ходжкинская лимфома. Проводилось 4 курса ПХТ (BEGEV), после чего отмечалась регрессия признаков холестаза, лимфаденопатии, лихорадки. При повторной госпитализации: при биопсии печени – морфологическая картина выраженной дуктопении и паренхиматозно-канальцевого билирубиностаза, исчезающих желчных протоков. Клинический диагноз: Основное заболевание: Ходжкинская лимфома, с поражением над- и поддиафрагмальных лимфатических узлов, селезенки и печени («синдром исчезающих желчных протоков»). Состояние после 4 курсов полихимиотерапии с ниволумабом.

Заключение. Поражение печени при лимфоме Ходжкина может проявляться синдромом исчезающих желчных протоков – одним из вариантов паранеопластического синдрома. Вторичное повреждение гепатоцитов проявляется цитолитическим синдромом, возможно развитие печеночной недостаточности. Методы визуализации и ПЭТ-КТ позволяют исключить билиарную гипертензию и инфильтрацию печени клетками лимфомы.

115

МИКРОБИОТА КИШЕЧНИКА ПРИ МЕТАБОЛИЧЕСКИ-АССОЦИИРОВАННОЙ ЖИРОВОЙ БОЛЕЗНИ ПЕЧЕНИ

Гульнева М.Ю., Малафеева Э.В.

Ярославский государственный медицинский университет, Россия

Цель: изучение особенностей микробиологических нарушений кишечной микробиоты у пациентов при метаболически-ассоциированной жировой болезни печени (МАЗБП).

Материалы и методы. Клиническими и микробиологическими методами обследовано 28 пациентов с МАЗБП с избыточной массой тела, ожирением 1 и 2 степени без признаков стеатогепатита. Бактериологическим методом изучена микрофлора толстого кишечника с определением её видового и количественного состава. Группа сравнения – 30 практически здоровых лиц.

Результаты. Выявлены особенности состава микрофлоры кишечника у пациентов с МАЗБП. Качественные изменения проявлялись более частым обнаружением условно-патогенных энтеробактерий (у 46,4 % обследованных), лактозонегативных кишечных палочек (72,2 %) и энтерококков (72,2 %), в группе сравнения – 10 %, 13,3 % и 26,6 % соответственно, $p < 0,05$. При МАЗБП бифидобактерии, лактобактерии и бактероиды выделены в существенно более низком титре ($\lg 6,50 \pm 0,52$ КОЕ/г, $\lg 5,20 \pm 0,41$ КОЕ/г, $\lg 7,75 \pm 1,02$ КОЕ/г, $p < 0,05$). Число лактозопозитивных кишечных палочек определялось в сниженном количестве, $\lg 5,20 \pm 0,41$ КОЕ/г, у лиц группы сравнения – $\lg 7,33 \pm 1,96$ КОЕ/г ($p < 0,05$). Характерным было выделение грибов рода *Candida* в пределах $\lg 3,50 \pm 0,54$ КОЕ/г, которые отсутствовали у лиц группы сравнения ($p < 0,05$).

Заключение. Полученные результаты свидетельствуют о наличии существенных нарушений количественного и качественного состава микрофлоры толстого кишечника у пациентов с МАЗБП. Кишечная микробиота и ее метаболиты могут оказывать значительное влияние на метаболизм хозяина, взаимодействуя с клеточными рецепторами и сигнальными путями, ремоделируя метаболизм клеток печени через ось «кишка – печень». Высокая распространенность нарушений кишечного микробиоценоза при МАЗБП подтверждает важность применения средств коррекции дисбиоза в качестве мер повышения эффективности лечения данных пациентов. Использование пробиотиков и пребиотиков с целью элиминации условно-патогенных микроорганизмов и повышения численности представителей облигатной микробиоты является патогенетически обоснованной стратегией в терапии МАЗБП.

117

АНТИФИБРОТИЧЕСКОЕ ДЕЙСТВИЕ ПРОТИВОВИРУСНЫХ ПРЕПАРАТОВ ПРЯМОГО ДЕЙСТВИЯ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКИМ ГЕПАТИТОМ ВИРУСА С НА РАЗЛИЧНЫХ СТАДИЯХ ФИБРОЗА ПЕЧЕНИ ПО ДАННЫМ ФИБРОЭЛАСТОМЕТРИИ

Гуфронзола Д., Пулатов Д.И., Пулатова С.Д., Юлдошева З.Х.

Институт гастроэнтерологии, Душанбе, Таджикистан

Цель исследования. Изучить влияние противовирусных препаратов прямого действия на уровень фиброза у больных с хроническим гепатитом вируса С на различных стадиях фиброза по данным фиброэластометрии.

Материалы и методы. Ретроспективное исследование было проведено у 68 больных с хроническим гепатитом вируса С, находившихся на диспансерном учете последние 10 лет в клинике ГУ «Института гастроэнтерологии» и получивших лечение по схеме противовирусными препаратами прямого действия с достижением устойчивого вирусологического ответа. Из 68 больных фиброз F1 был у 21 (30,9 %) больных, F2 – у 24 (35,3 %) больных и F3 – у 23 (33,8 %) больных. Средние показатели фиброза по данным эластометрии составили $9,45 \pm 3,25$ кПа. Средний период наблюдения за этими больными составил от 72 до 84 месяцев. Клинический диагноз всем больным был поставлен на основании общеклинических, биохимических, вирусологических, инструментальных методов исследования. Всем пациентам до лечения и ежегодно в течении от 72 до 84 месяцев после лечения проводились УЗИ органов брюшной полости и фиброэластометрия.

Результаты исследования. Ежегодное контрольное обследование этих групп больных выявило достоверное снижение уровня фиброза в печени по данным УЗИ и фиброэластометрии. Так, если средний показатель уровня фиброза до лечения составил $9,45 \pm 3,25$ кПа, то после лечения эти показатели снизились до $4,5 \pm 1,2$ кПа.

Выводы. Таким образом, терапия хронической гепатита вируса С противовирусными препаратами прямого действия в курсовой дозе 12 недель с достижением устойчивого вирусологического ответа способствует снижению уровня фиброза до нормальных значений.

116

ОСНОВНЫЕ ПРИЧИНЫ ЛЕТАЛЬНЫХ ИСХОДОВ БОЛЬНЫХ С ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ HCV-ЭТИОЛОГИИ В ТЕРМИНАЛЬНОЙ СТАДИИ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Гуфронзола Д., Пулатов Д.И., Бахтибеков А.М., Пулатова С.Д., Юлдошева З.Х.

Институт гастроэнтерологии, Душанбе, Таджикистан

Цель исследования. Изучить основные причины летальных исходов у больных с циррозом печени HCV-этиологии в терминальной стадии заболевания.

Материалы и методы. Ретроспективно изучены истории болезни 37 летальных случаев последних 12 лет в отделении реанимации ГУ «Института гастроэнтерологии» от цирроза печени вируса С. Возраст больных колебался от 55 до 74 лет, средний возраст составил $64,5 \pm 9,5$. Женщины было 24 (65 %), мужчин – 13 (35 %). Клинический диагноз установлен на основании жалоб, анамнеза заболевания и эпидемиологического исследования, инструментальных методов исследования (УЗИ органов брюшной полости, фиброэластометрия, ЭГДС), лабораторных методов (общеклинические анализы, биохимический анализ крови, остаточный азот, свертывающая система, уровень натрия и калия, аммиака) исследования. Для установления диагноза использовались классификация цирроза печени по Чайлд – Туркот – Пью и шкала MELD. Было проведено определение уровня сознания с использованием шкалы Глазго и психометрический тест по шкале Рейтана для оценки степени энцефалопатии.

Результаты исследования. Исследование показало, что из 37 случаев у 23 больных смерть наступила от печеночной комы в результате печеночно-клеточной недостаточности (62 %), у 7 больных – от гепатоцеллюлярной карциномы (19 %), у 4 больных – от массивного кровотечения из варикозно-расширенных вен пищевода (11 %), у 2 больных – кома в сочетании с рефрактерным асцитом (5 %) и у 1 больного – от гепаторенального синдрома (3 %).

Выводы. Основной причиной летальных исходов у больных ЦП вируса С в терминальной стадии являются печеночная кома, что составила 62 %, ГЦК – 19 % и массивное кровотечение из варикозно-расширенных вен пищевода – 11 %.

118

ОСНОВНЫЕ ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ ГЕПАТОЦЕЛЛЮЛЯРНОЙ КАРЦИНОМЫ У БОЛЬНЫХ С ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ ВИРУСА С ПОСЛЕ ЛЕЧЕНИЯ ПРОТИВОВИРУСНЫМИ ПРЕПАРАТАМИ ПРЯМОГО ДЕЙСТВИЯ

Гуфронзола Д., Пулатов Д.И., Пулатова С.Д., Юлдошева З.Х.

Институт гастроэнтерологии, Душанбе, Таджикистан

Цель: изучить основные факторы риска развития гепатоцеллюлярной карциномы (ГЦК) у больных с циррозом печени (ЦП) вируса С на различных его стадиях после лечения противовирусными препаратами прямого действия (ПППД).

Материал и методы. Ретроспективно были изучены 101 больных с диагнозом ЦП HCV этиологии, находившихся на диспансерном учете в последние 11 лет в клинике ГУ «Институт гастроэнтерологии» и получивших лечение ПППД. Возраст больных был от 43 до 75 лет, средний возраст $59,5 \pm 15,5$. Женщины было 64 (63 %), мужчин – 37 (37 %). Средний период наблюдения составил от 72 до 84 месяцев. Клинический диагноз всем больным был поставлен на основании жалоб, анамнеза заболевания, эпидемиологического исследования и лабораторно-инструментальных методов исследования. При постановке диагноза использовались классификация ЦП по Чайлд – Туркот – Пью и шкала MELD.

Результаты. Из 101 больных ЦП вируса С у 16 (15,8 %) больных был выявлен диагноз ЦП класса А по Чайлд – Пью, у 46 (45,5 %) – класс В и у 41 больного (40,6 %) – класс С. У 86 (85,15 %) больных были генотипы 1a и 1b, у 12 (11,88 %) больных – генотип 3a и у 3 (2,97 %) больных – генотип 2. Лечение назначалось по схеме Софосбувир + Ледипасвир – 32 (31,7 %) больных, Софосбувир + Даклатасвир – 26 (25,7 %) больных и Софосбувир + Велпатасвир – 43 (42,6 %) больных. У 42 (41,6 %) больных были диагностированы сопутствующие патологии: 21 (20,8 %) больных – метаболический синдром (МС), у 17 (16,8 %) больных – сахарный диабет (СД) II типа, у 4 (3,96 %) больных – хроническая алкогольная интоксикация. Из 101 больных ГЦК развилась у 21 (20,8 %) больных, которая была документирована онкомаркерами, УЗИ и КТ печени. Среди них у 11 (52,4 %) больных возраст был старше 65 лет, у 15 (71,4 %) больных – ЦП в терминальной стадии, у 8 (38,1 %) больных – МС, у 2 (9,5 %) больных – хроническая алкогольная интоксикация, у 3 (14,3 %) больных – СД II типа.

Выводы. Частыми факторами риска развития ГЦК у больных ЦП вируса С после лечения ПППД явились терминальная стадия болезни, пожилой возраст (> 65 лет), наличие сопутствующих патологий: МС, хроническая алкогольная интоксикация и СД II типа.

119

ХОЛЕСТЕРИН, ГЕПАТОЦЕЛЛЮЛЯРНОЕ ПОВРЕЖДЕНИЕ И ВОСПАЛЕНИЕ ПРИ НЕАЛКОГОЛЬНОЙ ЖИРОВОЙ БОЛЕЗНИ ПЕЧЕНИДуданова О.П.¹, Ларина Н.А.¹, Курбатова И.В.², Шиповская А.А.¹¹Петрозаводский государственный университет,²Институт биологии — обособленное подразделение «Карельский научный центр Российской академии наук», Петрозаводск, Россия

Целью исследования являлась сравнительная характеристика гепатоцеллюлярного повреждения и воспаления у пациентов неалкогольной жировой болезнью печени (НАЖБП) с нормальным и высоким уровнем холестерина (Х).

Материалы и методы. Обследовано 136 пациентов НАЖБП: I группа – (n = 110) пациенты с Х ≤ 5,0 ммоль/л, II группа (n = 26) – с Х ≥ 8,0 ммоль/л. Определялись маркеры гепатоцеллюлярного повреждения: апоптоза – фрагменты цитокератина-18 (ФЦК-18) («TPS ELISA», «Biotech», Швеция) и некроза – аминотрансферазы, а также маркеры воспаления – ИЛ-1β, ТНФ-α (ИФА «Вектор-Бест», Россия), СОЭ и С-реактивный протеин (СРП). Рассчитывался индекс фиброза – ФИБ-4.

Результаты. У пациентов II группы отмечался более высокий уровень ФЦК-18 – 467,19 ± 134,03 Ед/л против 235,11 ± 190,15 Ед/л (p < 0,01) в I группе. Разница в маркерах некроза была менее выраженной: во II группе АЛТ – 69,96 ± 48,7 Ед/л и АСТ – 54,05 ± 40,18 Ед/л против 44,88 ± 30,05 Ед/л (p > 0,05) и 42,70 ± 38,08 Ед/л (p > 0,05) соответственно в I группе. Такая же тенденция была в отношении показателя холестаза – ГГТП – 91,76 ± 56,83 Ед/л во II группе против 57,02 ± 33,74 Ед/л (p < 0,05) в I группе и ЩФ – 171,44 ± 91,02 Ед/л против 150,79 ± 86,2 (p > 0,05). Отмечался достоверный рост ТНФ-α во II группе – 7,51 ± 2,14 пг/мл по сравнению с I группой – 5,71 ± 1,41 пг/мл (p < 0,05), СОЭ – 19,12 ± 13,01 мм/час против 10,23 ± 10,97 мм/час (p < 0,05) соответственно. Менее значимой была динамика со стороны ИЛ-1β – 3,49 ± 1,08 пг/мл во II группе против 2,95 ± 1,58 пг/мл (P > 0,05) в I группе и СРП – 3,65 ± 2,5 мг/л против – 3,04 ± 2,10 мг/л (p > 0,05). Отмечалась тенденция к увеличению степени фиброза во II группе, в которой ФИБ-4 составил 1,61 ± 0,49 против 1,45 ± 1,27 (p > 0,05) в I группе.

Заключение. Свободный холестерин, обладая свойствами DAMP, инициирует гибель гепатоцитов путем апоптоза, некроза, некроптоза и активирует воспалительный процесс при НАЖБП.

121

ПОРАЖЕНИЕ ПЕЧЕНИ У ПАЦИЕНТОВ С COVID-19Дуданова О.П.¹, Цеханович К.Б.², Ларина Н.А.¹¹Петрозаводский государственный университет,²Клиническая больница «РЖД-Медицина», Петрозаводск, Россия

Целью исследования являлась оценка частоты и тяжести поражения печени у пациентов с COVID-19.

Материалы и методы. Обследовано 67 пациентов, перенесших COVID-19: 41 (61,2%) женщина, 26 (38,8%) мужчин, в возрасте 53,16 ± 13,79 года. SARS-CoV-2 подтвержден методом ИФА. Определялись печеночные тесты, выполнялась абдоминальная сонография и эластометрия печени на аппарате Mindray DC-80 (Китай) с измерением скорости сдвиговой волны в ткани печени методом ARFI в 9 точках и определением жесткости печени по шкале Metavir в килопаскалях (кПа).

Результаты. Признаки поражения печени выявлялись у 17 (25,4%) пациентов (I группа), отсутствовали таковые у 50 (74,6%) (II группа). Возраст пациентов I группы составил 53,44 ± 12,37 года, не отличаясь от возраста пациентов II группы – 54,36 ± 12,69 (p > 0,05) года, как и ИМТ – 30,98 ± 3,23 кг/м² против 31,36 ± 7,49 кг/м² (p > 0,05). В I группе было больше мужчин – 7 (41,2%), чем во II группе – 11 (22,0%) (p < 0,05). У пациентов I группы наблюдался более выраженный воспалительный синдром – уровень СРП составил 11,49 ± 5,04 мг/л против 6,52 ± 4,35 мг/л (p < 0,05) во II группе, число лейкоцитов периферической крови – 8,86 ± 3,66 × 10⁹/л против 6,12 ± 1,97 × 10⁹/л (p > 0,05), число тромбоцитов – 303,87 ± 71,30 × 10⁹/л против 240,06 ± 28,62 × 10⁹/л (p < 0,05) и СОЭ – 15,22 ± 4,67 мм/час против 10,25 ± 5,14 мм/час (p < 0,05). Поражение печени в I группе характеризовалось умеренно выраженным печеночно-клеточным воспалением и холестазом: АЛТ составила 83,89 ± 34,62 Ед/л, АСТ – 67,43 ± 40,67 Ед/л, билирубин – 37,56 ± 12,30 ммоль/л, ГГТП – 61,32 ± 29,84 Ед/л, ЩФ – 115,8 ± 37,91 Ед/л. Жесткость печени в I группе достоверно превышала таковую во II группе – 7,25 ± 0,47 кПа против 6,75 ± 0,58 кПа (p < 0,05).

Заключение. Частота поражения печени у пациентов, перенесших COVID-19, составила 25,4% и выявлялась в 2 раза чаще у мужчин, чем у женщин. Поражение печени характеризовалось умеренно выраженным печеночно-клеточным воспалением и холестазом, и сопровождалось достоверным увеличением жесткости печени по данным эластометрии по сравнению с пациентами с нормальными печеночными тестами.

120

ТЯЖЕЛЫЙ АЛКОГОЛЬНЫЙ ГЕПАТИТ КАК ПРИЧИНА РАЗВИТИЯ ОСТРОЙ ХРОНИЧЕСКОЙ ПЕЧЕНОЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПРИ ЦИРРОЗЕ ПЕЧЕНИДуданова О.П.¹, Родина А.С.¹, Шубина М.Э.¹, Курбатова И.В.²¹Петрозаводский государственный университет,²Институт биологии — обособленное подразделение «Карельский научный центр Российской академии наук», Петрозаводск, Россия

Целью исследования являлось определение частоты развития острой хронической печеночной недостаточности (ОХПН) при ЦП, триггером декомпенсации которого являлся тяжелый алкогольный гепатит (ТАГ) и клинические особенности данной формы ТАГ.

Материалы и методы. Обследовано 95 пациентов ЦП, у которых причиной острой декомпенсации являлся ТАГ. Среди обследованных было 55 (57,9%) мужчин и 40 (42,1%) женщин, средний возраст составил 56,7 ± 12,4 года. Диагноз ТАГ и ЦП верифицирован на основании традиционных клинико-лабораторных, инструментальных, анамнестических данных, результатов опросника АУДИТ. Исключена другая этиология поражения печени. Наличие и тяжесть ОХПН оценивались на основании шкалы CLIF-C-ACLF (<https://www.clifresearch.com/ToolsCalculators.aspx>). Определялись методом ИФА цитокины – ТНФ-α, ИЛ-6, ИЛ-8 (тест-системы «Вектор-Бест», Россия).

Результаты. ОХПН развивалась у 60 (63,2%) пациентов ЦП с признаками ТАГ в течение 1-7 дней пребывания в стационаре, индекс органной недостаточности составил 10,6 ± 0,6 балла, индекс тяжести ОХПН – 50,6 ± 3,9 баллов. У данных пациентов отмечались следующие особенности течения ТАГ по сравнению с пациентами без ОХПН: выше был уровень билирубина – 301,5 ± 71,4 мкмоль/л против 249,8 ± 51,6 мкмоль/л, гамма-глутамилтранспептидазы – 394,5 ± 71,2 Ед/л против 301,5 ± 84,2 Ед/л, щелочной фосфатазы – 242,9 ± 80,1 Ед/л против 198,4 ± 56,7 Ед/л, СРП – 51,2 ± 11,5 мг/л против 43,4 ± 9,0 мг/л, ИЛ-6 – 43,5 ± 8,5 пг/мл против 36,2 ± 7,4 пг/мл, ИЛ-8 – 35,7 ± 8,4 пг/мл против 28,6 ± 7,3 (езде p < 0,05) и ТНФ-α – 12,2 ± 2,7 пг/мл против 9,6 ± 2,8 пг/мл (p > 0,05).

Заключение. Частота развития ОХПН при циррозе печени, триггером декомпенсации которого являлся тяжелый алкогольный гепатит, составила 63,2%. Особенностью формы тяжелого алкогольного гепатита, ассоциированного с ОХПН, являлся выраженный синдром внутрипеченочного холестаза, воспаления и высокий уровень провоспалительных цитокинов – ИЛ-6 и ИЛ-8.

122

КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫЕ ПРЕДИКТОРЫ НЕБЛАГОПРИЯТНОГО ПРОГНОЗА ПРИ ЦИРРОЗЕ ПЕЧЕНИ

Дудов Т.Р., Байсаева Л.С., Корой П.В., Ягода А.В.

Ставропольский государственный медицинский университет, Россия

Цель исследования: изучение взаимосвязи клинико-лабораторных маркеров печеночной патологии с прогнозом при циррозе печени за однолетний период наблюдения.

Материал и методы. Обследовано 159 больных ЦП (53 женщины, 106 мужчин) в возрасте от 26 до 64 лет. Вирусная этиология ЦП выявлена у 89 пациентов, алкогольная – в 70 случаях. Классы А, В и С по Child-Pugh наблюдались у 31,5%, 42,1% и 26,4% больных циррозом печени. У всех пациентов оценивалась первичная конечная точка: смертность от любых причин.

Результаты. Отклик за однолетний период наблюдения составил 96,2%. Летальный исход в течение года наблюдения развивался у 8,5% больных, в 91,5% случаев отмечался благоприятный прогноз. У пациентов с летальным исходом отмечались более высокие величины СОЭ, С-реактивного белка, шкалы Child-Pugh, более низкая концентрация альбумина и протромбинового индекса в крови, а также чаще встречались алкогольная этиология процесса, мезенхимально-воспалительный синдром, суб-/декомпенсированная портальная гипертензия и асцит 2-3 степени. Повышенный риск развития однолетней летальности был связан со значениями шкалы Child-Pugh более 8 баллов, С-реактивного белка выше 15,5 мг/л, СОЭ более 12 мм/час, протромбинового индекса менее 77%, альбумина ниже 30 г/л, γ-глутамилтранспептидазы выше 124 ед/л, наличием суб-/декомпенсированной портальной гипертензии, мезенхимально-воспалительного синдрома, алкогольной этиологии, асцита 2-3 степени. Наиболее оптимальная площадь под кривой выявлялась в случаях показателей С-реактивного белка (0,78), шкалы Child-Pugh (0,74), протромбинового индекса (0,71). Значения чувствительности и специфичности составили соответственно для С-реактивного белка (76,9%, 78,5%), шкалы Child-Pugh (92,3%, 51,4%), протромбинового индекса (84,6%, 54,3%).

Заключение. К независимым факторам риска однолетней летальности при циррозе печени относятся параметры, являющиеся отражением гепатоцеллюлярной недостаточности, воспаления и декомпенсации портальной гипертензии.

123

ВЗАИМОСВЯЗЬ МАТРИКСНЫХ МЕТАЛЛОПРОТЕИНАЗ С ОДНОЛЕТНЕЙ ЛЕТАЛЬНОСТЬЮ ПРИ ЦИРРОЗЕ ПЕЧЕНИ

Дудов Т.Р., Ягода А.В., Корой П.В.

Ставропольский государственный медицинский университет, Россия

Цель исследования: изучение взаимосвязи сывороточного содержания матриксной металлопротеиназы-1 (ММП-1), ММП-9, тканевого ингибитора матриксной металлопротеиназы-1 (ТИМП-1) с прогнозом при циррозе печени.

Материал и методы. Обследовано 159 больных ЦП (53 женщины, 106 мужчин) в возрасте от 26 до 64 лет. Вирусная этиология ЦП выявлена у 89 пациентов, алкогольная – в 70 случаях. 72 практически здоровых человека составили группу контроля. У всех пациентов оценивалась первичная конечная точка: смертность от любых причин. Концентрация ММП-1, ММП-9, ТИМП-1 в крови изучена методом ИФА с последующим расчетом соотношения ТИМП-1/ММП-1, ТИМП-1/ММП-9.

Результаты. Отклик за однолетний период наблюдения составил 96,2 %. Летальный исход в течение года наблюдения развился у 8,5 % больных, в 91,5 % случаев отмечался благоприятный прогноз. Вне зависимости от исходов цирроза печени исходно наблюдались увеличенные показатели ТИМП-1, ММП-1 и сниженные величины ТИМП-1/ММП-1. Содержание ММП-9 было повышено, а соотношение ТИМП-1/ММП-9 – нормальное у лиц с летальным исходом, у пациентов с благоприятным исходом наблюдалась противоположная картина. У умерших в течение года наблюдения больных отмечались более высокая исходная концентрация ММП-1 и ММП-9 в крови и более низкие значения ТИМП-1/ММП-1 и ТИМП-1/ММП-9, чем при благоприятном прогнозе в течение указанного срока. Повышенный риск однолетней летальности был связан с величинами ММП-1 более 24,2 нг/мл, ММП-9 выше 331 нг/мл, ТИМП-1/ММП-1 менее 19,4 у.е., ТИМП-1/ММП-9 ниже 2,4 у.е. (в 13, 64, 4 и 46 раз соответственно). Только показатели ММП-9 и ТИМП-1/ММП-9 обладали хорошей точностью (85,0 % и 80,4 % соответственно) в предикции летального исхода, площадь под кривой составила 0,86 и 0,85 соответственно.

Заключение. Неблагоприятный прогноз при циррозе печени ассоциирован с увеличенным содержанием ММП-9 в крови и сниженными значениями соотношения ТИМП-1/ММП-9. Показатели ММП-9 более 24,2 нг/мл и коэффициента ТИМП-1/ММП-9 менее 2,4 у.е. обладают хорошей диагностической значимостью в прогнозировании однолетней летальности при циррозе печени.

125

СОНОГРАФИЯ КИШЕЧНИКА В МОНИТОРИНГЕ АКТИВНОСТИ ЯЗВЕННОГО КОЛИТА

Камаридинова Ф.Т., Авезов С.А.

Институт гастроэнтерологии Республики Таджикистан, Душанбе, Таджикистан

Цель: сравнительная сонографическая оценка активности язвенного колита (ЯК) по сравнению с стандартными методами диагностики.

Материал и методы. Исследование проводилось у 21 больного (13 мужчин и 9 женщин, средний возраст – 36,63 ± 2,08 лет) с ЯК и 15 здоровых (10 мужчин и 5 женщин, средний возраст – 44,35 ± 3,72 лет). Проводили общий анализ крови и кала, биохимический анализ крови, в том числе С-реактивный белок, колоноскопию и сонографию кишечника. Вычитывали клинический и эндоскопический индексы Майо. Ультразвуковое исследование кишечника (УЗИК) проводилось с использованием аппарата в реальном времени с использованием конвексного датчика 3,5 МГц и линейного датчика 7,5 МГц. Оценивали наличие гипертрофии брыжеечной клетчатки, эхокартину и максимальную толщину стенки кишки, локализацию и протяженность ЯК в дистальных отделах кишечника.

Результаты. Толщина стенки кишечника (ТСК) у здоровых людей в различных участках составляла 1–3 мм. У больных с ЯК в хорошо визуализируемых дистальных отделах ТСК колебалась от 4 до 17 мм (в среднем – 8,20 ± 0,78 мм), что была в 3–4 раза толще, чем у здоровых. Короткие доплерские сигналы внутри кишечника обнаружены у 3 больных, длинные сигналы внутри кишечника – у 7 и длинные сигналы внутри и снаружи кишечника – у 5. В 6 случаях цветовой доплеровский сигнал не выявлен. Протяженность утолщенных стенок толстого кишечника в дистальных отделах (сигмовидный и нисходящий ободочный) колебалась в пределах от 5 до 38 см. Потерю гаустрации кишечника выявлена у 8 (38,1 %) больных ЯК. ТСК положительно коррелировала с уровнем СРБ, клиническим и эндоскопическим индексом Майо, доплеровским сигналом, а также наличием гипертрофии брыжеечного жира.

Заключение. Включение УЗИК в стратегию мониторинга ЯК способствует принятию быстрых и эффективных решений, которые способствуют улучшению режима лечения и остановке прогрессированию заболевания.

124

РОЛЬ АДИПОКИНОВ В КЛЮЧЕВЫХ АСПЕКТАХ ДИАГНОСТИКИ НЕАЛКОГОЛЬНОЙ ЖИРОВОЙ БОЛЕЗНИ ПЕЧЕНИ

Знахаренко Е.А., Герасименко О.Н., Максимов В.Н., Горбунова А.М.

Новосибирский государственный медицинский университет, Россия

Введение. Патофизиология неалкогольной жировой болезни печени (НАЖБП) тесно коррелирует с аномальной взаимосвязью между жировой тканью и печенью, поскольку воспаление прочно связано с липидным обменом. Поэтому большое значение сейчас уделяется адипокинам ввиду их способности к иммунометаболической активности. Накопленная база клинических данных связывает адипокины с прогрессированием НАЖБП, что может послужить расширением границ диагностики и течения данного заболевания.

Цель – определить диагностическую значимость адипокинов в качестве маркеров формирования и прогрессирования НАЖБП у пациентов с учетом нутритивного статуса.

Материалы и методы. В ходе исследования была выполнена комплексная оценка нутритивного статуса, а также был произведен анализ биохимических и гормональных показателей пациентов. Исследование проходило на базе НОК ГВВ № 3 и НИИ ТПМ г. Новосибирска у 349 человек. Из них: 113 пациентов с НАЖБП без ожирения, 122 пациента с НАЖБП с ожирением и 114 условно здоровых человек.

Результаты. У пациентов с НАЖБП как с ожирением, так и без него по сравнению с контрольной группой имеются изменения со стороны компонентного состава тела, биохимических показателей, а также выявлены нарушения рациона при оценке фактического питания. Также по результатам гормонального исследования, у пациентов повышен уровень адипокинов. Значения адипсина достоверно выше в группе пациентов с НАЖБП в сочетании с ожирением по отношению к группе пациентов с НАЖБП без ожирения. Уровень висфатина, адипсина и PAI-1 подтвердили свою взаимосвязь с нутритивным статусом пациентов с НАЖБП, биохимическими показателями, а также неинвазивными индексами стеатоза, тогда как уровень висфатина ассоциировался и с индексом фиброза FIB-4.

Заключение. Уровень адипокинов может рассматриваться как неинвазивный диагностический маркер, отражающий течение и прогрессирование НАЖБП у пациентов с различным нутритивным статусом.

126

АУТОИММУННЫЙ ЦИРРОЗ ПЕЧЕНИ: ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ТРУДНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ

Кафарова А.Х., Широкова Е.Н., Жаркова М.С., Ондос Ш.А.

ИКМ им. Н.В. Склифосовского, Первый МГМУ им. И.М. Сеченова (Сеченовский Университет), Москва, Россия

Цель работы: определение тактики лечения у пациентки с ранней манифестацией и быстрой прогрессией заболевания.

В докладе представлено клиническое наблюдение пациентки 29 лет, у которой заболевание дебютировало в детстве, быстро прогрессировало из-за невозможности проведения стандартной иммуносупрессивной терапии по причине системных осложнений. Рассмотрены альтернативные схемы лечения аутоиммунного гепатита, показания к трансплантации печени.

Заключение. Учитывая раннюю манифестацию и быструю прогрессию заболевания с развитием клинически значимой портальной гипертензии, ограниченные возможности консервативной терапии, пациентка была направлена на трансплантацию печени.

127

АНАЛИЗ КОЛИЧЕСТВА ПОВТОРНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ ИЗ ВАРИКОЗНО РАСШИРЕННЫХ ВЕН ПИЩЕВОДА У ПАЦИЕНТОВ ДО И ПОСЛЕ ВЫПОЛНЕНИЯ ЭНДОСКОПИЧЕСКОГО ЛИГИРОВАНИЯ В ЛИСТЕ ОЖИДАНИЯ ТРАНСПЛАНТАЦИИ ПЕЧЕНИ

Коробка Р.В.^{1,2}, Пак Е.С.^{1,2}, Коробка В.Л.^{1,2}, Ушаков А.А.¹, Швидко А.О.¹, Бабиева А.М.¹, Опря П.С.², Бухтин О.В.²

¹ Ростовская областная клиническая больница,

² Ростовский государственный медицинский университет, Россия

Цель работы: анализ эффективности выполнения эндоскопического лигирования (ЭЛ) у пациентов с циррозом печени (ЦП), находящихся в листе ожидания трансплантации печени (ЛО ТП) Ростовской области, имевших ранее эпизоды кровотечений из варикозно-расширенных вен пищевода (ВРВП).

Материалы и методы. Клинико-лабораторные и инструментальные данные 612 пациентов с ЦП, наблюдавшихся в ЛО ТП за 7 лет с эпизодами кровотечения из ВРВП. Распределение больных: 349 мужчин (57%), 51 ± 30 лет, 263 женщины (43%), 52 ± 30 лет. Однократное варикозное кровотечение (ВК) до выполнения ЭЛ наблюдалось у 335 пациентов (54,7%). Повторные ВК наблюдались у 227 человек (37,1%). У 276 (45,1%) пациентов была выполнена минимум одна процедура ЭЛ. 44 (7,2%) пациентам выполнялось ЭЛ более 2 раз. У 96 (15,7%) человек причиной летального исхода послужило ВК.

Результаты: из 335 человек с однократным ВК выполнено ЭЛ у 102 пациентов (30,5%). У 233 (69,6%) человек после однократного ВК процедура ЭЛ не выполнялась, из них 19 (8,2%) человек погибло от первичного ВК.

Рецидив ВК наблюдался у 227 человек (37,1%) из них у 79 (34,8%) пациентов, которым ранее было выполнено ЭЛ. Повторное ВК стало причиной смерти 77 (33,9%) пациентов, из которых у 40 (17,6%) пациентов было выполнено ЭЛ однократно. Из 44 пациентов, которым было выполнено ЭЛ более 2 раз рецидив ВК отмечается у 16 (36,4%). Летальный исход отмечается у 12 (27,3%) пациентов, которым выполнено ЭЛ более 2 раз.

Выводы: ВК остается одним из самых распространенных, опасных, летальных осложнений у пациентов в ЛО ТП. ЭЛ остается методом выбора при развитии ВК и существенно снижает риск развития повторного ВК. Снижение смертности является приоритетной задачей на всех этапах наблюдения за пациентами с ЦП и профилактика ВК играет немаловажную роль на этапе ЛО ТП. Также своевременное выполнение ТП должно быть ориентировано не только на индекс MELD-Na, но и на риск возникновения рецидива ВК.

129

КОМОРБИДНОСТЬ СТАДИЙ НЕАЛКОГОЛЬНОЙ ЖИРОВОЙ БОЛЕЗНИ ПЕЧЕНИ С ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ

Кочетков С.Г., Губарева И.В., Супорник Г.В., Ибятуллина Г.И., Ганджалиев А.Т.

Самарский государственный медицинский университет, Клиническая больница «РЖД-Медицина», Самара, Россия

Цель работы: определить особенности течения гипертензивной болезни в сочетании со стеатогепатозом и стеатогепатитом.

Материал и методы. Нами обследован 31 больной с различными стадиями неалкогольной жировой болезни печени (НАЖБП): 1-я группа со стеатогепатозом – 16 человек; 2-я группа со стеатогепатитом – 15 человек. Маркером неалкогольного стеатогепатита, наряду с показателями УЗИ печени, является повышение уровня трансаминаз (АЛАТ, АСАТ). Всем больным проводились современные лабораторные и инструментальные методы исследования согласно стандартам. Статистическая обработка проводилась параметрическими методами с использованием Т-критерия Стьюдента. До обследования больные статины не получали.

Результаты. В первой группе показатели липидного спектра (холестерин, ЛПНП, триглицериды) были ниже, чем во второй группе. При анализе данных УЗДГ БЦС комплекс интима-медия, у больных первой группы также был меньше чем во второй группе.

Таким образом, трансформация стеатогепатоза в стеатогепатит тесно связана с прогрессированием атеросклеротических изменений у больных гипертензивной болезнью.

128

ВЛИЯНИЕ ХРОНИЧЕСКОГО ОПИСТОРХОЗА НА ТЕЧЕНИЕ РАЗЛИЧНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПЕЧЕНИ

Косаренко Е.С.

Ханты-Мансийская государственная медицинская академия, Россия

Цель работы: осветить проблему коморбидного течения заболеваний печени и описторхоза.

Материалы и методы. Описание и анализ различных исследований, посвященных изучению сочетанного течения заболеваний печени (вирусного гепатита С, неалкогольной жировой болезни печени) и описторхозной инвазии, а также результатов собственного исследования клинико-лабораторных особенностей течения аутоиммунных заболеваний печени, протекающих на фоне хронического описторхоза.

Заключение: не смотря на активное проведение противоэпидемических мероприятий на протяжении многих лет, описторхоз остается одной из важнейших экологических, медико-социальных и экономических проблем. Всего в мире, с учётом других видов опасных описторхид, заражено более 40 миллионов человек. Две трети мирового ареала возбудителя описторхоза приходится на территорию России. Отсутствие специфических клинических проявлений, низкая чувствительность рутинных методов лабораторной диагностики обуславливает трудности при проведении дифференциальной диагностики описторхоза с заболеваниями печени иного генеза. Паразитарная инвазия оказывается преморбидным фоном для различных заболеваний, в особенности гепатобилиарной системы. По данным ряда исследований выявленоотягочающее влияние хронического описторхоза на течение аутоиммунных заболеваний печени, неалкогольной жировой болезни печени, вирусного гепатита С. Также имеются данные о канцерогенной роли *Opisthorchis felineus*. Учитывая широкое распространение описторхозной инвазии, клинико-лабораторные особенности сочетанного течения описторхоза и различных заболеваний гепатобилиарной системы, своевременная диагностика паразитарного поражения печени остается серьезной и крайне актуальной задачей.

130

НОВЫЕ ПОДХОДЫ К ВЫЯВЛЕНИЮ СТЕАТОГЕПАТИТА У ПАЦИЕНТОВ С ЖИРОВОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПЕЧЕНИ

Кручинина М.В., Паруликова М.В., Ошпенко М.Ф., Громов А.А.

НИИТПМ – филиал ИЦиГ СО РАН, НГМУ, Новосибирск, Россия

Цель – изучить возможности использования электрических, вязкоупругих параметров эритроцитов, профилей жирных кислот (ЖК) мембран эритроцитов (Эр), сыворотки крови (СК) в дифференцировании стеатогепатита от стеатоза у пациентов с жировой болезнью печени (ЖБП) различного генеза с нормальной активностью трансаминаз.

Материалы и методы. Обследованы 84 мужчины (51,2 ± 10,3 года) с ЖБП различного генеза (неалкогольный, алкогольный, смешанный) со степенью фиброза не более F1 (FibroScan® 502 Echosens, Франция) с нормальной активностью трансаминаз, 1-я группа – со стеатозом (n = 44), 2-я – со стеатогепатитом (n = 40) (по данным ActiTest (BioPredictive, Франция), NashTest, AshTest в составе FibroMax). Электрические, вязкоупругие параметры эритроцитов изучены методом диэлектрофореза; профили ЖК – с помощью ГХ/МС системы (Agilent 7000B, США).

Результаты. Наиболее значимыми показателями Эр, позволяющими дифференцировать стеатогепатит от стеатоза печени, оказались сниженные значения амплитуды деформации Эр на частоте 10⁶ Гц (p = 0,0003), дипольного момента (p = 0,009), емкости мембран (p = 0,014), поляризуемости клеток на частоте 10⁶ Гц (p = 0,03) и более высокие обобщенные показатели вязкости (p = 0,006), жесткости (p = 0,005), электропроводности (p = 0,008). Создана диагностическая модель с AUC 0,904, чувствительностью 0,9, специфичностью 0,83 для различия стеатоза и стеатогепатита. Панель, включающая сывороточные уровни C18: 0 (p = 0,016), C20: 0 (p = 0,023), НЖК/ПНЖК (p = 0,001), суммы ПНЖК (p = 0,003), C17: 0 (p = 0,011), суммы двух омега-3 ПНЖК (C20: 5n-3 + C22: 6n-3) (p = 0,04), суммы всех омега-3 ПНЖК (p = 0,042), C20: 5n-3 в мембранах Эр (p = 0,051), обеспечила диагностическую точность с AUC 0,827 (95% ДИ – 0,499–1), чувствительностью 82,2%, специфичностью 80,7% для выявления стеатогепатита при ЖБП смешанного генеза.

Выводы. Электрические, вязкоупругие параметры эритроцитов, содержание жирных кислот в мембранах эритроцитов, сыворотке крови представляются перспективными биомаркерами стеатогепатита при нормальном уровне трансаминаз у пациентов с ЖБП.

131

ХОЛЕСТАТИЧЕСКИЙ СИНДРОМ В КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕЛеушина Е.А.^{1,2}, Дудин В.В.¹, Мельков Е.М.¹¹ Кировский ГМУ, ² Клиническая больница «РЖД-медицина», Киров, Россия

Цель работы: провести анализ лабораторных маркеров синдрома холестаза при различных заболеваниях печени и желчевыводящих путей.

Материалы и методы. В исследование включено 39 мужчин с различными заболеваниями печени и желчевыводящих путей, которые находились на лечении в ЧУЗ «Клиническая больница «РЖД-медицина» города Киров» по поводу синдрома холестаза. Средний возраст больных составил $41,3 \pm 7,8$ года. Пациентам проводился биохимический анализ крови на общий билирубин, общий холестерин, гамма-глутамилтранспептидазу (ГГТП), щелочную фосфатазу (ЩФ). Для обработки данных использовался пакет статистических программ Microsoft Office Excel.

Результаты. Выявлено, что общий билирубин у больных с неалкогольной жировой болезнью печени (НАЖБП) равен $20,9 \pm 2,7$; с синдромом Жильбера – $29,8 \pm 3,9$; с билиарным сладжем – $24,9 \pm 4,2$. Показатель ГГТП у пациентов с НАЖБП – $78,2 \pm 3,9$; с синдромом Жильбера $43 \pm 1,6$; с билиарным сладжем – $53,6 \pm 6,5$. ЩФ у пациентов с НАЖБП – $139,6 \pm 2,3$; с синдромом Жильбера – $98,8 \pm 2,5$; с билиарным сладжем – $130 \pm 3,6$. Общий холестерин у пациентов с НАЖБП – $5,8 \pm 0,8$; с синдромом Жильбера $5,4 \pm 1,0$; с билиарным сладжем – $5,8 \pm 0,7$.

Выводы. Таким образом, синдром холестаза преобладает во всех случаях, но больше прослеживается при НАЖБП и билиарном сладже.

Это говорит о нарушении синтеза, секреции, либо оттока желчи, высоком риске фиброза печени. Важна своевременная диагностика холестатического синдрома для предотвращения серьезных осложнений, таких как повреждение печени и холангита.

133

ГЕПАТОЦЕЛЛЮЛЯРНАЯ КАРЦИНОМА В ТАДЖИКИСТАНЕ

Мирзорохматов С.А., Дустов А.

Институт гастроэнтерологии Республики Таджикистан, Душанбе, Таджикистан

Гепатоцеллюлярная карцинома (ГЦК) является наиболее распространённым раком в мире и занимает третье место по причине смерти. Основным фактором риска развития гепатоцеллюлярной карциномы является цирроз печени в результате хронических вирусных гепатитов и жировой болезни печени.

Цель: улучшение ранней диагностики гепатоцеллюлярной карциномы.

Материал и методы. Было проведено обследование и лечение 753 больных хроническим гепатитом (мужчин 698 и женщин 55 в возрасте от 24 до 43 лет (в среднем – $32 \pm 2,6$ года), находившихся на диспансерном наблюдении в клинике ГУ «Институте гастроэнтерологии Республики Таджикистан».

Результаты. При распределении больных по возрастным группам, высокая частота рака печени при HBV + HDV-инфекции была отмечена у больных в возрастной группе 40–49 лет (62,8 %), вследствие моноинфекции HBV – в возрасте 50–59 лет (31,4 %) и на фоне HCV 60–69 лет (60,0 %).

При наличии ГЦК на фоне цирроза часто наступает декомпенсация основного заболевания печени, а при распаде опухоли – начинается лихорадка, общая слабость, анемия, быстрое похудение, увеличение селезенки и асцит. В 5 наблюдениях происходил спонтанный разрыв гепатомы с развитием внутреннего кровотечения с летальным исходом. По результатам наших исследований наиболее важным диагностическим значением для подозрения ГЦК имеет уровень ТНФ- α , который уже в стадии цирроза повышается до $115,8 \pm 9,8$ против $60\text{--}80$ % Если при циррозе печени уровень α -фетопротейна составляет $6,0 \pm 3,2$ МЕ/мл, то при ГЦК она доходит до $45,9 \pm 4,5$. Уровень Ap-SD95 при циррозе печени достоверно повышается по сравнению с контрольных до $65 \pm 2,0$, а в процессе трансформации ГЦК количество NKSD16 наоборот снижается до $26,0 \pm 2,4$.

Таким образом, установлено, что в процессе гепатоцеллюлярного канцерогенеза содержание ТНФ- α повышается в 2 раза, уровень α -фетопротейна – более чем в 6 раз, также повышается уровень Ap-SD95, а концентрация NKSD16 снижается.

132

РАСТИТЕЛЬНЫЕ ЭКСТРАКТЫ В ПРОФИЛАКТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПОРАЖЕНИЙ ПЕЧЕНИ

Лупанова И.А., Ферубко Е.В., Курманова Е.Н.

ВИЛАР, Москва, Россия

Цель работы: фармакологическое изучение гепатопротекторных свойств сухого экстракта травы володушки золотистой (*Bupleurum aureum* Fisch. seu *longifolium* L.) в условиях экспериментальной модели тетрациклинового гепатита.

Материалы и методы. В ФГБНУ ВИЛАР разработан и стандартизирован володушки золотистой травы экстракт сухой. Исследовано его влияние на состояние печени крыс в условиях модели тетрациклинового гепатита. Эксперимент проведен на 50 нелинейных белых крысах самцах. Препарат сравнения – Силимар® в дозе 100 мг/кг. Экстракт изучали в дозах 50 мг/кг и 100 мг/кг. После окончания эксперимента у крыс были взяты пробы периферической крови, получена сыворотка и проведен её биохимический анализ. Определяли активность ферментов крови: аланинаминотрансферазы (АЛТ), аспартатаминотрансферазы (АСТ), щелочной фосфатазы (ЩФ) и содержание общего билирубина. Крыс подвергли эвтаназии в CO₂-камере и извлекли печень для выделения микросомальной фракции, в которой определяли активирующий эффект экстракта на ферменты микросомальной системы детоксикации печени крыс цитохрома P₄₅₀ и глутатионтрансферазу. Исследования одобрены Биоэтической комиссией ФГБНУ ВИЛАР.

Результаты. При введении крысам экстракта володушки в дозах 50 мг/кг и 100 мг/кг наблюдалось снижение активности АЛТ на 28 и 59 %, АСТ – на 39 и 50 %, ЩФ – на 25 и 33 %; содержание общего билирубина – на 15 и 28 % соответственно, по сравнению с контрольной группой животных. Установлен высокий активирующий эффект экстракта володушки в дозе 100 мг/кг на ферменты микросомальной системы детоксикации печени крыс цитохрома P₄₅₀ и глутатионтрансферазу.

Выводы. В результате фармакологического изучения установлено, что сухой экстракт травы володушки золотистой является источником биологически активных веществ гепатопротекторного действия и перспективен для дальнейшего изучения и создания на его основе нового эффективного лекарственного растительного средства для профилактики и лечения лекарственных поражений печени.

134

САРКОПЕНИЯ ПРИ ЦИРРОЗЕ ПЕЧЕНИ

Мироджов Г.К., Олимзода Н.Х., Джамиллов М.А.

Институт гастроэнтерологии, Душанбе, Таджикистан

Саркопения при циррозе печени способствует развитию энцефалопатии, однако до сих пор не выделены клинико-лабораторные признаки саркопении.

Цель исследования – выделить клинико-лабораторные признаки саркопении при циррозе печени.

Материал и методы исследования. У 62 больных декомпенсированным циррозом печени проведены комплексные клинико-инструментальные и лабораторные исследования. Было 32 мужчин и 30 женщин со средним возрастом $44,5 \pm 22,9$ лет.

Для оценки степени саркопении исследовались следующие клинические показатели: индекс массы тела (ИМТ); кожно-жировая складка под трицепсом (КЖСТ); окружность мышцы плеча (ОМП) а также следующие лабораторные показатели: абсолютное число лейкоцитов, эритроцитов и лимфоцитов уровень общего белка, альбумина и холестерина в периферической крови.

Результаты исследования. При циррозе печени, в зависимости от тяжести декомпенсации, развиваются различные степени саркопений, которые проявляются снижением ИМТ, повышением КЖСТ и уменьшением ОМП. Снижение мышечной массы при саркопении проявляется также с уменьшением общего белка, холестерина и альбумина. При саркопении наблюдается уменьшение количества форменных элементов крови, эритроцитов, лейкоцитов и особенно лимфоцитов, которое определяет степень активности и снижение иммунного статуса.

Снижение мышечной массы при саркопении связано с анорексией, при котором наблюдается распад белка с возникновением гиперамонемии, которая способствует развитию энцефалопатии при циррозе печени.

135

КАКУЮ РОЛЬ ИГРАЮТ СРЕДСТВА ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ КОМОРБИДНОСТИ У ПАЦИЕНТОВ С ПОДАГРОЙ ПРИ ПРИЁМЕ НПВС?

Михневич Э.А., Раевнева Т.Г.

Белорусский государственный медицинский университет, АКВА-Минск клиника, Минск, Беларусь

Введение. Одним из нежелательных эффектов нестероидных противовоспалительных средств (НПВС) являются лекарственно-индуцированные поражения печени (ЛИПП).

Цель исследования: оценка влияния лекарственных средств (ЛС) для лечения коморбидности у пациентов с подагрическим артритом (ПА) на формирование ЛИПП.

Пациенты и методы. В исследование включены 527 пациентов с ПА. Критерии включения: наличие подагры (критерии АКР, 1977), наличие коморбидности, применение НПВС для купирования ПА. Пациенты были разделены на две группы: с ЛИПП (n = 91) – основная и группа сравнения – без ЛИПП (n = 325). Пациенты обеих групп были сопоставимы по полу и возрасту, длительности применения и дозам НПВС (p > 0,05 для всех пропорций). Из коморбидной патологии в обеих группах наблюдались: АГ – 82,4 %, ИБС – 38,5 %, СД – 6,6 %, гиперхолестеринемия – 89,0 %, ИМТ ≥ 30 кг/м². В сравнительный анализ ЛС для лечения коморбидных состояний включены: ИАПФ/сартаны, б-блокаторы, антагонисты кальция, низкие дозы аспирина, антикоагулянты, статины, гипогликемические, диуретики.

Результаты. В основной группе чаще наблюдали гиперхолестеринемию ($\chi^2 = 20,55$, p < 0,001) и ИМТ ≥ 25 кг/м² (F = 0,013, p < 0,05), злоупотребление алкоголем ($\chi^2 = 16,03$, p < 0,001). В группе сравнения чаще встречались СД ($\chi^2 = 4,21$, p < 0,05), ИБС ($\chi^2 = 4,31$, p < 0,05). Доли пациентов с АГ были сопоставимы в обеих группах (82,4 % vs 85,2 %). Доля пациентов основной группы, не принимающих других ЛС, кроме НПВС при ПА, была выше (33,0 % vs 16,6 %; $\chi^2 = 11,80$, p < 0,001). Частота приема ЛС для лечения коморбидной патологии выше в основной группе (2,5 vs 3,0; p < 0,01). В группе сравнения выше были доли пациентов с постоянным приемом ИАПФ/сартанов ($\chi^2 = 4,31$, p < 0,05; ОШ = 1,99; 95 ДИ – 1,57–2,53) и метформина (F = 0,011, p < 0,05; ОШ = 2,77; 95 % ДИ – 0,86–8,89).

Заключение. Среди пациентов с ЛИПП количество применяемых ЛС для лечения коморбидной патологии было меньше, чем в группе сравнения. По-видимому, ИАПФ/сартаны и метформин могут играть гепатопротективную роль у пациентов с ПА.

137

ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЭЛАСТОГРАФИИ СЕЛЕЗЕНКИ ПРИ ЦИРРОЗЕ ПЕЧЕНИ

Наимова Ш., Ишанкулова Д.М., Авезов С.А.

Институт гастроэнтерологии Республики Таджикистан, Душанбе, Таджикистан

Цель исследования: изучить значение эластографии селезенки в качестве неинвазивного маркера диагностики, прогнозирования и необходимости лечения портальной гипертензии.

Материал и методы. Обследованы 33 больных (18 мужчин и 15 женщин, средний возраст – 48,47 ± 1,97 лет) циррозом печени (ЦП). У 23 больных причиной ЦП была вирус гепатита В, у 10 – вирус гепатита С. Эластография печени и селезенки проводилась на аппарате FibroScan. Степень варикозно расширенных вен пищевода (ВРВП) эндоскопически квалифицирована по методике K.J. Raquet (1983).

Результаты. У 15 (45,4 %) больных диагностирован ЦП класса А по Чайлд – Пью, у 7 (21,2 %) – класса В и у 11 (33,3 %) – класса С. Общий средний балл шкалы Чайлд – Пью составил 8,24 ± 1,6. ВРВП у 12 больных было I, у 5 – II, у 6 – III и у 7 – IV степени. У троих пациентов ВРВП при эндоскопии отсутствовало. Большие варикозные узлы диагностированы у 18 больных, что составляет 55 % от общего числа. У здоровых показатель эластографии селезенки (ПЭС) варьировались от 8 до 24 кПа, а у больных ЦП от 18 до 75 кПа. ПЭС был достоверно выше у пациентов с большими узлами по сравнению с пациентами с маленькими или отсутствием варикоза (61,91 ± 2,94 против 43,72 ± 3,35; p < 0,05), что указывает об эффективности эластографии при выявлении больших ВРВП. Многофакторный анализ демонстрирует, что спленомегалия, расширение воротной и селезеночной вен, снижение количество тромбоцитов в периферической крови и эластометрия селезенки могут быть предикторами кровотечения из ВРВП.

Заключение. Результаты исследования показывают, что ПЭС является эффективным методом для выявления больших варикозных вен с риском кровотечения и дополнит другие неинвазивные методы, играющие роль в скрининге ВРВП у пациентов ЦП.

136

ОСОБЕННОСТИ СТРУКТУРНО-ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ СОСУДИСТОЙ СТЕНКИ ОБЩИХ СОННЫХ АРТЕРИЙ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМИ ВИРУСНЫМИ ГЕПАТИТАМИ В И С

Морозова Т.С., Черников И.Г., Перетолчина Т.Ф.

Уральский государственный медицинский университет, Екатеринбург, Россия

Цель работы – изучить особенности структурно-функционального состояния сосудистой стенки общих сонных артерий (ОСА) у пациентов с хроническими гепатитами (ХГ) В и С.

Материалы и методы. Под наблюдением находилось 66 пациентов с ХГ В и 69 больных – с ХГ С. Контрольную группу составили 40 практически здоровых лиц. Всем больным проведено дуплексное сканирование ОСА на ультразвуковом аппарате Vivid-7. Индекс жёсткости (ИЖ) ОСА рассчитывали по формуле: ИЖ = log (САД/ДАД) / (Δd/d), где d – диаметр артерии; Δd – изменение диаметра артерии в течение сердечного цикла.

Результаты. При сравнительном анализе значений внутреннего диаметра ОСА в исследуемых клинических группах в сравнении с контролем выявлено достоверное его расширение, при этом в большей степени у пациентов с HCV-ассоциированными ХГ (в группе больных ХГ В – 6,38 ± 0,27 мм, при ХГ С – 7,08 ± 0,19 мм; p = 0,036). Наблюдаемая дилатация ОСА у пациентов клинических групп сопровождалась явным снижением усреднённой по времени средней скорости кровотока (ТАМХ) по ОСА, при этом в большей степени среди пациентов с ХГ, ассоциированными с HCV-инфекцией (30,42 ± 2,36 см/с в контроле, 24,35 ± 1,17 см/с у пациентов с ХГ В, p = 0,023; и 21,03 ± 1,1 см/с у больных ХГ С, p < 0,001). Снижение ТАМХ у пациентов клинических групп сопровождалось ростом пульсационного индекса (PI) и индекса резистентности (RI) в отличие от контроля. При этом показатели RI и PI по ОСА у больных ХГ В оказались достоверно меньше, чем у лиц с ХГ С. Следует отметить, что снижение кровотока в ОСА, сопровождаемое ростом значений индекса резистентности у пациентов клинических групп, может свидетельствовать о сохраняющемся адаптивном характере ремоделирования сосудистой стенки, направленного на поддержание необходимого внутрисосудового давления крови. ИЖ ОСА оказался статистически значимо выше в сравнении с контролем как у пациентов с ХГ В (6,57 ± 0,26 усл. ед. и 7,24 ± 0,2 усл. ед. соответственно, p = 0,044), так и при ХГ С (6,57 ± 0,26 усл. ед. и 7,85 ± 0,23 усл. ед. соответственно, p < 0,001), при этом в большей степени у последних.

Заключение. Полученные данные могут свидетельствовать о значимом снижении упруго-эластических свойств сосудистой стенки ОСА и повышении её жёсткости, в большей степени выраженных при HCV-ассоциированных ХГ по сравнению с больными хроническими гепатитами В.

138

ОСЛОЖНЕНИЯ ПОСЛЕ ТРАНСПЛАНТАЦИИ ПЕЧЕНИ. ОПЫТ ЦЕНТРА ХИРУРГИИ И КООРДИНАЦИИ ДОНОРСТВА ГБУ РО «РОКБ»Пак Е.С.^{1,2}, Коробка В.Л.^{1,2}, Коробка Р.В.^{1,2}, Бухтин О.В.², Опря П.С.², Ушаков А.А.¹, Швидко А.О.¹, Кострыкин М.Ю.^{1,2}, Бабнева А.М.¹, Шаповалов А.М.¹, Юркевич Р.Е.¹¹ Ростовская областная клиническая больница,² Ростовский государственный медицинский университет, Россия

Цель работы: изучить распространенность билиарных, сосудистых, иммунных, инфекционных осложнений у пациентов, перенесших ортотопическую трансплантацию печени (ОТП) в рамках одного центра.

Материалы и методы: клиничко-лабораторные и инструментальные данные 113 пациентов, перенесших ОТП в условиях ГБУ РО «РОКБ». Распределение пациентов: 41 пациент женского пола (36,3 %), 72 пациента мужского пола (63,7 %). 5 пациентов перенесли ретрансплантацию печени (4,4 %). За срок наблюдения (с 2015 г.) умерло 19 пациентов (16,8 %).

Результаты. Послеоперационные осложнения были выявлены у 61 пациента (53,5 %). Билиарные осложнения после трансплантации печени возникли у 28 (24,8 %) пациентов. Частота возникновения стриктуры анастомоза – 7,9 % (n = 9), несостоятельность анастомоза без формирования биломы – 7,9 % (n = 9), дисфункция сфинктера Одди – 7,1 % (n = 8), неанастомотические стриктуры – 6,2 % (n = 7), несостоятельность анастомоза без формирования биломы – 1,8 % (n = 2), холестаз – 0,9 % (n = 1). Сосудистые осложнения (стенозы и тромбозы печеночных артерий, системы воротной вены, синдром Багда – Киари) развились у 19 пациентов (16,8 %). Инфекционные осложнения (сепсис, генерализованный аспергиллез) развились у 6 пациентов (5,3 %). Иммунологические осложнения (отторжение трансплантата) развились у 11 пациентов (9,7 %), в том числе реакция «трансплантат против хозяина» – у 1 пациента (0,9 %). Первично нефункционирующий трансплантат – 5 пациентов (4,4 %). Всем пациентам с развившимися осложнениями проводилось хирургическое лечение и коррекция протокола иммуносупрессивной терапии.

Выводы. Осложнения после ОТП встречаются у каждого второго пациента. Наиболее частыми осложнениями после ОТП являются билиарные осложнения. Наибольшая летальность – при инфекционных осложнениях и первично нефункционирующем трансплантате. Своевременное выявление и лечение появившихся осложнений повышает выживаемость пациентов. В некоторых случаях может потребоваться ретрансплантация печени.

139

АНАЛИЗ ВЛИЯНИЯ ЭТИОЛОГИЧЕСКОГО ФАКТОРА НА РАЗВИТИЕ РЕЗИСТЕНТНОГО АСЦИТА У ПАЦИЕНТОВ С ТЕРМИНАЛЬНЫМ ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ, НАХОДЯЩИХСЯ В ЛИСТЕ ОЖИДАНИЯ ТРАНСПЛАНТАЦИИ ПЕЧЕНИ. ОПЫТ ОДНОГО ЦЕНТРА

Пак Е.С.^{1,2}, Коробка В.Л.^{1,2}, Коробка Р.В.^{1,2}, Ушаков А.А.¹, Швидко А.О.¹, Бабиева А.М.¹, Опря П.С.², Бухтин О.В.²

¹ Ростовская областная клиническая больница,

² Ростовский государственный медицинский университет, Россия

Цель работы: анализ влияния этиологического фактора на развитие резистентного асцита (РА) у пациентов с терминальным циррозом печени (ЦП), находящихся в листе ожидания трансплантации печени (ЛО ТП) Ростовской области (РО).

Материалы и методы. Клинико-лабораторные и инструментальные данные 520 пациентов с ЦП, занесенных в ЛО ТП РО за 7 лет. Распределение больных: 277 мужчин (53,27%), 51 ± 10 лет, 243 женщины (46,73%), 53 ± 13 лет. Распределение пациентов по этиологии ЦП в порядке убывания их количества: вирусный – 238 (45,77%), криптогенный – 108 (20,77%), алкогольный – 95 (18,27%), аутоиммунный – 62 (11,92%), врожденный – 9 (1,73%), другие – 8 (1,54 %).

Результаты. Пациенты были разделены на 3 группы. 1-я группа – 33 человека (6,35%), у которых РА отмечался на моменты включения и исключения из ЛО ТП, 2-я группа – 43 пациента (8,23%), у которых РА отмечался только на момент включения в ЛО ТП, 3-я группа – 52 (10%) пациентов, у которых РА отмечался только на момент исключения из ЛО ТП.

Распределение по этиологии ЦП в 1-й группе: алкогольный – 12 (36,36%), HCV – 9 (27,27%), по 3 (9,09%) пациента – алкогольный + HCV, криптогенный, ПСХ, эхинококкоз. Распределение по этиологии ЦП во 2-й группе: HCV – 15 (34,88%), алкогольный – 12 (27,91%), криптогенный – 6 (13,95%), по 2 (4,65%) пациента HBV, HBV + HDV; по 1 (2,33%) пациенту АИГ, алкогольный + HCV, болезнь Кароли, ПБХ, ПБХ + АИГ, эхинококкоз. Распределение по этиологии ЦП в 3-й группе: HCV – 19 (36,54%), криптогенный – 12 (23,08%), алкогольный – 11 (21,15%), ПБХ – 3 (5,77%), ПСХ – 2 (3,85%), по 1 (1,92%) пациенту АИГ, болезнь Кароли, болезнь Вильсона – Ковналова, HBV + HDV, HCV + HBV.

Выводы. Результаты данного исследования демонстрируют повышенный риск развития РА у пациентов с алкогольным ЦП, криптогенным ЦП, ЦП в исходе HCV. Необходим учёт основной причины ЦП при прогнозировании риска развития и стратегий лечения РА у пациентов, находящихся в ЛО ТП.

140

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ НЕЙРОСЕТЕВОГО АНАЛИЗА ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ВАРИКОЗНО-РАСШИРЕННЫМИ ВЕНАМИ ПИЩЕВОДА И ВЫСОКИМ РИСКОМ КРОВОТЕЧЕНИЯ

Прищепенко В.А., Юпатов Г.И.

Витебский государственный ордена Дружбы народов медицинский университет, Беларусь

Цель работы – разработать прогностическую модель для выявления высокой степени варикозного расширения вен пищевода у пациентов с циррозом печени.

Материалы и методы. Составлена ретроспективная база данных 997 пациентов с циррозом печени, проходивших лечение в УЗ «Витебский областной клинический специализированный центр» с 2012 по 2022 год. Выборка пациентов проводилась сплошным методом независимо от этиологии цирроза печени. В выборку вошли 594 (59,58%) женщины и 403 (40,42%) мужчины в возрасте 55 ± 12 лет. Класс тяжести А по Чайлд – Пью наблюдался у 251 (25,18%) пациентов, В – у 380 (38,11%) пациентов, С – у 366 (36,71%) пациентов. Варикозное расширение вен пищевода 1 степени наблюдалось у 207 (20,8%) пациентов, 2 степени – у 189 (19,0%) пациентов, 3 степени – у 213 (21,36%) пациентов.

Нейронная сеть составлялась, обучалась и анализировалась с помощью встроенного модуля «Нейронные сети» в программном обеспечении Statistica 10.

Результаты. Сформирована нейронная сеть по типу многослойного перцептрона, базирующаяся на анализе клинических и лабораторных показателей пациента. Нейронная сеть предсказывает наличие варикозно-расширенных вен пищевода 3 степени, а также осложненных кровотечением с вероятностью 88,5%, исключает вышперечисленные состояния с вероятностью 99,36%, общий процент верных заключений – 96,88%. Площадь ROC-кривой составила 0,99.

Заключение. Составленная нейронная сеть позволяет выявить варикозное расширение вен пищевода высокой степени без применения эндоскопического вмешательства с высокой степенью достоверности. Использование нейронной сети позволит выявить пациентов высокого риска кровотечения и скорректировать дальнейшую тактику ведения пациентов.

141

ЦИТОКИНЫ И ФИБРОЗ ПЕЧЕНИ

Пулатова С.Д., Пулатов Д.И., Сайфудинов О.

Институт гастроэнтерологии, Душанбе, Таджикистан

Цель: изучить корреляционную связь между уровнем активности, содержанием интерлейкинов и степени фиброза при циррозе печени.

Материалы и методы исследования. Исследование выполнено у 32 больных циррозом печени различной степени декомпенсации (15 женщин и 17 мужчин) в возрасте от 22 до 71 года (средний возраст – 38,5 ± 3,5 лет). Этиологическими причинами цирроза печени у 14 больных был вирус HBV, у 11 – HCV, у 4 – HBV + HCV, у 2 – HCV + этанол и у 1 HBV + этанол. Всем больным проведены клинико-инструментальные и лабораторные методы обследования: общеклинические, биохимические анализы, вирусы В, D, С. Содержание цитокинов: ФНО-альфа и (ИЛ-6) определяли методом ИФА. Оценку степени фиброза проводили фиброэластометрией аппаратом FibroTouch.

Результаты исследования. Концентрация ФНО-альфа у больных циррозом печени класса А по Чайлд – Пью составила 53,8 ± 6,1 пг/мл $r_1 < 0,01$, а ИЛ-6 – 313,5 ± 13,5 пг/мл $r_1 < 0,05$; 30,5 ± 1,8 пг/мл. При этом уровни интерлейкинов коррелировали с активностью ферментов процесса переаминования. Активность АЛТ составила 53,9 ± 5,8 Ед/л, а АсАт – 45,9 ± 4,7 Ед/л. Одновременно наблюдалось повышение уровня билирубина, который составил 23,4 ± 2,6, а также снижение содержания альбумина (38,5 ± 1,3 г/л) и протромбинового индекса (77,3 ± 2,8). Нужно отметить, что у этой группы больных показатели фиброскана были повышены и составили 14,1 ± 0,9 кПа. У 14 больных группы В по Чайлд – Пью уровень ФНО-альфа повысился до 75,5 ± 4,5 пг/мл ($p < 0,001$), а ИЛ-6 – до 95,4 ± 7,7 пг/мл ($p < 0,001$). При биохимическом исследовании уровень альбумина снизился до 36,6 ± 1,5 г/л ($r_1 < 0,01$) при норме 42,8 ± 0,7 г/л, а протромбиновый индекс составил 71,7 ± 2,0% ($r_1 < 0,01$). Отмечалось некоторое повышение содержания билирубина до 38,5 ± 1,8 мкмоль/л, одновременно наблюдалось повышение активности АЛТ до 41,8 ± 3,8 Ед/л, данные фиброскана в среднем составляло 30,8 ± 1,6 кПа.

Выводы. 1) При оценке силы связи коэффициентов корреляции по шкале Чеддока установлено, что показатели билирубина и степень фиброза имеют сильную прямую связь, что указывает на важную их роль в прогрессировании процесса. 2) Среди интерлейкинов наиболее высокую и сильную корреляционную связь имеют показатели ИЛ-6 и степень фиброза печени при циррозе.

142

ИЗУЧЕНИЕ ФУНКЦИИ ЦИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У ПАЦИЕНТОВ С ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ

Решетникова Л.К., Сулима М.В., Коротчик Т.И., Жук Л.В., Кострикова Л.Н.

Амурская ГМА, Благовещенская городская клиническая больница, Благовещенск, Россия

Главным тиреоидным гормоном, выделяемым щитовидной железой (ЩЖ), является тироксин (Т4). Уровень Т3 и Т4 контролируется гипоталамусом через тирофиз с помощью тиротропного гормона (ТТГ). Повышение ТТГ, прежде всего, говорит о развитии гипотиреоза – недостатка гормонов ЩЖ, снижение же, напротив, о повышении. Цирроз печени (ЦП) является тяжелым заболеванием, при котором явления интоксикации и нарушение всех видов обмена приводят к полиорганной патологии, включая эндокринную систему, функция которой также страдает и приводит к гормональным нарушениям, влияя и на уровень тиреоидных гормонов.

Цель работы: выявление гормональных нарушений ЩЖ у пациентов с ЦП.

Материалы и методы. Определялось содержание ТТГ и Т4 методом ИФА у 20 больных с ЦП (14 мужчин, 6 женщин) в возрасте от 26 до 52 лет. Этиологическим фактором ЦП у 12 больных были вирусный гепатит В или С, у 8 – злоупотребление алкоголем. Полученные результаты сравнивались с показателями контрольной группы, в которую входили 20 практически здоровых лиц соответствующего возраста.

Результаты. Полученные данные изучения тиреоидных гормонов у пациентов с ЦП достоверно отличались от показателей в контрольной группе. Показатели ТТГ у пациентов с ЦП составили 3,8 ± 0,6 мЕ/л, в контрольной группе – 1,8 ± 0,8 мЕ/л, разница достоверна ($p < 0,05$). Содержание Т4 у пациентов с ЦП составило 8,0 ± 1,2 нмоль/л, в контрольной группе – 18,1 ± 2,1 нмоль/л. Снижение Т4 при ЦП также достоверно ($p < 0,001$). Анализ полученных результатов свидетельствует о нарушении гормональной функции ЩЖ у пациентов с ЦП по типу гипотиреоза.

Выводы. Полученные данные могут учитываться для расширения диапазона исследований пациентов с заболеваниями печени и учитываться при составлении плана лечебных мероприятий.

143

**COVID-19-АССОЦИИРОВАННОЕ ПОРАЖЕНИЕ ПЕЧЕНИ:
ВОЗМОЖНОСТИ МЕДИКАМЕНТОЗНОЙ КОРРЕКЦИИ**Сафонова К.А.¹, Дехнич Н.Н.², Абраменкова Н.Ю.², Пунин А.А.²¹ Клиническая больница №1,² Смоленский государственный медицинский университет, Смоленск, Россия

Цель работы: оценить эффективность применения урсодезоксихолевой (УДХК) кислоты в комплексном лечении пациентов с инфекцией COVID-19 и поражением печени.

Материалы и методы. В исследование включено 140 пациентов с лабораторно подтвержденным диагнозом COVID-19 и признаками поражения печени по данным биохимического анализа крови. Основная группа (n = 70) – пациенты, получающие препарат УДХК. Контрольная группа (n = 70) – не получающие препарат УДХК. Проводился мониторинг биохимических показателей крови на 5-й, 10-й и 60-й дни наблюдения пациентов, а также УЗ-исследования при поступлении и через 2 месяца.

Результаты. На фоне терапии УДХК отмечалось снижение медианы значений аланинаминотрансферазы (АЛТ) в 1,5 раза к 5-му дню терапии. При включении в исследование медиана значений АЛТ в основной группе составила 67 [40; 96] Ед/л, в контрольной – 65,2 [44; 87,5] Ед/л (p = 0,674); на 5-й день – 43 [29; 67] Ед/л и 56 [41; 78] Ед/л (p = 0,025); на 10-й день – 35 [24,35; 49,5] Ед/л и 48,65 [36,67; 85,75] Ед/л (p = 0,002); на 60-й день – 17,85 [10; 20,25] Ед/л и 20 [16,02; 30] Ед/л (p = 0,011) соответственно. Снижение медианы значений аспартатаминотрансферазы (АСТ) было установлено более чем в 2 раза от исходного уровня к 5-му дню терапии. Так, на 1 визите в основной группе медиана АСТ составила 65,1 [48; 83,5] Ед/л, в контрольной – 49 [37; 71,97] Ед/л (p = 0,014), на 5-й день – 29,4 [20,5; 39] Ед/л и 31 [21,2; 45] Ед/л (p = 0,683), на 10-й день – 23 [18; 27] Ед/л и 25 [17; 30] Ед/л (p = 0,445); на 60-й день – 17,35 [12; 23,9] Ед/л и 22,5 [18; 28] Ед/л (p < 0,001) соответственно. Длительность госпитализации в группе УДХК составила 13,71 ± 5,10 койко-дней, в группе наблюдения – 15,61 ± 5,71 койко-дней (p = 0,046). По данным УЗИ гепатомегалия при поступлении выявлялась у 48,5 % (n = 34) пациентов в основной и у 51,4 % (n = 36) больных контрольной группы, через 2 месяца на фоне терапии УДХК – 21,43 % (n = 15), в контрольной группе – 51,4 % (n = 36) (p < 0,01).

Выводы. На фоне применения УДХК отмечается более быстрая нормализация уровней АЛТ и АСТ, уменьшение сроков госпитализации и восстановления размеров печени через 2 месяца.

145

**ЛЕТАЛЬНОСТЬ У ПАЦИЕНТОВ С ДЕКОМПЕНСАЦИЕЙ
ЦИРРОЗА ПЕЧЕНИ И ОСТРОЙ ПЕЧЕНОЧНОЙ
НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ НА ФОНЕ ХРОНИЧЕСКОЙ**Тараки Б.М., Адамова И.Г., Федоров И.Г., Ильченко Л.Ю.,
Никитин И.Г.

РНМУ им. Н.И. Пирогова; ГКБ им. В.М. Буянова, Москва, Россия

Цель: сравнительная характеристика летальности у пациентов с декомпенсацией цирроза печени (ЦП) и ACLF (Acute-on-chronic liver failure – острая печеночная недостаточность на фоне хронической).

Материалы и методы. Обследовано 76 пациентов (42 мужчины и 34 женщины в возрасте от 32 до 75 лет) с ЦП различной этиологии. В течение первых двух дней госпитализации выполнялось комплексное обследование, включая параметрические, лабораторные и инструментальные методы. Выраженность печеночной энцефалопатии (ПЭ) определялась по шкале West-Haven и по уровню аммиака в капиллярной крови (N < 60 мкмоль/л). Оценка органной дисфункции осуществлялась по шкале CLIF-C OFs (CLIF Consortium Organ Failure score). Пациенты были разделены на 2 группы: 1 – больные с декомпенсацией ЦП (44; 58 %); 2 – пациенты с ACLF (32; 42 %). Согласно выраженности органной дисфункции были выделены 3 подгруппы: ACLF 1 (n = 21), ACLF 2 (n = 5), ACLF 3 (n = 6).

Результаты. Средний возраст умерших пациентов в 1-й группе составил 51,9 ± 9,15 лет, во 2-й – 49,2 ± 6,13 лет. Летальность среди больных с декомпенсацией ЦП достигала 11 %, с ACLF – 31 % (ACLF 1 – 19 %, ACLF 2 – 20 %, ACLF 3 – 83 %). Содержание аммиака в капиллярной крови в 1-й группе составило 187,3 ± 51,1 мкмоль/л, а среди пациентов подгруппы ACLF 1 – 168,2 ± 56,9 мкмоль/л, ACLF 2 – 204,4 ± 31,7 мкмоль/л, ACLF 3 – 206,5 ± 47,2 мкмоль/л.

Заключение. У 42 % пациентов с ЦП на момент поступления в стационар уже была диагностирована ACLF. Уровень внутрибольничной летальности в группе больных с декомпенсацией ЦП и ACLF отличался и коррелировал с выраженностью дисфункции различных органов. Наиболее высокие показатели летальности наблюдались среди пациентов подгруппы ACLF 3. Выявлено, что возраст умерших пациентов с ACLF ниже, чем у больных с декомпенсацией ЦП. Содержание аммиака характеризует выраженность ПЭ при декомпенсированном ЦП и ACLF, а также может являться неблагоприятным прогностическим критерием летального исхода.

144

**ОСОБЕННОСТИ МОРФОФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ
ПЕЧЕНИ ПРИ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХЕ, ОБУСЛОВЛЕННОЙ
ОСЛОЖНЕНИЯМИ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ**

Табаров З.В., Кадиров Д.М., Кодиров Ф.Д.

Институт гастроэнтерологии, Душанбе, Таджикистан

Цель: улучшение результатов диагностики и оценки степени тяжести механической желтухой (МЖ) неопухолового генеза на различных стадиях.

Материал и методы. Проанализированы результаты исследований 537 пациентов, поступивших за период с 2010 по 2023 гг. Женщин было 307 (57,1 %), мужчин – 230 (42,8 %). Возраст составил от 19 до 83 лет. Рассмотрены принципы разделения на стадии течения МЖ неопухолового генеза.

Результаты. Анализ клинических и лабораторных исследований показал характерные признаки различных осложнений желчнокаменной болезни (ЖКБ), сопровождающиеся МЖ. На этой основе были определены специфические симптомы, характерные для каждой из стадий МЖ неопухолового генеза. Течение МЖ, развивающейся при осложнениях ЖКБ, имеет стадийный характер, который начинается внепеченочным холестазом, присоединяется цитоллиз гепатоцитов и заканчивается холангитом. Первоначально холестаз и цитоллиз носят компенсаторный характер, что подтверждается биохимическими тестами. Это позволяет эффективно использовать методы билиарной деконпрессии и консервативную терапию. Прогрессирование болезни, увеличение сроков МЖ, манифестация холангита приводят к необратимым изменениям в печени. Полученные результаты указывают, что тяжелая форма МЖ приводит к повреждению мембран гепатоцитов, активации цитоллиза, нарушению метаболизма белков, угнетению ферментной системы и нарушению системы гемостаза. Холангит характеризуется деструктивными морфологическими проявлениями и верифицируется специфическими клиническими симптомами и лабораторными тестами, характерными для воспалительно-септических реакций. Разграничение стадий течения МЖ позволяет индивидуализировать хирургическое и консервативное лечение таких пациентов. Выраженные нарушения гемостаза и системной воспалительной реакции преимущественно развивается при средней и тяжелой степени МЖ, с развитием печеночной недостаточности.

Выводы. Морфо-функциональные нарушения печени имеет стадийный характер и зависит от длительности и тяжести МЖ. Характерным для МЖ тяжелой степени является присоединение системной воспалительной реакции, связанной с развитием холангита и билиарного сепсиса.

146

**СЛОЖНОСТИ ДИАГНОСТИКИ ЭПИТЕЛИОИДНОЙ
ГЕМАНГИОЭНДОТЕЛИОМЫ ПЕЧЕНИ**Ткач К.В., Ткаченко П.Е., Жаркова М.С., Шульпекова Ю.О.,
Охлобыстин А.В., Некрасова Т.П.

Сеченовский Университет, Москва, Россия

Цель работы: представить клиническое наблюдение и особенности диагностики пациентки с редкой сосудистой опухолью печени.

Клинический случай. Пациентка Я., 51 г., поступила с жалобами на общую слабость и утомляемость. Из анамнеза заболевания известно, что с 42 лет, после родов пациентке в качестве меры контрацепции назначили прием гормональных контрацептивов, которые она принимала с 2016 по 2019 гг. В феврале 2019 г. пациентка обратилась к диетологу по поводу избыточной массы тела. В анализах крови отмечалось повышение АСТ и АЛТ. При УЗИ ОБП: неровность контуров, повышение эхогенности печени, гепатомегалия. Был выставлен диагноз: неалкогольная жировая болезнь печени: стеатогепатит (стадия выраженного фиброза). В сентябре 2019 г. пациентка выполняет КТ ОБП: картина цирроза печени, хронического синдрома Бадда – Киари (сужение печеночных вен до 4 мм). В октябре 2020 г. выполняется биопсия печени для верификации этиологии заболевания, однако в связи с малым количеством материала определить достоверно этиологию заболевания не представлялось возможным. При обследовании в клинике: анализы крови без значимых отклонений. При МРТ ОБП: картина цирроза печени, синдрома Бадда – Киари. Данных за злокачественное поражение печени не получено. Проводился пересмотр материалов биопсии печени: морфологическая картина свидетельствует в пользу поражения при эпителиоидной гемангиоэндотелиоме капиллярного типа. Признаки тромбоза мелких веточек печеночных вен. Установлен диагноз: основное заболевание: эпителиоидная гемангиоэндотелиома печени. Осложнение: хронический синдром Бадда – Киари.

Заключение. Эпителиоидная гемангиоэндотелиома печени – редкая сосудистая опухоль, этиология которой неизвестна, но есть связь с использованием оральных контрацептивов. Сложность диагностики заключается в том, что при данном заболевании клинические проявления могут отсутствовать, а лабораторных и лучевых методов диагностики недостаточно для постановки диагноза. У нашей пациентки опухоль протекает бессимптомно, не визуализируется на КТ и МРТ, не прогрессирует в течение 5 лет. Диагноз был верифицирован морфологом.

147

СТЕАТОЗ ПЕЧЕНИ И ПОТРЕБНОСТЬ В БИОЛОГИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОВ С COVID 19-АССОЦИИРОВАННОЙ ПНЕВМОНИЕЙ И МАЖБП

Туранкова Т.А., Бражников А.Ю., Варганова Д.Л., Павлов Ч.С.

Первый МГМУ им. И.М. Сеченова (Сеченовский Университет), Москва, Россия

Цель: оценка влияния стеатоза печени у пациентов с COVID 19-ассоциированной пневмонией (COVID 19 AP) и МАЖБП на потребность в назначении биологической терапии (БТ).

Материалы и методы: в когортное проспективное исследование включено 100 пациентов (> 18 лет), госпитализированных с COVID-19 AP в стационар с 01.11.2021 по 31.01.2022 г. Критерии значимого стеатоза (более 30 %) по данным компьютерной томографии (КТ): плотность печени (ПП) < 40 HU; ослабление ПП ≤ 10 HU, чем у селезенки; отношение ослабления ПП к селезенке < 0,9.

Результаты. По данным КТ выделено 2 группы: 25 пациентов со стеатозом печени МАЖБП и 74 контрольной группы без значимого стеатоза, 1 пациент исключен из-за злоупотребления алкоголем (AUDIT 17). Группы сопоставимы по полу ($p=0,586$) и возрасту ($56,8 \pm 14,93$ и $57 \pm 16,2$, $p=0,95$). В группе стеатоза достоверно выше ИМТ ($32,4 \pm 5,04$ и $27,9 \pm 5,3$, $p < 0,001$) и окружность талии ($102,8 \pm 11,8$ и $91,1 \pm 11,9$, $p < 0,001$), частота ожирения (68,0 % и 29,7 %, $p=0,001$). Наличие гипертонической болезни (ГБ) ($p=0,53$) и сахарного диабета 2 типа (СД2) ($p=0,069$) сопоставимы. Достоверно значимо ($p=0,041$) наблюдалось более тяжелое поражение легких в группе стеатоза. Установлена связь потребности в назначении БТ со стеатозом (ОШ – 11,4, 95 % ДИ – [3,1–41,5], $p < 0,001$) и ожирением (ОШ – 2,3, 95 % ДИ – [1,02–5,4], $p=0,043$). Для устранения возможного вмешательства влияния ожирения был использован тест Мантла – Хензеля, уточненное ОШ для стеатоза составило 10,2 95 % ДИ [2,6–38,8], $p=0,001$. Связи с СД2 ($p=0,61$) и ГБ не выявлено ($p=0,76$). Установлена связь потребности в назначении антибактериальной терапии (АТ) со стеатозом (ОШ – 3,1, 95 % ДИ – [1,2–8,1], $p=0,017$) и СД2 (ОШ – 6,8, 95 % ДИ – [1,4–32,7], $p=0,008$), связи с ожирением ($p=0,65$) и ГБ не выявлено ($p=0,77$).

Выводы: стеатоз печени оказывал независимое влияние на потребность в назначении биологической терапии. Его наличие, как самостоятельного фактора риска, требует более пристального наблюдения и своевременной коррекции терапии.

149

НЕАЛКОГОЛЬНАЯ ЖИРОВАЯ БОЛЕЗНЬ ПЕЧЕНИ И ОСТЕОПОРОЗ

Фомина Л.А.

Тверской ГМУ, Россия

Неалкогольная жировая болезнь печени (НАЖБП) и остеопороз (ОП) имеют общие факторы риска и могут быть рассмотрены с позиции их коморбидности.

Цель работы: выяснить состояние костной ткани у пациентов с НАЖБП.

Материалы и методы. Обследовано 64 пациента с НАЖБП и 15 пациентов без поражения печени, возраст 54–65 лет. Критерии включения в исследование: данные ультразвукового исследования (УЗИ) печени (наличие/отсутствие признаков НАЖБП) отрицательные результаты на маркеры вирусных гепатитов, исключение употребления алкоголя в гепатотоксических дозах. Проводились УЗИ брюшной полости, денситометрия с уточнением Т-критерия шейки бедра (ШБ) и поясничного отдела позвоночника (ПОП), определялись биохимические показатели крови, характеризующие функциональное состояние печени.

На основании результатов биохимического анализа крови и данных УЗИ печени все пациенты были разделены на 3 группы: контроль (15 человек) – нет нарушения функций печени и изменений по УЗИ печени, 1-я группа (49 человек) – пациенты со стеатозом печени, 2-я – 14 больных со стеатогепатитом.

Результаты. Анализируя данные денситометрии, было установлено, что средние значения Т-критерия в контрольной и 1-й группах не имели статистических различий (контроль: $-0,52 \pm 0,43$ SD в ШБ, $-0,78 \pm 0,39$ SD в ПОП, 1-я группа: $-0,77 \pm 0,64$ SD в ШБ и $-0,81 \pm 0,62$ SD в ПОП). Иные результаты получены в группе пациентов со стеатогепатитом: $-1,78 \pm 1,01$ SD в ШБ и $-1,64 \pm 0,98$ в ПОП, что статистически значимо ($p < 0,05$). Рассматривая индивидуальные значения Т-критерия, установлено, что в контрольной группе ОП выявлялся у 2 (13,3 %), остеопения (Ос) – у 3 (20 %) пациентов. При стеатогепатозе частота обнаружения ОП и Ос статистически не отличалась от контроля (7 (14,3 %) и 10 (20,4 %) соответственно). В группе больных со стеатогепатитом частота выявления ОП была существенно ($p < 0,05$) выше (5 (39,7 %) больных). Остеопения отмечалась у 3 (21,4 %) обследованных.

Заключение. Неалкогольной жировой болезни печени в форме стеатогепатита сопутствует нарушение минеральной плотности костной ткани с высоким риском развития ОП.

148

КЛИНИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ НЕИНВАЗИВНЫХ МЕТОДОВ ДИАГНОСТИКИ ФИБРОЗА И СТЕАТОЗА ПЕЧЕНИ У ПАЦИЕНТОВ С НЕАЛКОГОЛЬНОЙ ЖИРОВОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПЕЧЕНИ

Умярова Р.М.¹, Кулиева А.К.¹, Головкина Н.Л.²¹ Российский университет медицины,² Главный клинический госпиталь МВД России, Москва, Россия

Цель и задачи: оценка диагностической точности предиктивных индексов оценки стеатоза (FLI) и фиброза печени (FIB-4, APRI, NFS) по сравнению с транзитной эластометрией (ТЭ) при идентификации фиброза и стеатоза печени у пациентов с неалкогольной жировой болезнью печени (НАЖБП).

Материалы и методы: научное исследование выполнено на базе ФКУЗ «Главный Клинический Госпиталь МВД России». Включались пациенты с верифицированным диагнозом НАЖБП по данным комплексного клинико-лабораторного и инструментального обследования. Всем пациентам была выполнена оценка индексов фиброза печени FIB-4, APRI, NFS и стеатоза (FLI), неинвазивное определение степени фиброза печени методом транзитной эластометрии (ТЭ), а также измерения затухания ультразвука CAP – определения уровня стеатоза. Сравнение диагностической точности предиктивных индексов фиброза и стеатоза печени (FIB-4, APRI, NFS и FLI) проводилось с ТЭ как референтным методом. Всем пациентам проводилась кистевая динамометрия для определения силы хвата рук (СХР).

Результаты: в исследование был включен 81 пациент с НАЖБП. Оптимальное пороговое значение для индекса FIB-4 > 1,94 для дифференцировки выраженного фиброза и цирроза печени (F3-F4): показатель AUC = 0,792, чувствительность 73,33 %, специфичность 87,69. Для индекса APRI оптимальное пороговое значение > 1,09 для дифференцировки выраженного фиброза и цирроза печени (F3-F4): показатель AUC = 0,701, чувствительность 53,33 %, специфичность 92,31. Для индекса NFS оптимальное пороговое значение > 0,17 для дифференцировки выраженного фиброза и цирроза печени (F3-F4): показатель AUC = 0,565, чувствительность 33,33 %, специфичность 95,31. Достоверной разницы не выявлено.

Выводы или заключение: в исследованной популяции пациентов с НАЖБП наиболее высокую диагностическую точность при идентификации выраженного фиброза и цирроза печени (F3-F4) показали такие предиктивные индексы как FIB-4 (AUC = 0,792) и APRI (AUC = 0,701). СХР может использоваться как дополнительный неинвазивный метод, позволяющий дифференцировать пациентов с выраженным фиброзом и циррозом печени (F3-F4) (AUC = 0,774).

150

ЧАСТОТА РАЗВИТИЯ И ТЯЖЕСТЬ ТЕЧЕНИЯ СТЕАТОЗА ПЕЧЕНИ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ СТЕПЕНЯХ ОЖИРЕНИЯ

Хужамуратов М.Х., Олимзода Н.Х., Аvezов С.А.

Институт гастроэнтерологии, Душанбе, Таджикистан

Повышенное потребление калорий и снижение физической активности способствовали увеличению ожирения и параллельному увеличению распространенности неалкогольной жировой болезни печени (НАЖБП).

Цель: изучение клинических, инструментальных и биохимических показателей функционального состояния печени у больных с различными степенями ожирения.

Материал и методы. Проанализированы результаты исследования 43 больных с различными степенями ожирения (18 мужчин и 25 женщин, средний возраст – $49,42 \pm 1,69$ лет) и 20 здоровых лиц с нормальной массой тела (7 мужчин и 13 женщин, средний возраст – $47,72 \pm 4,82$ лет). Стеатоз печени диагностирован на основании совокупности клинических, лабораторных, сонографических показателей и фиброскана.

Результаты исследования. При сонографии легкой стеатоз наблюдался у 23,2 % больных, умеренный – у 44,2 % и тяжелый – у 11,6 %. При ожирении I, II и III степени легкой стеатоз встречался у 36, 9 и 9 %, умеренный – у 27, 82 и 54 %, тяжелый – у 0,11 и 36 % больных соответственно. По мере нарастания степени ожирения отмечался прирост признаков воспалительного процесса в печени, что свидетельствует о развитии стеатогепатита у 45 % больных с I, у 82 % – II и у 91 % – III степени ожирения. У части больных имелась тенденция к уменьшению тромбоцитов и повышение концентрации билирубина. С индексом массы тела положительно коррелировали активность АсАТ и АлАТ, содержание билирубина в сыворотке крови, сонографическая степень стеатоза печени и показатель стеатоза по фиброскану. Содержание тромбоцитов в периферической крови отрицательно коррелировало с инструментальными показателями стеатоза. Активность щелочной фосфатазы и гаммаглутаминпептидазы существенно не изменялась и не зависела от степени стеатоза печени и ожирения.

Заключение. Тяжесть течения стеатоза печени и частота развития стеатогепатита и фиброза печени зависят от степени ожирения. Ожирение, вызывая метаболическую дисфункцию, способствует прогрессированию простого стеатоза в стеатогепатит, фиброз и цирроз печени.

151

СНИЖЕННАЯ ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ АКТИВНОСТЬ НК-КЛЕТОК КРОВИ У БОЛЬНЫХ ВИРУСНЫМ ГЕПАТИТОМ «С» С ВЫРАЖЕННЫМ ФИБРОЗОМ ПЕЧЕНИ

Черепнин М.А., Цуканов В.В., Савченко А.А., Васютин А.В., Тонких Ю.Л.

ФИЦ КНЦ СО РАН, НИИ медицинских проблем Севера, Красноярск, Россия

Цель работы – исследовать ассоциацию экспрессии маркеров CD38 и CD73 на НК-клетках крови с выраженностью фиброза печени у больных хроническим вирусным гепатитом «С» (ХВГС).

Материалы и методы. Было обследовано 74 больных с 1 генотипом ХВГС (38 мужчин и 36 женщин, средний возраст – 42,7 лет), и 20 здоровых лиц (10 мужчин и 10 женщин, средний возраст – 42,1 лет). ХВГС диагностировали на основании рекомендаций EASL (2018). Всем пациентам выполняли стандартные лабораторные и инструментальные исследования, эластометрию печени на аппарате Aixplorer (Франция). НК-клетки (CD3⁺ CD56⁺ CD45⁺) крови и наличие на их мембране маркеров CD38 и CD73 определяли на проточном цитофлуориметре Navios (США).

Результаты. Наличие маркеров CD38 и CD73 на мембране НК-клеток ассоциировано со снижением их функциональной активности. Содержание НК-клеток, экспрессирующих оба маркера (CD38⁺ CD73⁺), составило (Me [C₂₅-C₇₅]) 0,81 % (0,39 %–1,3 %) у больных ХВГС с фиброзом печени F3-F4 по METAVIR, 0,49 % [0,15 %–0,64 %] у лиц с ХВГС и фиброзом печени F0-F1-F2 по METAVIR ($p_{1-2} = 0,03$) и 0,001 % [0,00 %–0,10 %] у здоровых лиц ($p_{1-3} < 0,001$; $p_{2-3} < 0,001$). У больных ХВГС в сравнении со здоровыми лицами было повышено содержание CD38⁺ CD73⁺ и CD38⁺ CD73⁻ и снижено содержание CD38⁻ CD73⁺ НК-клеток в крови. Но количество этих клеток у больных ХВГС с разной выраженностью фиброза печени не имело достоверных отличий.

Заключение. У больных с 1 генотипом ХВГС и наличием выраженного фиброза печени, повышался уровень CD38⁺ CD73⁺ НК-клеток, которые обладают сниженной функциональной активностью. Полученные данные верифицируют идею о возможности активации НК-клеток для иммунотерапии фиброза печени у пациентов с ХВГС.

153

УРОВЕНЬ НАТРИЯ И ХЛОРА В СЫВОРОТКЕ КРОВИ У ПАЦИЕНТОВ С ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ

Шоломицкая-Гулевич И.А., Капралов Н.В., Курченкова В.И.

Белорусский государственный медицинский университет, Минск, Беларусь

Цель: определить концентрацию натрия и хлора в сыворотке крови у пациентов с различными стадиями цирроза печени (ЦП).

Материал и методы. Проведен ретроспективный анализ 94 пациентов с ЦП. Среди больных преобладали мужчины (69 %), а средний возраст составлял 51,1 ± 8,4 год. Основными этиологическими факторами были алкоголь (76,6 % случаев), жировая болезнь печени (16 % пациентов) и вирусы гепатитов (7,4 % больных). У всех пациентов были определены уровни билирубина, альбумина, креатинина, МНО, а также концентрации натрия и хлора в сыворотке крови. Нормальными считали уровни натрия в сыворотке крови 136–145 ммоль/л, хлора – 98–107 ммоль/л. Оценка тяжести состояния пациентов с ЦП проведена по шкалам Чайлд – Пью и MELD (с поправкой на натрий, 2016). В исследование не включали пациентов с гепатоцеллюлярной карциномой, трансплантацией печени в анамнезе и с острой печеночной недостаточностью.

Результаты. По результатам исследований пациенты были распределены на три группы. В I группу включено 46 (49 %) пациентов с компенсированным ЦП (класс тяжести А по Чайлд – Пью и более 9 баллов по MELD). Концентрации натрия и хлора в сыворотке крови у всех пациентов I группы были в пределах нормальных значений. II группу составили 30 (31,9 %) пациентов в стадии субкомпенсации (класс тяжести В по Чайлд – Пью, 10–19 баллов по MELD). Среди больных этой группы гипонатриемия наблюдалась в 23 % случаях, а гипернатриемия – у 1 (3,33 %) больного. Нормальные значения хлоридов регистрировали у 24 (80 %) пациентов, гипохлоремия – у 4 (13,3 %), а гиперхлоремия – у 2 (6,7 %) больных. В III группу включено 18 (19,1 %) пациентов (класс тяжести С по Чайлд – Пью, 20–29 баллов по MELD). Среди пациентов этой группы гипонатриемия наблюдалась в 8 (44,4 %) случаях, а в 3 (16,7 %) случаях гипернатриемия. Гипохлоремия зарегистрирована у 3 (16,7 %) больных, а гиперхлоремия – у 2 (11,1 %) пациентов. Между значениями натрия и хлора в сыворотке крови зарегистрирована прямая корреляционная зависимость средней силы ($r = 0,633$, $p = 0,005$). При однофакторном анализе как натрия, так и хлор были связаны с декомпенсацией ЦП.

Заключение. У пациентов с ЦП нередко регистрируются нарушения уровней натрия и хлорида в сыворотке крови. Гипохлоремия встречается реже, чем гипонатриемия и, вероятно, это может указывать на более глубокие нарушения гомеостаза и неблагоприятный прогноз течения болезни.

152

МОЛЕКУЛЯРНО-ГЕНЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ПЕЧЕНИ У БОЛЬНЫХ ЦИРРОЗОМ И НЕАЛКОГОЛЬНОЙ ЖИРОВОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПЕЧЕНИ

Шапошников А.В., Юрьева Е.А.

Национальный медицинский исследовательский центр онкологии, Ростов-на-Дону, Россия

Цель работы: изучить альтерации генов, ответственных за энзиматическую функцию печени у больных циррозом печени (ЦП) и неалкогольной жировой болезнью печени (НАЖБП).

Материалы и методы. Для клинической оценки энзиматической функции печени определялись следующие биохимические показатели: аланинаминотрансфераза (АЛТ); аспартатаминотрансфераза (АСТ); гаммаглутамилтрансфераза (ГГТ); щелочная фосфатаза (ЩФ). Проведен анализ копийности таргетных генов *GGT1*, *GOT1*, *GPT1* и *ALPL* во внеклеточной ДНК (вДНК) плазмы крови у 25 больных ЦП, 20 больных НАЖБП и 20 доноров без патологии печени, а также в образцах ткани печени у 20 больных с НАЖБП, 25 пациентов с ЦП из FGPE-блоков. Оценку показателя относительной копийности генов проводили методом количественной ПЦР в режиме реального времени (RT-qPCR).

Результаты. При сопоставлении биохимических и молекулярно-генетических данных у пациентов с ЦП и НАЖБП относительно здоровых доноров выявлено, что изменение активности фермента АЛТ не связано с изменением копийности гена *GPT1* ($r = 0,086$). Изменение активности ферментов АСТ и ГГТ у больных ЦП и НАЖБП не ассоциировано с повышением копийности генов *GOT1* ($r = 0,114$) и *GGT1* ($r = -0,104$), соответственно. Однако, у пациентов с ЦП и НАЖБП наблюдается сильная положительная корреляция активности ЩФ и копийности гена *ALPL* ($r = 0,904$) относительно здоровых доноров. При исследовании образцов ткани печени у больных НАЖБП выявлено увеличение копийности гена *GGT1* в 2,7 раза ($p < 0,005$), гена *ALPL* в 2,6 раза ($p < 0,005$) и снижение копийности гена *GOT1* в 1,5 раза ($p < 0,005$). Копийность гена *GGT1* у больных ЦП снижена в 2,7 ($p < 0,005$) раза.

Выводы. Выявленные изменения копийности гена *ALPL* в плазме крови у больных ЦП и НАЖБП, которые коррелируют с повышением уровня ЩФ, а также колебания уровней копийности в тканях, могут быть связаны с соматическими альтерациями генов в измененной структуре печени.

154

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ БОЛЕЗНИ ВИЛЬСОНА – КОНОВАЛОВА

Юлдошева З.Х., Пулатов Д.И.

Институт гастроэнтерологии, Душанбе, Таджикистан

Цель: изучить особенности течения болезни Вильсона – Коновалова.

Материалы и методы. Проведено ретроспективное и проспективное исследование 22 больных с болезнью Вильсона – Коновалова, проходивших стационарное лечение в клинике Института гастроэнтерологии. Возраст больных колебался от 9 до 27 лет (средний возраст – 15,45 ± 3,99). Клинический диагноз был установлен на основании жалоб, анамнеза заболевания и анамнеза жизни (наличие близкородственного брака у родителей, наличие данной патологии у скольких детей), общеклинических, биохимических, вирусологических и лабораторно-инструментальных методов. Были определены уровень фермента церулоплазмينا и меди в крови, уровень меди в суточной моче. При установке диагноза использовалась классификация цирроза печени (ЦП) по Чайлд – Пью – Туркот и MELD.

Результаты исследования. ЦП класса А по Чайлд – Пью было 8 (36,3 %) больных, класс В – 10 (10 %) больных, класс С – 4 (18,1 %) больных. Больные жаловались на желтушность кожных покровов – 22 (100 %), покраснение цвета мочи – 19 (86,3 %), увеличение объема живота – 3 (13,6 %), гиперпигментацию кожи – 5 (22,7 %). Лабораторные данные: повышение АлАТ – до 145 Е/л, АсАТ – до 90 Е/л, холестерина – до 6,9 ммоль/л, ЩФ – до 645 ЕД, общего билирубина – до 75,5 ммоль/л (свободного билирубина – 34,6 ммоль/л, связанного билирубина – 40,9 ммоль/л). Отмечалось значительное снижение уровня меди в крови – до 6,8 мкмоль/л ($N = 12,58–24,38$ мкмоль/л), и церулоплазмينا – 0,12 г/л ($N = 0,20–0,60$ г/л). НВsAg и anti-HCV – отрицательные. При осмотре офтальмолога кольца Кайзера – Флейшера обнаружены у 19 (86,3 %) пациентов. Было назначено специфическое лечение – куприл 20 мг/кг/сутки и симптоматическое лечение. Проведенная терапия показала заметное улучшение состояния больных: просветление цвета мочи, уменьшение желтушного синдрома, уменьшение объема живота.

Выводы. Особенности течения болезни Вильсона – Коновалова: 1) раннее развитие ЦП в течение 6–7 лет еще в молодом возрасте; 2) наличие холестазного синдрома; 3) наличие колец Кайзера – Флейшера. Раннее выявление заболевания и назначение специфической терапии способствует профилактике прогрессирования заболевания и удлинению жизни детей.

Желчный пузырь и желчевыводящие пути

155

ЛИМОМА ХОДЖКИНА, ПРОТЕКАВШАЯ ПОД МАСКОЙ ХРОНИЧЕСКОГО РЕЦИДИВИРУЮЩЕГО КАЛЬКУЛЕЗНОГО ХОЛЕЦИСТИТА

Аснер Т.В., Калягин А.Н., Синдышева Н.Г.

Иркутский государственный медицинский университет, Россия

Цель – представить сложности диагностики лимфомы Ходжкина, протекавшей с поражением лимфоузлов гепатобилиарной зоны.

Представлен клинический случай. Больная Д., 57 лет, поступила в ГКБ № 1 г. Иркутска 27.10.2023 г. Основные жалобы: лихорадка свыше 38°C, слабость, похудание. Заболела в мае 2023 г. Обследовалась и лечилась по поводу необструктивного пиелонефрита, принимала антибиотики с переменным успехом, лихорадка сохранялась. В ГКБ № 1 при поступлении диагностирован хронический калькулезный холецистит. При ультразвуковом исследовании органов брюшной полости выявлена лимфаденопатия парапанкреатических лимфоузлов. Внезапно 01.11.2023 г. у пациентки возник приступ биллиарной боли, сопровождался механической желтухой и изменениями в крови воспалительного характера. Переведена в хирургическое отделение для решения вопроса об оперативном лечении. Проведена УЗ эндоскопия панкреатобилиарной зоны, которая выявила специфическую лимфаденопатию в области ворот печени и гепатодуоденальной связки – лимфоузлы до 15–24 мм. Заподозрено лимфопрлиферативное заболевание печени, биллиарной системы, направлена в Областную онкологический диспансер (ООД) для уточнения диагноза и решения вопроса о дальнейшем лечении. В ООД проведена лапаротомия, холецистэктомия, забрюшинная лимфаденэктомия. Проведено иммуногистохимическое исследование. Выявлены клетки со следующим фенотипом: CD 3 – CD 20 – CD 30 + рах5+ Ki-67+.

Выставлен диагноз: Лимфома Ходжкина смешанно-клеточный вариант с поражением лимфоузлов (медиастинальной области, области ворот печени, гепатодуоденальной связки, забрюшинных, тазовых), печени, костного мозга IVB стадия. IV клиническая группа. Проведена полихимиотерапия, получен полный метаболический ответ.

Заключение. Трудности диагностики в данном случае обусловлены появлением казалось бы типичного приступа желчной колики, но длительная лихорадка, похудание, отсутствие ранее клинических проявлений желчнокаменной болезни, позволили заподозрить злокачественное новообразование и провести тщательное дообследование – УЗ эндоскопию.

157

ИЗУЧЕНИЕ НАРУШЕНИЙ МЕТАБОЛИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ХОЛЕЦИСТИТЕ С ИЗБЫТОЧНЫМ ВЕСОМ

Демидова Н.А., Габбасова Л.В., Волевач Л.В., Гурьев Р.Д., Шакирова И.И., Гарнипова Р.А.

Башкирский государственный медицинский университет, Уфа, Россия

Цель: изучение показателей липидного обмена, лептина, уровня лептинорезистентности при хроническом холецистите в сочетании с избыточным весом у лиц молодого возраста для оптимизации диагностических и профилактических мероприятий.

Материалы и методы. Согласно стандарту диагностики обследовано 66 пациентов с хроническим бескаменным холециститом (ХБХ) с избыточной массой тела (ИМТ), 48 пациентов с ХБХ без избыточного веса, 36 здоровых лиц в возрасте 18–45 лет, группа контроля (КГ). В комплексном исследовании проводили оценку показателей липидного обмена, лептина, уровня лептинорезистентности. Для статистического подсчета применены программы: Statistica, MS Excel, SPSS.

Результаты и обсуждение. У лиц с ХБХ обнаружена тенденция к повышению уровня общего холестерина, в сравнении с КГ, у лиц с ИМТ это выявлено в большей степени ($p < 0,001$). Содержание ХС ЛПВП у пациентов с ХБХ с нормальным весом ($p < 0,001$), с ИМТ ($p < 0,001$) достоверно ниже, чем в КГ. ХС ЛПНП: у пациентов с ХБХ с нормальным весом этот показатель был достоверно выше, чем в группе КГ ($p < 0,01$), и еще более высокий у пациентов с ИМТ ($p < 0,001$). Уровень ТГ также значительно колебался у пациентов с ИМТ ($p < ,001$) по сравнению с КГ и с группой ХБХ с нормальным весом ($p < 0,05$). В результате изучения отклонений от нормы показателей липидного обмена выявлено, что у пациентов с ХБХ имеет место дислипидемия. У лиц с ХБХ с нормальным весом – в 14,6 %, с ИМТ в 21,2 % случаев, что может способствовать формированию биллиарного сладка и конкрементов. У лиц с ИМТ индекс лептинорезистентности достоверно отличался от лиц КГ ($0,8 \pm 0,05$, $p < 0,001$). Лептинорезистентность прогрессировала с увеличением массы тела ($p < 0,001$).

Выводы. Таким образом, у лиц с ХБХ отмечается достоверное изменение показателей липидного профиля, а также лептина, лептинорезистентности, причем больше выражена у пациентов с ХБХ при ИМТ, что свидетельствует о метаболических нарушениях и является дополнительным фактором риска калькулезного холецистита, ожирения.

156

ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ХОЛЕЦИСТИТЕ С ИЗБЫТОЧНЫМ ВЕСОМ

Демидова Н.А., Волевач Л.В., Габбасова Л.В., Шакирова И.И., Нафикова А.Ш., Муфтагетдинова А.И.

Башкирский государственный медицинский университет, Уфа, Россия

Цель исследования: оценка качества жизни при хроническом холецистите в сочетании с избыточным весом у лиц молодого возраста для оптимизации диагностических и профилактических мероприятий.

Материалы и методы исследования. Согласно стандарту диагностики обследовано 66 пациентов с хроническим бескаменным холециститом (ХБХ) с избыточной массой тела (ИМТ), 48 пациентов с ХБХ без избыточного веса, 36 здоровых лиц в возрасте 18–44 лет. В комплексном исследовании биллиарной системы у пациентов были изучены показатели качества жизни пациентов с применением методики SF-36. Для статистического подсчета применены программы: Statistica, MS Excel, SPSS.

Результаты и обсуждение. В группе пациентов с ХБХ наибольшие отличия от показателей здоровых лиц отмечены по шкалам физической боли (Б), ролевого физического функционирования (РФФ) и ролевого эмоционального функционирования (РЭФ) – на 41,7, 37,5, и 39,5 % соответственно, с наименьшими показателями по шкале физической боли (Б). Различия по шкалам общего здоровья (ОЗ), социального функционирования (СФ), психологического здоровья (ПЗ) и жизнеспособности (Ж) были несколько меньше – на 31,3; 22,9; 18,8 и 20,8 % соответственно, $p < 0,001$. Среди пациентов с ХБХ с ИМТ наибольшее отличие от показателей качества жизни контрольной группы имели шкалы РЭФ, РФФ и Б – соответственно на 42,4; 39,4 и 42,4 % меньше в сравнении с контрольной группой. Выявлены отличия при сопоставлении шкал ОЗ, ПЗ, СФ и Ж – соответственно на 31,8; 24,2, 24,2 и 21,2 %, $p < 0,001$.

Выводы. Таким образом, у всех пациентов с хроническим холециститом выявлены наиболее низкие показатели качества жизни по шкалам ролевого эмоционального функционирования, ролевого физического функционирования и физической боли, однако, наиболее значимые изменения отмечены у пациентов с хроническим бескаменным холециститом при избыточной массе тела.

158

ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНЫЙ ХОЛЕЛИТИАЗ И ЕГО ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ

Иванов Л.Н.¹, Колотилова М.Л.², Алексеева Н.В.¹¹ Чувашский государственный университет им. И.Н. Ульянова, Чебоксары;² Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова (Сеченовский Университет), Москва; Россия

Целью исследований явилось воспроизведение холелитиаза и его профилактика лекарственными средствами.

Материалы и методы. Опыты проводились на морских свинках в двух сериях по 10 животных в каждой серии. Животным первой серии с целью воспроизведения холелитиаза вводили внутримышечно 40 % масляный раствор четыреххлористого углерода в течение 5 дней и ежедневное пероральное кормление свиным жиром из расчета 4 мг/кг. Морские свинки второй серии получали с первого дня эксперимента лекарственные средства (силмар и одестон) на фоне модели холелитиаза. Животные обеих групп были выведены из эксперимента на 31-й день. Для биохимических исследований у них брали кровь. Подопытные животные второй группы сравнивались с интактной и первой сериями.

Результаты. Как показали биохимические исследования, в сыворотке крови животных первой серии (по сравнению с интактными) уровень общего холестерина достоверно повысился с $1,05 \pm 0,02$ до $1,9 \pm 0,03$ ($p < 0,001$), содержание общего билирубина достоверно увеличилось с $6,8 \pm 0,25$ до $9,3 \pm 0,56$ ($p < 0,001$). При микроскопическом исследовании пузырной желчи микролиты были выявлены у 75 % подопытных свинок первой серии.

У животных второй серии по сравнению с показателями первой серии уровень общего холестерина снизился на 37 % с $1,63 \pm 0,24$ до $1,02 \pm 0,09$ ($p < 0,015$), уровень общего билирубина снизился на 11 % с $7,4 \pm 0,16$ до $6,6 \pm 0,16$ (недост.), снижение уровня щелочной фосфатазы на 9 % с $773,5 \pm 3,84$ до $704,0 \pm 2,66$.

Заключение. По итогам сравнения результатов можно сделать заключение, что введение четыреххлористого углерода (токсический гепатит) на фоне экзогенной гиперхолестеринемии вызывает образование микролитов у 75 % подопытных животных этой серии. Комплексное применение силмара и одестона оказывает антихолелитиазный эффект, что делает возможным их применение для профилактики холелитиаза у человека.

159

АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ТРАДИЦИОННОГО ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ СЛОЖНЫХ ФОРМ ХОЛЕДОХОЛИТИАЗА

Кадыров Д.М., Табаров З.В., Кодиров Ф.Д.

Институт гастроэнтерологии Республики Таджикистан,
Душанбе, Таджикистан

Актуальность. Холедохолитиаз (ХЗ) является одним из тяжелых осложнений желчнокаменной болезни (ЖКБ). Несмотря на применение малоинвазивных методов диагностики и лечения, традиционные хирургические вмешательства остаются основными методами лечения ХЗ. Вместе с тем, наличие механической желтухи (МЖ) тяжелой степени у больных ХЗ повышает риск послеоперационных осложнений и летальности.

Цель: повышение эффективности лечения больных ЖКБ, осложненной холедохолитиазом и механической желтухой.

Материалы и методы. С 2010 по 2022 годы в хирургическом отделении Института гастроэнтерологии проведено лечение 173 пациентов, страдающих ЖКБ, осложненной ХЗ. Диагноз установлен на основании клинической картины, данных лабораторного и инструментального обследования. Все больные в зависимости от тяжести МЖ распределены на четыре группы: у 40 больных ХЛ диагностирован при традиционной холецистэктомии путём холангиографии; у 49 больных имелась МЖ легкой степени (класс А); в 41 случаях – МЖ средней степени тяжести (класс В); в 43 случаях – МЖ тяжелой степени (класс С). У 34 (19,6 %) больных до или во время операции диагностирован синдром Мирizzi различных типов.

Результаты. Методы операций, выполненных при ХЗ: холецистэктомия (ХЭ) с холедохолитотомией (ХЛТ) и наружным дренированием (НД) Т-образной трубкой или по Вишневскому – 117 больных, ХЭ с ХЛТ и ХДА по Финстереру – 48, ХЭ + ХЛТ + трансдуоденальная папиллосфинктеротомия – 2, ХЛТ + гепатикоанастомозия по Ру – 4, ХЭ + ХЛТ + НД по Холестеду – 2. Частота осложнений и летальности коррелировала с тяжестью МЖ. В первой группе при отсутствии МЖ частота осложнений была минимальной и связана она с техническими погрешностями при дренировании желчных протоков. Летальных исходов не наблюдалось. Частота летальных исходов в группах с МЖ составила 1 %, 4,9 %, 9,3 % соответственно.

Выводы. При традиционном хирургическом лечении холедохолитиаза МЖ и холангит являются факторами повышения риска послеоперационных осложнений и летальности. По этой причине холедохолитиаз, осложненный МЖ средней и тяжелой степени является показанием к двухэтапному лечению с применением малоинвазивной технологии.

161

СИНДРОМ МИРИZZИ: ДИАГНОСТИКА, МЕХАНИЗМ ФОРМИРОВАНИЯ И ТАКТИКА ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ

Кадыров Д.М., Табаров З.В., Кодиров Ф.Д.

Институт гастроэнтерологии Республики Таджикистан,
Душанбе, Таджикистан

Цель. Улучшение результатов лечения больных с синдромом Мирizzi (СМ) путем совершенствования диагностики и разработки хирургической тактики.

Материал и методы. Анализированы результаты диагностики и хирургического лечения 34 больных калькулезным холеститом, осложненным СМ в возрасте от 33 до 76 лет. Женщин было 25 (74,1 %), мужчин – 9 (25,9 %). Все больные госпитализированы с синдромом механической желтухи (МЖ), из которых у 18 (23,7 %) желтуха сопровождалась острым холангитом. Стеноз БДС диагностирован у 14 (41,1 %) больных. Диагностика типов СМ проводилась с помощью УЗИ, чрескожной и операционной холангиографии. Тяжесть МЖ оценивалась по классификации Э.И. Гальперина (2014): класс А – 9,6 %; В – 29 %; С – 61,3 %. У 26 больных применены традиционные одноэтапные операции, у 8 – двухэтапные с предварительной чрескожной декомпрессией желчных протоков.

Результаты. Выделены четыре типа СМ согласно классификации Mc Sherry (1982) с дополнениями Белекова (2013). Метод операции зависит от типа СМ. При I типе операции выбора является холецистэктомия с наружным дренированием холедоха или без него. При II типе оптимальна субтотальная холецистэктомия с пластикой дефекта холедоха лоскутом желчного пузыря с наружным дренированием холедоха или холедоходуodenостомией. При III типе – холедохолитотомия с наружным дренированием холедоха или с формированием холедоходуоденоанастомоза. При IV типе операции должны завершаться наложением высоких билиодигестивных анастомозов по Ру, при его невозможности – каркасное дренирование долевых протоков. Анализ результатов лечения показал, что при традиционных одноэтапных операциях, выполненных у 26 больных СМ, из-за длительной МЖ у большинства больных п/о период протекал тяжело. Послеоперационные осложнения (ПО) развились у 12 (21,7 %) больных. Летальный исход наблюдался у одного (3,8 %) больного. При двухэтапном хирургическом лечении ПО наблюдалось лишь у одного (12,5 %) больного, летальных исходов не было.

Заключение. Дооперационная диагностика СМ способствует выбору оптимального варианта операции. Этапная тактика хирургического лечения согласно тяжести МЖ и типам СМ, обеспечивает удовлетворительные результаты лечения.

160

ЛУЧЕВАЯ ДИАГНОСТИКА И ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ СИНДРОМА МИРИZZИ

Кадыров Д.М., Табаров З.В., Кодиров Ф.Д.

Институт гастроэнтерологии Республики Таджикистан,
Душанбе, Таджикистан

Цель: оценка эффективности предоперационной диагностики, способов малоинвазивной декомпрессии желчных протоков при синдроме Мирizzi (СМ) и анализ результатов хирургического лечения при традиционном и этапном подходе к выбору метода операции.

Материал и методы. Обобщен опыт лечения 32 больных с СМ в возрасте от 34 до 76 лет. Средний возраст составил 54,8 года. Мужчин было 9 (28,1 %), женщин – 23 (71,8 %). Диагноз устанавливали на основании жалоб, объективных данных, лабораторных методов, ультразвукового исследования, чрескожной чреспеченочной холангиографии, компьютерной томографии и магнитно-резонансной томографии. Визуализацию внепеченочных желчных протоков (ВЖП) для выбора малоинвазивного метода устранения механической желтухи (МЖ) проводили путем ЧЧХГ, чрескожной холестихолангиографии (ЧЧХГ), интраоперационной холангиографии.

Результаты. Проведен анализ диагностики и лечения больных с СМ при МЖ с явлениями холангита и без холангита. Следует отметить, что антеградное контрастирование ВЖП позволило у всех больных без осложнений выявить СМ I типа, а применение ретроградного контрастирования у пациентов с СМ II типа снижало диагностическую ценность контрастирования с осложнениями у каждого пятого. Пункционное дренирование желчных протоков при СМ I типа было эффективно у всех больных, а эндоскопическая ЛЭ после ЭПСТ оказалась успешной только у 13,3 % больных. При анализе данных отмечена низкая эффективность консервативных методов лечения СМ. Сочетание консервативного лечения с антеградной декомпрессией ВЖП путем пункционного дренирования ЖП в 7 раз превышало эффективность разрешения МЖ с использованием ретроградной декомпрессии ВЖП путем ЭПСТ. Все больные были оперированы. У оперированных по экстренным показаниям при прогрессировании МЖ летальность достигала 60 %, а после плановых операций умерших не было. Общая летальность составила 11,9 %.

Выводы. Сложности дооперационной диагностики СМ связаны с отсутствием специфических клинических симптомов больных с холедохолитиазом. Формулировка диагноза зависит от результатов информативных лучевых методов исследования. Выбор метода операции зависит от результатов предоперационной и интраоперационной диагностики типа СМ.

162

АНТЕГРАДНАЯ ХОЛАНГИОГРАФИЯ И БИЛИАРНАЯ ДЕКОМПРЕССИЯ В ДИАГНОСТИКЕ И ЭТАПНОМ ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ СИНДРОМА МИРИZZИКадыров Д.М., Табаров З.В., Кодиров Ф.Д., Шосаидзода С.С.,
Ганиев И.С.Институт гастроэнтерологии Республики Таджикистан,
Душанбе, Таджикистан

Цель: улучшение результатов диагностики и лечения больных синдромом Мирizzi (СМ) путем применения рациональной диагностики и хирургической тактики.

Материал и методы. Анализированы результаты 38 больных холеститом, осложненным СМ. Возраст больных – от 33 до 76 лет. Женщин было 29 (74,1 %), мужчин – 9 (25,9 %). Холедохолитиаз диагностирован у всех (100 %) больных. Большинство больных (35 или 94,7 %) были госпитализированы с синдромом механической желтухи, из которых у 24 (23,7 %) желтуха сопровождалась острым холангитом. Стеноз БДС диагностирован у 14 (41,1 %) больных. Диагностика типов СМ проводилась с помощью УЗИ, чрескожной и операционной холангиографии. Тяжесть механической желтухи оценивалась согласно классификации Э.И. Гальперина (2014).

Результаты. У 28 применены традиционные одноэтапные операции, у 10 – двухэтапные с предварительной чрескожной антеградной декомпрессией желчных протоков. Метод операции зависит от типа СМ. При I типе СМ операции выбора является холецистэктомия, завершенная наружным дренированием холедоха или без него. При II типе оптимальна субтотальная холецистэктомия с пластикой дефекта холедоха лоскутом желчного пузыря с наружным дренированием холедоха или холедоходуоденоанастомозом. При III типе – холедохолитотомия с наружным дренированием холедоха или с формированием холедоходуоденоанастомоза при выраженной эктазии холедоха или наличии стеноза БДС. При IV типе СМ операции должны завершаться наложением высоких билиодигестивных анастомозов по Ру, при его невозможности – каркасное дренирование долевых протоков У-образной трубкой.

Выводы. Двухэтапная тактика хирургического лечения с предварительной антеградной декомпрессией желчных обеспечивает хорошие результаты лечения у больных группы высокого риска.

163

ЯТРОГЕННЫЕ ПОВРЕЖДЕНИЯ И РУБЦОВЫЕ СТРИКТУРЫ ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКОВ

Кадыров Д.М., Табаров З.В., Шосаидзода С.С.

Институт гастроэнтерологии Республики Таджикистан, Душанбе, Таджикистан

Цель: улучшение результатов лечения ятрогенных повреждений и стриктур внепеченочных желчных протоков.

Материал и методы. Нами наблюдался 41 больной с ятрогенными повреждениями и рубцовыми стриктурами ВЖП, у которого были выполнены реконструктивные операции на желчных протоках. Женщин было 30 (73,2 %), мужчин – 11 (26,8 %). Возраст пациентов варьировался от 24 до 70 лет. Полное пересечение ВЖП было у 9 (21,9 %) пациентов. Из них у 4 (9,7 %) больных повреждение получено при выполнении традиционной холецистэктомии, у 2 (4,9 %) – при лапароскопической холецистэктомии и у 3 (7,3 %) – при холецистэктомии из мини-доступа. По поводу острого калькулезного холецистита оперированы 5 (12,1 %) больных, по поводу хронического калькулезного холецистита – 4 (9,7 %) больных. При поступлении уровень общего билирубина сыворотки крови в среднем равнялся 215,2 (54,2–479,2) мкмоль/л.

Результаты. Большинство больных с механической желтухой поступали в стационар в течение первого месяца с момента появления желтухи (60 %). Клинико-инструментальные проявления холангита были у 24 больных (58,5 %). У 2 больных (4,8 %) с длительной и рецидивирующей обструкцией желчных протоков, гнойным холангитом был выявлен билиарный цирроз печени. У 4 больных (9,7 %) имелся полный наружный желчный свищ. Всем больным с гипербилирубинемией выше 200 мкмоль/л в качестве первого этапа операции проведено антеградное билиарное дренирование. МЖ. Уровень блокады оттока желчи мы классифицировали по Bismuth – Гальперину (2002).

Выводы. Оптимальным способом коррекции «свежих» поврежденных желчных протоков с желчным перитонитом является временное наружное дренирование с последующей реконструктивно-восстановительной операцией; при ятрогенных стриктурах с высокой механической желтухой – предварительное антеградное холангиодренирование и вторым этапом – гепатикоэностомия с отключенной по Ру петлей тонкой кишки.

165

ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ, ОСЛОЖНЕННОЙ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХОЙ И ХОЛАНГИТОМ

Табаров З.В., Кадыров Д.М., Кодиров Ф.Д.

Институт гастроэнтерологии, Душанбе, Таджикистан

Цель: разработать и обосновать лечебную тактику желчнокаменной болезни (ЖКБ), осложненной механической желтухой (МЖ) и холангитом.

Материал и методы. Проведен ретроспективный анализ результатов диагностики и лечения 829 больных различными формами ЖКБ, госпитализированных в хирургических отделениях Института гастроэнтерологии за последние 10 лет. Среди них 51 (6,1 %) пациент выделен с тяжелым течением заболевания, осложненным МЖ и холангитом. В результате обследования хронический холангит выявили у 23 больных, различные формы острого холангита – у 15, резидуальный холедохолитиаз – у 13. Тяжесть холангита оценена как Grade I у 10 %, Grade II – у 71 %, Grade III – у 19 % больных.

Результаты. Эндоскопические вмешательства с последующей холецистэктомией в сроки от 3 дней до 4 месяцев выполнили 22 больным. Выполнение эндоскопической ХЛЭ в сочетании с холецистэктомией в ходе одной операции предприняли у 6 больных: лапароскопически (n = 3), по методике «рандеву» (n = 2), лапаротомным доступом (n = 1). Операции завершили дренированием холедоха по Керу (n = 5) и по Холстеду (n = 1). Анализ непосредственных результатов хирургического лечения больных позволил установить, что послеоперационные осложнения развились у 5 больных, в их числе кровотечения (n = 3: при ЭТВ – 2, при холедохолитомии – 1) и острый послеоперационный панкреатит (n = 2 при ЭТВ). Причиной развития осложнений явились воспалительные изменения стенки холедоха и БСДК в сочетании с широкой папиллотомией (8–10 мм) по причине крупного (> 10 мм) конкремента. Оставление конкрементов после первой операции отмечено у 6 больных: в 5 случаях – при транспапиллярных вмешательствах и в 1 случае – при попытке одноэтапного лечения. Причинами выполнения неадекватной операции стали: высокий риск повреждения воспаленной стенки желчевыводящих путей в сочетании с множественным или крупным конкрементом (n = 5), декомпенсация сопутствующей патологии (n = 1).

Выводы. Механическая желтуха и холангит при холедохолитиазе сопровождается более тяжелыми морфофункциональными нарушениями в печени. Оптимальной тактикой является предварительное холангиодренирование с последующей радикальной операцией.

164

ДИАГНОСТИКА ПЕРВИЧНОГО БИЛИАРНОГО ХОЛАНГИТА

Мироджов Г.К., Рахимова Х.К., Тухтаева Н.С., Абдувахובה Н., Зокиров Х.Ш.

Институт гастроэнтерологии, Душанбе, Таджикистан

Цель исследования явилось изучение клинических, биохимических показателей и их корреляционная связь при ПБХ в зависимости от стадии патологического процесса в печени.

Материалы и методы. Под наблюдением находились 42 пациента. Диагноз устанавливался на основании клинических, инструментальных биохимических, и иммунологических исследований. Пациенты разделены на две группы: 1-я группа – 8 пациентов без признаков цирроза; 2-я группа – 34 пациента с клиническими проявлениями цирроза печени.

Результаты исследования. Клинически, если у пациентов первой группы отмечались только слабость и кожный зуд, то во второй группе пациентов признаки были более выражены: отмечались сухость кожных покровов с ксантелазмами, участки гиперпигментации на теле, желтушность, уменьшение мышечной массы, у 10 пациентов имелись отеки нижних конечностей и асцит. При исследовании функционального состояния печени у больных первой группы отмечались значительные изменения: повышение уровня АЛТ более 2,5 нормы, ЩФ – свыше 2 норм, уровень холестерина повышен от 6,5 до 7,65, уровень билирубина – в 1,5 раза. Следует отметить, что у всех больных был выявлен высокий титр АМА-2.

Во второй группе пациентов отмечались высокие показатели АЛТ, АСТ, щелочной фосфатазы, холестерина и билирубина, а также гипопротемия, гипоальбуминемия, низкий уровень протромбинового индекса и высокий титр АМА-2. При УЗИ отмечались диффузное поражение печени с признаками портальной гипертензии. Корреляционный анализ биохимических показателей показал, что при ПБХ в фазе хронического гепатита повышение активности ЩФ прямо коррелирует с высоким уровнем холестерина и АЛТ, однако отсутствует корреляция с показателями билирубина.

При циррозе печени имеет место корреляция между всеми биохимическими показателями крови, высокие уровни ЩФ прямо коррелируют с показателями билирубина, холестерина и АЛТ.

Заключение. Полученные данные свидетельствуют о том, что в начальных стадиях ПБХ клинические симптомы смазаны и диагностика основывается по высокому уровню щелочной фосфатазы, холестерина и специфического маркера АМА-2.

166

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ РЕЗИДУАЛЬНОГО ХОЛЕДОХОЛИТИАЗА

Табаров З.В., Кадыров Д.М., Кодиров Ф.Д.

Институт гастроэнтерологии, Душанбе, Таджикистан

Актуальность. Известно, что течение желчнокаменной болезни (ЖКБ) более чем в 15–33 % случаев осложняется холедохолитиазом. На сегодняшний день результаты лечения больных с ЖКБ нельзя считать удовлетворительными. После широкого применения эндовидеолапароскопической холецистэктомии резидуальный холедохолитиаз наблюдается значительно чаще.

Цель исследования: улучшить результаты хирургического лечения больных с рецидивным и резидуальным холедохолитиазом.

Материалы и методы. Представлен опыт лечения 35 пациентов с холедохолитиазом в возрасте от 31 до 76 лет. Гнойный холангит осложнял течение холедохолитиаза у 9 (25,7 %), острый панкреатит – у 8 (22,8 %) больных. Мужчин было 9 (25,7 %), женщин – 26 (74,3 %). Основными клиническими симптомами были механическая желтуха (11 больных), интермиттирующая желтуха (5 больных), кожный зуд (18 больных), холангит (10 больных), боли в правом подреберье (8 больных). Для диагностики данной патологии использовали современные методы исследования, как, УЗИ, КТ, МРХПГ, ЭРХПГ.

Результаты. Все пациенты ранее оперированы в разных регионах страны, которым выполнен лапароскопические и традиционные вмешательства. Радикальные операции выполнены 35 больным, у которых в 22 случаях сочетался со стенозом терминального отдела холедоха. Из них у 15 (42,8 %) больных была произведена трансдуоденальная папиллосфинктеропластика, в 7 (20 %) случаях выполнена холедохолитомия, 2 (5,7 %) пациентам произведено двойное внутреннее дренирование, в 3 (8,5 %) случаях выполнено супрадуоденальное транспапиллярное ретроградное извлечение конкрементов, в 9 (27,5 %) случаях – ЭРХПГ + ЭНСТ с литоэкстракцией. Во всех случаях проводилось интраоперационное рентгенологическое исследование желчных путей с контрастированием. Больные наблюдались от 4 месяцев до 5 лет. Хороший результат отмечен в 21 (91,3 %) случаях, удовлетворительный у 2 (8,6 %) больных, отсутствовали симптомы, связанные с патологией желчевыводящих путей.

Заключение. Одной из причин резидуального холедохолитиаза является неполноценное обследование желчных протоков. Комплексное исследование гепатобилиопанкреатодуоденальной зоны с контрастированием желчных протоков и радикальное лечение больных с холедохолитиазом позволяет улучшить отдаленные результаты хирургического лечения.

167

**ХОЛЕДОХОСКОПИЯ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ
ХОЛЕДОХОЛИТИАЗА**

Табаров З.В., Курбонов Х.Х., Кадыров Д.М., Кодиров Ф.Д.

Институт гастроэнтерологии, Душанбе, Таджикистан

Цель: оценить эффективность интраоперационной фиброхоледохоскопии (ИФ) в диагностике и лечении осложненного холедохолитиаза (ОХ).

Материалы и методы. С 2014 по 2024 годы 88 пациентам было проведено лечение ОХ с обязательным использованием ИФ. Женщин было 58 (65,9 %), мужчин – 30 (34,9 %). Средний возраст пациентов составил $58,5 \pm 15,5$ лет. Больные пожилого и старческого возраста составили 6,8 %. Для ревизии желчных протоков применялся фиброхоледохоскоп Olympus CHF-XP20, Япония.

Результаты. Манипуляции в зоне терминального отдела холедоха и большого дуоденального сосочка (БДС) выполнялись после мобилизации двенадцатиперстной кишки (ДПК). Всем пациентам выполнялась ревизия печеночно-двенадцатиперстной связки (ПДС), супрадуоденальная холедохотомия и извлечение конкрементов, а на втором этапе холецистэктомия (75 %). При отсутствии желчного пузыря (ЖП) (13,6 %), холедохолитотомия была основным этапом оперативного вмешательства (ОВ). Применяемая последовательность этапов ОВ позволила в ряде наблюдений использовать часть стенки ЖП для закрытия дефекта желчного протока при синдроме Мириizzi (8 наблюдений – 9 %). У 16 пациентов (18,1 %) обнаружен рубцовый стеноз БДС, который дилатирован бужами. В 2 случаях (2,2 %) не удалось провести бужей в ДПК. ИФ выявил у 12 пациентов (13,6 %) особенность строения билиарного дерева в виде трифуркации общего желчного протока. В 15 случаях (17 %) обнаружены конкременты в желчевыводящих протоках. Существенное значение имеет оценка эндоскопической формы холангита. У всех больных диагностирована та или иная форма холангита. Проведение бужа в просвет ДПК, отсутствие конкрементов в просвете протоков, позволили завершить операцию (97,7 %) временным наружным дренированием холедоха. Лишь в 2 случаях (2,3 %), с протяженной стриктурой дистального отдела холедоха потребовалось формирование холедоходуоденального анастомоза. Основным методом обследования была избрана МРХПГ.

Выводы. Интраоперационная фиброхоледохоскопия позволяет провести осмотр основных протоков билиарного тракта, визуализировать патологические изменения, выполнить экстракцию камней и их фрагментов. Убедительность в проходимости желчных путей и отсутствии конкрементов, позволяет выбрать адекватный способ завершения холедохотомии.

169

**ЭНДОВИДЕОЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ СИНДРОМА
МИРИЗЗИ ПЕРВОГО ТИПА**

Табаров З.В., Сафаров Б.Дж.

Институт гастроэнтерологии, Душанбе, Таджикистан

Цель: определить возможности лапароскопических вмешательств в хирургической коррекции синдрома Мириizzi (СМ) первого типа.

Материал и методы. Работа основана на проведении проспективного анализа случаев лапароскопического лечения 17 пациентов с СМ первого типа, находившихся в хирургическом отделении Института гастроэнтерологии Республики Таджикистан в 2017–2023 гг. Все пациенты госпитализированы с острым обтурационным холециститом после 72 часов от начала заболевания. Механическая желтуха легкой степени с гипербилирубинемией $56\text{--}82$ мкмоль/л наблюдалась у 11 (64,7 %) пациентов. Для успешного выполнения лапароскопического вмешательства необходима дооперационная верификация СМ с помощью антеградной холангиографии или МРХПГ. До операции у 11 пациентов верифицирован СМ первого типа с помощью МРХПГ или ЧЧХГ. Использование ЭРХПГ в данной ситуации малоинформативна. У 6 больных СМ диагностирован интраоперационно.

Результаты. Наблюдались технические сложности при выполнении операции из-за распространенной перивезикальной воспалительной инфильтрации. Конверсия доступа не потребовалась. В 12 случаях 1-го типа СМ произведена лапароскопическая холецистэктомия, а в 5 случаях, при МЖ, уверенности в отсутствии холедохолитиаза и наличии только внешней компрессии, она дополнена наружным дренированием по Халstedу-Пиковскому. В послеоперационном периоде у больных, подвергнутых лапароскопическим вмешательствам, неспецифических осложнений не наблюдалось. У одного больного отмечено специфическое осложнение в виде резидуального холедохолитиаза, который на 7-е сутки после операции был ликвидирован путем выполнения ЭРХПГ с папилосфинктеротомией и удалением конкремента из холедоха.

Выводы. Дооперационное распознавание СМ первого типа с помощью ЧЧХГ и МРХПГ позволяет оценить показания к использованию видеолaparоскопии. Операцией выбора является лапароскопическая холецистэктомия, при наличии МЖ, дополненная наружным дренированием через культю пузырного протока.

168

**СОВРЕМЕННЫЕ АНТЕГРАДНЫЕ ЭНДОБИЛИАРНЫЕ
ВМЕШАТЕЛЬСТВА В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ
С МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХОЙ РАЗЛИЧНОГО ГЕНЕЗА**

Табаров З.В., Нуров З., Восиев А.С., Кодиров Ф.Д.

Институт гастроэнтерологии, Душанбе, Таджикистан

Цель: оценить безопасность и эффективность антеградной билиарной декомпрессии у больных с механической желтухой (МЖ).

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ результатов антеградных дренирующих вмешательств (ДВ) на желчных путях у 1935 пациентов с МЖ доброкачественной и опухолевой этиологии. Из них с обструкцией желчных протоков злокачественного генеза было 1487 пациентов, ятрогенными стриктурами холедоха – 41, холедохолитиазом – 407. Оценка результатов лечения больных была проведена по данным клинического обследования, лабораторных и инструментальных методов диагностики.

Результаты. Эффект от ДВ достигнут у 98 % пациентов. После ДВ произошло значительное перераспределение степени билирубинемии у всех пациентов. Лечение осуществилось поэтапно. При злокачественном поражении часто применялся двухэтапный подход: чрезкожное дренирование с последующим лапаротомным вмешательством. При ятрогенных стриктурах ДВ проводилось с целью ликвидации МЖ и подготовки пациентов к реконструктивной операции. При сочетании холедохолитиаза с холецистолитиазом у пациентов с низким анестезиологическим риском применяли simultанное вмешательство в объеме лапароскопической холецистэктомии с или без дренирования холедоха. Наиболее частыми послеоперационными осложнениями были: холангит, желчеистечение на фоне миграции дренажа, а из редких осложнений – гемобилия, поддиафрагмальные абсцессы и клинически значимые подкапсульные гематомы, эмпиема плевры. Летальных исходов было в 2 случаях онкологической патологии, что составило 10 %. Для предвзвешенного ДВ отдать предпочтение чрезкожному методу, т.к. данный метод является более безопасным и предотвращает распространению по желчным путям восходящей инфекции, предотвращает развитие холангита.

Выводы. Применение ДВ у больных МЖ не связано с развитием большого количества осложнений, и риски, связанные с ним, не превышают риски, характерные для данного заболевания. Предварительное ДВ создает более благоприятные условия для проведения второго этапа лечения. Этот путь дренирования также можно использовать как паллиативное лечение больных с опухолевой обструкцией желчных протоков.

170

**МЕТАБОЛИЧЕСКИЕ ПОСЛЕДСТВИЯ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ:
ДАННЫЕ ОРИГИНАЛЬНОГО ИССЛЕДОВАНИЯ**Фоминных Ю.А.^{1,2}, Наджафова К.Н.²¹ Национальный медицинский исследовательский центр им. В.А. Алмазова,² Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет, Санкт-Петербург, Россия

Цель работы: изучение влияния холецистэктомии на метаболизм липидов и желчных кислот в плазме крови пациентов с желчнокаменной болезнью (ЖКБ).

Материалы и методы: 96 пациентов возрастом 22–45 лет с ЖКБ (камни в желчном пузыре), которым выполнялась плановая лапароскопическая холецистэктомия, распределены по липидному профилю плазмы крови на две репрезентативные группы: «Нормальный липидный спектр» и «Изменения липидного спектра». Использованы клинические данные, анкетирование, липидограмма, хромато-масс-спектрометрия желчных кислот плазмы крови и желчи. После оперативного лечения половина пациентов с изменениями липидного спектра получала препараты урсодезоксиголевой кислоты (УДХК) в течение 3 месяцев. Повторное обследование через 3 месяца и через 1 год после холецистэктомии.

Результаты. Показатели липидограммы в группах различались статистически значимо. Уровни желчных кислот плазмы крови значимо различались для холевой и урсодезоксиголевой кислот. В группе «Нормальный липидный спектр» через 3 месяца наблюдалось улучшение, а через год значимое ухудшение показателей липидограммы. В группе «Изменения липидного спектра» через 3 месяца улучшение показателей липидограммы отмечалось только у пациентов, принимавших УДХК. Через год статистически значимых изменений не выявлено.

Выводы. У пациентов с ЖКБ имеет место дисбаланс желчных кислот: повышение уровней холевой, дезоксихолевой, гликохолевой, таурохолевой кислот, и снижение уровня хенодесоксиголевой. Уровни УДХК в плазме крови и в желчи имеют прямую корреляционную связь. После холецистэктомии в плазме крови снижаются концентрации повышенных кислот, а также исходно сниженной хенодесоксиголевой. У пациентов с нормальным липидным спектром крови холецистэктомия негативно влияет на показатели липидограммы. Холецистэктомия повышает риск ухудшения показателей липидного спектра в 1,6 раз. Прием УДХК улучшает показатели липидного спектра крови.

Педиатрическая гастроэнтерология

171

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ У ШКОЛЬНИКОВ С ГЭРБ

Поливанова Т.В.^{1,2}, Вшивков В.А.¹

¹ Красноярский научный центр Сибирского отделения РАН – Научно-исследовательский институт медицинских проблем Севера, ² Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого, Россия

Цель исследования – изучить качество жизни у школьников монголоидного и европеоидного населения Республики Тыва с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью.

Материал и методы. Обследованы школьники в возрасте 7–18 лет коренного населения (379 монголоидов – тувинцев) и пришлого (163 европеоида) в Республике Тыва поперечным методом. В оценке качества жизни детей использовались родительская (CHQ-PF28) и детская (CHQ-PF45) версии опросника Child Health Questionnaire (CHQ). Опросник включает ряд шкал по различным сферам жизни и позволяет оценивать различные сферы жизнедеятельности ребенка по 100-балльной системе, снижение показателей по которой характеризует ухудшение качества жизни. Заблаговременно были получены информированные согласия от обследованных. Исследование одобрено этическим комитетом. При статистической обработке использовали критерий Манна – Уитни для независимых выборок.

Результаты. При ГЭРБ у монголоидов и европеоидов снижены качество жизни по ряду шкал. Родители школьников европеоидов отмечали снижение показателей по шкале: «физическая активность» ($p = 0,039$); родители тувинцев – по шкалам «общая оценка здоровья» ($p = 0,041$), «физическая активность» ($p = 0,024$), «изменения в состоянии здоровья» ($p = 0,006$), «боль/дискомфорт» ($p = 0,037$). В оценке качества жизни детьми с ГЭРБ: у европеоидов отклонений не установлено; у тувинцев – тенденция к снижению по шкале «семейная сплоченность» ($p = 0,068$). Тувинцы с ГЭРБ имели меньше отклонений по шкалам качества жизни, чем, в оценке родителей.

Заключение. У школьников Тывы с ГЭРБ установлено снижение показателей качества жизни, в большей мере у школьников монголоидов. Имелись отличия в оценке качества жизни детьми и родителями.

173

СЛУЧАЙ ПОЗДНЕЙ ДИАГНОСТИКИ СИНДРОМА КРИГЛЕРА – НАЙЯРА

Спиваковский Ю.М., Ворончихина А.С., Спиваковская А.Ю.

Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского, Россия

Цель исследования: представление клинического случая и анализ причин крайне поздней диагностики синдрома Криглера – Найяра у ребенка 5 лет.

Материалы и методы. Проведен анализ медицинской документации ребенка с непрерывно текущей тяжелой желтухой (Ж).

Результаты. Девочка с манифестацией Ж с 5 дня жизни и тенденцией к ее неуклонному нарастанию. К 1 месяцу жизни уровень общего билирубина составлял 530 мкмоль/л, при нормальном прямом билирубине. Интенсивная терапия в неонатальном периоде (фототерапия, заменное переливание крови) с временным положительным эффектом. Нарастание билирубина и Ж в последующем сочеталось с нарастанием неврологической симптоматики. Эпизоды стационарного лечения позволяли удерживать уровень общего билирубина, практически полностью представленного непрямой фракцией, на цифрах от 320 мкмоль/л до 190 мкмоль/л. Обследование, которому был посвящен первый год жизни ребенка, включало в себя поиск и исключение инфекционных заболеваний, консультации гастроэнтеролога и невролога с преимущественно синдромальными диагнозами. Консультация генетика в 1,5 года не продвинула ситуацию в сторону верного диагноза. Дальнейшей диагностический процесс был приостановлен по субъективным причинам – в связи с отказом родителей в период пандемии. Неоднократные консультации врачей иных специальностей (невропатолога, педиатра, эндокринолога), ограничивались сопутствующей патологией. Установлен диагноз ДЦП. Диагноз синдрома Криглера – Найяра подтвержден в 5 лет (2023 г.) в ФМГНЦ им. акад. Н.П. Бочкова (выявлена мутация в гене UGT1A1). В настоящий момент девочке назначены длительные ежедневные сеансы фототерапии и прием фенобарбитала.

Выводы. Желтухи – частое явление периода новорожденности, которое может иметь как физиологическую, так и патологическую природу. Максимально ранняя верификация природы Ж во многом определяет прогноз и позволяет назначить адекватное лечение для предотвращения осложнений. Представленный случай доказывает, что имеется необходимость повышения междисциплинарного уровня знаний врачей любой специальности для диагностики редких, но вполне доступных к верификации, болезней.

172

ТЕЧЕНИЕ ГАСТРИТА У ДЕТЕЙ С СЕМЕЙНОЙ ПРЕДРАСПОЛОЖЕННОСТЬЮ К РАКУ ЖЕЛУДКА

Поливанова Т.В.^{1,2}, Вшивков В.А.¹

¹ Красноярский научный центр Сибирского отделения РАН – Научно-исследовательский институт медицинских проблем Севера, ² Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого, Россия

Цель – изучить клинико-морфологические проявления и цитиновый профиль в сыворотке крови при гастрите у детей с семейным отягощением по раку желудка.

Материал и методы. Получены данные о жалобах и наличии у родственников рака желудка. Детям в возрасте 7–17 лет с гастроэнтерологическими жалобами (463 ребенка) проведена гастроскопия с взятием биоптатов и последующим морфологическим подтверждением диагноза гастрит и оценкой наличия *H. pylori* в соответствии с Сиднейской классификацией. Иммуногистохимическим методом у 89 детей проведена оценка экспрессии белков CDX2, CK20 и CK7. Концентрации цитокинов сыворотки крови (IL-2, IL-4, IL-8, IL-18, IL-1β, IFN-α, TNF-α) определены у 179 школьников методом ИФА. При статистической обработке использовались критерии χ^2 и Манна – Уитни. Исследования одобрены этическим комитетом.

Результаты. У детей с гастритом при семейной предрасположенности к раку желудка чаще присутствуют клинические проявления синдрома диспепсии. При семейном отягощении по раку желудка при инфицировании *Helicobacter pylori* наблюдается на системном уровне репликация IL-18. Кроме того, при гистохимическом исследовании у них увеличена экспрессия CK20 в теле желудка ($p = 0,023$) и антральном отделе ($p = 0,09$).

Заключение. Выявлены особенности клинических проявлений, показателей репликации CK20 и цитинового профиля при гастрите у детей с семейной предрасположенностью к раку желудка, что, очевидно, следует рассматриваться маркерами неблагоприятного течения заболевания.

174

КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ ИЗОЛИРОВАННОГО ХИЛОПЕРИТОНЕУМА У РЕБЕНКА РАННЕГО ВОЗРАСТА И ЕГО ДИЕТОЛОГИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ

Шатохина Н.С., Бойков С.А., Баянова Е.Г., Алексеенко А.С., Шумливая Т.П., Триадафилова Е.Г., Петрухина Н.А., Полякова Г.С.

Детская краевая клиническая больница, Краснодар, Россия

Цель исследования: продемонстрировать клинический случай изолированного хилоперитонеума у ребенка раннего возраста.

Материалы и методы. Мальчик, 2023 г. р., был госпитализирован в педиатрическое отделение в возрасте 1 мес 2 недель с жалобами, со слов мамы, на увеличение живота в объеме. Из анамнеза известно, что ребенок от I-й беременности, в 20 недель. По УЗИ плода: УЗ признаки асцита в динамике с нарастанием. Была исключена неиммунная водянка плода, дважды проведен лапароцентез, без проведения биохимического анализа, методом ПЦР ДНК к герпесгруппе вирусов не обнаружено. Роды I преждевременные, оперативные на 34-й неделе гестации, масса при рождении – 2560 г, длина – 47 см, оценка по шкале Апгар – 5-6 баллов. По результатам УЗИ брюшной полости в 1-е сутки жизни – асцит (значительный) с дисперсным компонентом, хирургом осмотрен – показаний для хирургического вмешательства нет. В динамике асцит сохранялся.

Результаты. В условиях педиатрического отделения выполнен лапароцентез – получена хилезная жидкость, биохимически в выпоте холестерин – 4,1 ммоль/л, триглицериды – 4,39 ммоль/л, ребенок был переведен на энтеральное питание полноценной смесью, содержащей сывороточные белки, с низким содержанием длинноцепочечных триглицеридов и с высоким содержанием СЦТ, без дополнительной медикаментозной коррекции, через 14 дней хилоперитонеум купирован полностью, возобновлено грудное вскармливание, в динамике рецидива нет.

Выводы и заключение. Учитывая редкость данной патологии, в настоящее время требуется более доскональное изучение патогенеза формирования хилезных выпотов, проведение дальнейших исследований с целью выработки общепринятого протокола диагностики и лечения с использованием низкожировых смесей с высоким содержанием СЦТ.

175

**ТРОМБОЭМБОЛИЧЕСКИЕ ОСЛОЖНЕНИЯ У ДЕТЕЙ
С ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ КИШЕЧНИКА****Щербакова О.В., Алиева Э.И., Батаев С.М., Кузнецова Е.В.**Федеральный научно-клинический центр детей и подростков,
Москва, Россия

Цель работы. У пациентов с воспалительными заболеваниями кишечника (ВЗК) в три раза повышен риск развития тромбозов (ТЭО) по сравнению с общей популяцией. ТЭО, как венозные (тромбоз вен нижних конечностей, брыжеечной и воротной вен, сагиттального синуса), так и артериальные (окклюзия мозговых, коронарных, подвздошных и почечных артерий), являются серьезным внекишечным проявлением, утяжеляющим течение ВЗК и повышающим летальность. У детей с ВЗК ТЭО встречаются во всех возрастных диапазонах, в основном во время тяжелой атаки заболевания и чаще при ЯК. Ведение таких пациентов является непростой задачей, т.к. на фоне антикоагулянтной терапии повышается риск кишечного кровотечения.

Материалы и методы. Под наблюдением находились дети с ВЗК и различными вариантами ТЭО – 3 девочки и 2 мальчика, средний возраст 9 лет [7; 15]. Один пациент с болезнью Крона (БК), остальные с язвенным колитом (ЯК). Трое детей перенесли экстренные операции, 2 ребенка не оперированы.

Результаты. Острое нарушение мозгового кровообращения (ОНМК) с ишемическим инсультом на фоне тромбоза сосудов мозга и сагиттального синуса, отмечено при тяжелой атаке ЯК (2) и при осложненной кишечными свищами с инфильтратом БК (1). У двух пациентов с ЯК, осложненным кишечным кровотечением, спустя несколько недель после экстренной колэктомии возникли ТЭО: ОНМК с инсультом и некроз тонкой кишки на фоне мезентериального тромбоза. Летальный исход у ребенка 9 лет с ЯК, ОНМК, отеком головного мозга и сепсисом.

Заключение. Представлена серия клинических наблюдений ТЭО у детей с ВЗК. Осведомленность врачей о рисках развития ТЭО, мерах первичной и вторичной их профилактики, о способах лечения имеет важное значение для предотвращения развития осложнений у пациентов с ВЗК. Необходимы дальнейшие исследования с выявлением предикторов риска ТЭО у детей с ВЗК и проведения своевременной тромбопрофилактики.

176

**ТРУДНОСТИ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ
ПЕРИАППЕНДИКУЛЯРНОГО ИНФИЛЬТРАТА И БОЛЕЗНИ КРОНА
У ДЕВОЧКИ 10 ЛЕТ С ДИВЕРСИОННЫМ КОЛИТОМ
(КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ)****Щербакова О.В., Алиева Э.И., Габараев А.С., Хижникова В.В.,
Батаев С.М., Зябкин И.В.**Федеральный научно-клинический центр детей и подростков,
Москва, Россия

Цель работы. Диагноз болезни Крона (БК) выставляется по совокупности клинико-anamnestических данных, результатов лабораторных, инструментальных и морфологических методов исследования. Иногда первыми симптомами БК могут быть кишечные осложнения, например, внутрибрюшной инфильтрат. В большинстве случаев (у детей – до 70%) БК поражает терминальный отдел подвздошной кишки с илеоцекальным углом. Важной задачей для детских хирургов и гастроэнтерологов является проведение дифференциального диагноза между БК и осложненным аппендицитом с периаппендикулярным инфильтратом.

Материалы и методы. Девочка 10 лет наблюдалась в течение года с подозрением на БК. В анамнезе – заболела остро; выполнена лапаротомия, аппендэктомия, илеостомия (выявлен инфильтрат). Через 6 мес. после операции проведено обследование (колоноскопия с биопсией): выявлен стеноз баугиниевой заслонки и илеостомы; тотальный эрозивный колит. Выставлен диагноз БК в форме илеоколита, инициирована анти-ФНО-терапия, однако индукционный курс не завершен из-за отказа родителей.

Результаты. В ФНКЦ проведены эндоскопическое и рентгенологическое исследования, МР-энтерография. Стенозов и участков воспаления кишечника не выявлено, гистологические изменения были неспецифичны. Данных за подтверждение диагноза БК было недостаточно. Проведены курсы антибактериальной терапии; выполнена плановая операция – закрытие илеостомы с восстановлением непрерывности кишечника.

Заключение. Представлен клинический случай сложной дифференциальной диагностики при сочетании периаппендикулярного инфильтрата в анамнезе и колита отключенной толстой кишки после операции на кишечнике. Мультидисциплинарный подход, комплексное повторное обследование, наблюдение в динамике, проведение противовоспалительного лечения колита отключенной кишки, позволило исключить аутоиммунный характер поражения и избежать неоправданного назначения биологической терапии.

Иммунология, микробиология, инфекции. Роль бактерий в организме здорового и больного человека

177

ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫЙ САРКОИДОЗ В ИСХОДЕ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ

Богачева А.В., Кокина Н.И., Зольникова О.Ю., Буклис Э.Р.,
Татаркина М.А., Кириухин А.П., Фельдшер М.В., Коган Е.А.,
Ивашкин В.Т.

Сеченовский университет, Москва, Россия

Цель работы: представить клиническое наблюдение генерализованного саркоидоза, развившегося после перенесенной новой коронавирусной инфекции.

Основные положения. Пациентка М., 45 лет, поступила в пульмонологическое отделение с жалобами на одышку, возникающую при умеренной физической нагрузке, потливость, повышенную утомляемость. Из анамнеза заболевания: в январе 2022 г. пациентка перенесла новую коронавирусную инфекцию, лечение амбулаторное. Через несколько недель появились жалобы на одышку, потливость, утомляемость. Появились увеличенные подчелюстные и надключичные лимфатические узлы. За 5 месяцев похудела на 10 кг. В 2022 г. при КТ ОГК: мелкоочаговая диссеминация, увеличение внутригрудных лимфатических узлов. Туберкулез опровергнут. При ПЭТ/КТ: картина лимфопролиферативного заболевания. Биопсия надключичного л/у: множественные эпителиоидно-клеточные гранулемы без центрального некроза. АПФ – 254 Ед. В 2023 г. при КТ ОГК: увеличение размеров внутригрудных лимфатических узлов. При обследовании в клинике: АПФ – 282 Ед., ФВД – норма. При КТ ОГК: в обоих легких определяются множественные полиморфные перилимфатические миллиарные очаги, размером 1–3 мм в диаметре, с утолщением легочного интерстиция. Корни легких расширены за счет прикорневой лимфаденопатии. УЗИ ОБП: спленомегалия, диффузно-мелкоочаговые изменения. Бронхоскопия: бронхит 1 степени интенсивности. ИГХ исследование биоптата лимфатического узла: в эпителиоидных клетках, гигантских многоядерных клетках в цитоплазме обнаружены нуклеокапсидный и спайк белки вируса SARS-CoV-2. Установлен диагноз: основное заболевание – генерализованный саркоидоз с поражением легких, внутригрудных и периферических лимфатических узлов, селезенки; фоновое заболевание – новая коронавирусная инфекция COVID-19 от 01.2022 г., затяжной постинфекционный синдром.

Выводы. Представлен первый случай генерализованного саркоидоза, развившегося после новой коронавирусной инфекции с верифицированным белком вируса SARS-CoV-2 в биоптате лимфатического узла.

Физиология и патофизиология

178

ВЛИЯНИЕ ДЛИТЕЛЬНОГО ВВЕДЕНИЯ АТРОПИНА
НА ЭЛЕКТРИЧЕСКУЮ АКТИВНОСТЬ ТОНКОЙ КИШКИ
И МИКРОБИОТУ В ЭКСПЕРИМЕНТЕ

Тропская Н.С., Вилкова И.Г., Черенькая Т.В.

НИИ СП им. Н.В. Склифосовского, Москва, Россия

Цель работы: изучить изменения электрической активности тонкой кишки и микробиоты при длительном введении атропина в эксперименте.

Материалы и методы. Исследование проводилось на 12 самцах крыс линии Вистар, весом 300–400 г. Животные были разделены на две группы: контрольную (n = 6, интактная) и опытную (n = 6). За 7 дней до начала эксперимента животным опытной группы были имплантированы электроды в тощую кишку на расстоянии 5, 10, 15 см от связки Трейтца, а также был вживлен кишечный зонд. После 18-часовой пищевой депривации ежедневно в течение 7 дней эксперимента животным опытной группы вводили внутрикисечно раствор атропина в дозе 1 мг/кг. Электрическая активность исследуемых участков тонкой кишки регистрировалась до и после введения препарата. На 8-й день после регистрации фоновой электрической активности в опытной группе и у интактных животных был проведен забор содержимого тощей и слепой кишок для бактериологического анализа. Для статистического анализа применялись непараметрические критерии.

Результаты. В опытной группе через 7 дней после введения атропина наблюдалось уменьшение количества мигрирующих миоэлектрических комплексов (ММК) в тонкой кишке по сравнению с фоновыми записями (до первого введения атропина) с 4 (4;4) до 2 (2;2) ММК в час ($p < 0,05$). Кроме того, во временной структуре ММК наблюдалось статистически значимое увеличение фазы нерегулярной активности, в то время как фаза покоя и пропульсивной перистальтики статистически значимо сокращалась. При этом в тощей кишке по сравнению с контрольной группой было обнаружено появление *Enterococcus* spp. (10^4 (0; 10^4) КОЕ/мл, $p < 0,05$) и *Lactobacillus* spp. (10^3 (0; 10^3) КОЕ/мл, $p < 0,05$). В слепой кишке наблюдалось снижение *E. coli* (с 10^4 (10^3 ; 10^5) до 0 (0;0), КОЕ/мл, $p < 0,05$), *Bifidobacterium* spp. (с 10^4 (10^4 ; 10^5) до 0 (0; 10^3), КОЕ/мл, $p < 0,05$), и *Lactobacillus* spp. (с 10^6 (10^5 ; 10^6) до 10^3 (10^3 ; 10^4) КОЕ/мл, $p > 0,05$).

Вывод. Уменьшение пропульсивной перистальтики тонкой кишки, вызванное длительным введением атропина, приводит к нарушению микробиоценоза кишечника.

179

НОРМАЛИЗУЮЩЕЕ ВЛИЯНИЕ ГАМК НА КРОВОТОК
ЖЕЛУДКА В УСЛОВИЯХ ВАЗОКОНСТРИКЦИИ

Тропская Н.С., Гурман Ю.В.

НИИ СП им. Н.В. Склифосовского, Москва, Россия

Цель работы: оценить влияние ГАМК на объемную скорость кровотока желудка в условиях вазоконстрикции у крыс в эксперименте.

Материалы и методы. Исследования выполнены на 15 крысах самцах линии Wistar. Животные до начала экспериментов подвергались 18-часовой пищевой депривации. После введения наркоза (0,6 мг/кг смеси Золетила с Ксилой в соотношении 1:2) крысы помещались на подогреваемый столик. Выполняли срединную лапаротомию, выделяли желудочную артерию, брали ее на держалки. Устанавливали датчик на желудочную артерию и измеряли в ней объемную скорость кровотока на протяжении всего эксперимента. В работе использовался расходомер-флоуметр Transonic серии T400. Выполнено три серии исследований. Во всех сериях регистрировались фоновые значения кровотока в желудочной артерии. Затем в первой серии (n = 5) в полость тощей кишки вводили ГАМК (70 мг/кг). Во второй серии (n = 5) моделировали вазоконстрикцию с помощью введения неселективного блокатора синтеза NO – L-NAME (0,1 мг/кг). В третьей серии (n = 5) через 15 минут после L-NAME вводили ГАМК. Для статистического анализа использовали непараметрические критерии.

Результаты. Введение здоровым животным ГАМК не оказывало влияния на объемную скорость кровотока в желудочной артерии. После введения L-NAME в течение 50 (45;50) минут наблюдалось постепенное падение кровотока до 70 % ($p < 0,05$) от фона. В условиях вазоконстрикции, вызванной L-NAME, введение ГАМК приводило к возвращению показателя объемной скорости кровотока к фоновым значениям.

Вывод. В условиях вазоконстрикции ГАМК вызывает усиление объемной скорости кровотока в желудочной артерии до нормальных значений, что свидетельствует о том, что ГАМК может модулировать высвобождение NO через активацию ГАМК – рецепторов.

Экспериментальная гастроэнтерология

180

ПОСТКОВИДНЫЙ СИНДРОМ У ПАЦИЕНТОВ С ПАТОЛОГИЕЙ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА

Афанасенкова Т.Е., Дубская Е.Е.

Смоленский государственный медицинский университет, Россия

Цель исследования: изучить особенности течения постковидного синдрома, у пациентов с желудочно-кишечной патологией, перенесших новую коронавирусную инфекцию в зависимости от степени её тяжести.

Материал и методы исследования: среди прошедших углубленную диспансеризацию за период с января по декабрь 2023 года было отобрано 120 пациентов в возрасте от 45 до 65 лет (в среднем – 47 ± 7,7 лет). В зависимости от степени тяжести течения COVID-19 было выделено две группы сравнения: 1-я группа – пациенты имели легкую степень тяжести и получали лечение в амбулаторных условиях – 95 человек (79 %); 2-я группа – пациенты с средне-тяжелым и тяжелым течением заболевания, потребовавшим госпитализации – 25 человек (21 %). Для статистической обработки результатов использовался критерий хи-квадрат.

Результаты. Длительность таких симптомов, как тошнота, рвота, диарея, боли в животе у пациентов в 1-й группе была достоверно меньше, чем в 2-й группе ($p < 0,05$). Желудочно-кишечные жалобы как изолированно, так и в сочетании с повышенными уровнями панкреатических (в 1-й группе 10 (10,5 %), во 2-й группе – 7 (28 %) или печеночных ферментов (9 (9,5 %) и 8 (32 %) соответственно) чаще наблюдались у пациентов с более тяжелыми формами COVID-19 ($p < 0,01$). Дисбиоз кишечника чаще был во 2-й группе наблюдения – 7 (7,4 %), в сравнении с 1-й группой – 5 (20 %), но достоверной разницы не было. Обострение дивертикулита толстой кишки было у 2 (1,9 %) пациентов во 2-й группе наблюдения, хронического гастрита – 15 (60 %); в 1-й группе обострение хронического гастрита – у 38 (40 %). Достоверно чаще ($p < 0,01$) отмечалось обострение хронического колита во 2-й группе – 13 (52 %) в сравнении с 1-й группой – 15 (15,8 %).

Выводы. У больных с гастроинтестинальными симптомами инфекции протекала тяжелее. Гастроинтестинальные симптомы могут возникать на фоне применения лекарственных препаратов, рекомендуемых для лечения инфекции COVID-19, которые имеют побочные действия на желудочно-кишечный тракт, могут индуцировать воздействие вируса COVID-19 на пищеварительный тракт и приводят к манифестации гастроинтестинальных симптомов.

182

ВЛИЯНИЕ ВЫСОКОЖИРОВОЙ ДИЕТЫ У САМОК КРЫС НА МАССУ ТЕЛА, ПОТРЕБЛЕНИЕ КОРМА И ВОДЫ, А ТАКЖЕ ТОЛЕРАНТНОСТЬ К ГЛЮКОЗЕ У ПОТОМСТВА ПЕРВОГО ПОКОЛЕНИЯ

Галагудза М.М.¹, Комар В.В.²¹ИЭМ ФГБУ «НМИЦ им. В. А. Алмазова», ²СПбГПМУ, Санкт-Петербург, Россия

Цель исследования. В эксперименте *in vivo* оценить влияние высокожировой диеты у самок крыс на массу тела, потребление корма, воды и толерантность к глюкозе у потомства первого поколения.

Материалы и методы. В эксперименте участвовала контрольная группа самок крыс, получавшая диету с нормальным содержанием жиров (НЖД) и группа самок, получавшая высокожировую диету (ВЖД). Диета осуществлялась до и во время беременности, в период лактации. Потомство самок внутри своей группы было разделено на подгруппы, получавшие НЖД и ВЖД. Кормление самок длилось 40 дней.

Результаты. Средний вес (г) самок в группе ВЖД $280,3 \pm 14,9$, в группе НЖД $302 \pm 16,7$. Самки в группе ВЖД демонстрировали значительно меньшую массу тела в сравнении с самками НЖД ($p = 0,0051$). В динамике потребления корма и воды между группами статистически значимых различий не выявлено ($p > 0,05$). Средний вес (г) потомства самок НЖД/ВЖД – $201,9 \pm 28,7$; НЖД/НЖД – $198,2 \pm 28$; ВЖД/ВЖД – $207,8 \pm 29,1$; ВЖД/НЖД – $185,9 \pm 27,3$. В динамике массы тела между подгруппами самок статистически значимых различий не выявлено ($p > 0,05$). При этом, самая большая масса тела самок была выявлена у ВЖД/ВЖД и НЖД/ВЖД, более низкая масса тела отмечалась у ВЖД/НЖД и НЖД/НЖД. В динамике потребления корма и воды между подгруппами самок статистически значимых различий не выявлено ($p > 0,05$). ANOVA test не выявил взаимосвязи между динамикой массы тела потомства самок и материнской диетой [F (1,79) = 0,002554, P = 0,9598]. Динамика массы тела обусловлена их собственной диетой [F (39,79) = 2,282, P = 0,0010]. В конце эксперимента у самок был произведен ОГТТ с введением 40 % глюкозы внутривенно. Оценка уровня гликемии проводилась исходно, через 30, 60, 120 и 180 мин. Kruskal-Wallis test не выявил статистически значимых различий между подгруппами ($p > 0,05$).

Выводы. Высокожировая диета самок крыс не привела к ожидаемому увеличению их массы тела. У крыс-самок первого поколения, полученных от самок, находившихся на ВЖД, также не отмечено значимых изменений массы тела, динамики потребления корма и воды, а также не определялись значимых межгрупповых различий уровня гликемии при проведении теста на толерантность к глюкозе. Это не исключает наличия метаболических нарушений, индуцированных ВЖД, которые продолжают рассматриваться в рамках настоящего исследования.

181

ИЗМЕНЕНИЕ АКТИВНОСТИ КАРБОГИДРАЗ В СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКЕ ТОНКОЙ КИШКИ КРЫС ПОД ВОЗДЕЙСТВИЕМ РЕБАМИПИДА

Белостоцкий Н.И., Бауло Е.В., Парфёнов А.И.

МКНЦ им. А.С. Логинова, Москва, Россия

Цель работы: исследование воздействия ребамипида на активность карбогидраз слизистой оболочки тонкой кишки (СОТК) крыс в норме.

Материалы и методы. Опыты проведены на крысах (самцы Wistar) с массой тела 250–350 г. Исследовались три группы животных: контроль (интактные, n = 5), с внутрижелудочным ведением ребамипида (однократно, ежедневно в течение 14 дней в дозе 50 мг/кг, n = 5) и 100 мг/кг (n = 5). По окончании эксперимента проводилось взятие тонкой кишки, которая разделялась на 4 сегмента: ДПК (8 см), остальная часть ТК разделялась на 3 одинаковых сегмента: ТК2, 3, 4. В гомогенатах СОТК проводилось определение активности мальтазы, глюкоамилазы, сахаразы, лактазы модифицированным методом Далквиста.

Результаты. Введение ребамипида в дозах 50 и 100 мг/кг сопровождалось возрастанием активности мальтазы в СОДПК на 78 % ($p < 0,05$) и 169 % ($p < 0,05$) соответственно, а в СОТК2 на 110 % ($p < 0,05$). В дистальных сегментах ТК наблюдалась тенденция к возрастанию активности мальтазы, но статистически незначимая. Активность глюкоамилазы возросла в СОДПК на 74 % под воздействием 50 мг/кг ($p < 0,05$) и на 169 % под воздействием 100 мг/кг ребамипида ($p < 0,05$). В СОТК2 наблюдалось возрастание активности глюкоамилазы на 86 % ($p < 0,05$) под воздействием 100 мг/кг ребамипида. Изменений активности фермента в СОТК 3 и 4 не найдено. Активность сахаразы и лактазы имела тенденцию к возрастанию в СО проксимальных сегментов ТК, однако увеличение активности не было статистически значимым.

Заключение. Ребамипид проявляет выраженное стимулирующее влияние на активность мальтазы и глюкоамилазы в слизистой оболочке проксимальных сегментов тонкой кишки крыс в норме. Эффект препарата зависит от его дозы.

183

ЛИМФОТРОПНАЯ ФИТОСТИМУЛЯЦИЯ РЕПАРАЦИИ ЭРОЗИВНО-ЯЗВЕННОГО ПРОЦЕССА В ЖЕЛУДКЕ

Гаскина Т.К., Горчаков В.Н., Амансахатова Е.Н., Иванов Д.В.

Новосибирский государственный университет, Россия

Цель работы – оценить возможности фитостимуляции на репарацию язвы желудка в зависимости от состояния регионарного лимфоузла.

Материал и методы. Эксперимент проведен на 40 белых крысах Wistar. Формирование язв желудка проводили путем однократного внутрибрюшинного введения адреналина в дозе 2–3 мг/кг. Для коррекции язвенного процесса предложен фитосбор, включающий хвою пихты сибирской, траву тысячелистника обыкновенного, семена расторопши пятнистой и пищевые волокна. Суточная доза составляла 0,1 г/кг. В работе использовали гистологические и морфометрические методы исследования желудка и регионарного лимфоузла.

Результаты. В динамике язвенного процесса структурная организация органов медленно восстанавливается до контрольного уровня. При этом лимфоузлы испытывают структурно-функциональную депрессию. Показана положительная динамика от фитосбора, которая заключается в более быстром закрытии дефекта и восстановлении слизистой оболочки желудка. Происходит изменение темпов клеточных обновлений со стабилизацией состава клеток. Отмечено увеличение числа слизистых клеток, что является защитным фактором при наличии эрозивно-язвенного повреждения желудка. Наблюдается восстановление размерности компарментов слизистой оболочки желудка. Позитивный характер изменений в желудке напрямую связан с морфокинетикой структур и усилением функции лимфоузла после фитостимуляции (лимфотропный эффект). Показатели интранодулярных структур выше аналогичных показателей, имеющих место при язве желудка без фитокоррекции, или сохраняются на уровне контрольных показателей. Зафиксировано увеличение Т- и В-зон лимфоузла, включая корковое плато, паракортекс, лимфоидные узелки. Остальные структуры имели стабильные показатели в период репарации язвы.

Заключение. При приеме биоактивного фитосбора выраженность морфологических изменений не нарастает и свидетельствует о более быстрой реституции органов. Прием фитосбора обеспечивает протекцию в отношении структур слизистой оболочки желудка через усиление функции лимфатической системы.

184

МЕТОДОЛОГИЯ БИОКРИСТАЛЛОМНОГО МОНИТОРИНГА АДЕКВАТНОСТИ ПИЩЕВЫХ РАЦИОНОВ СЕЛЬСКОХОЗЯЙСТВЕННЫХ ЖИВОТНЫХ

Мартусевич А.К., Воробьева Н.В., Барчугова Ю.В., Галкин В.А., Богданенок М.В.

Нижегородский государственный агротехнологический университет, Россия

Цель исследования: сформировать концепцию и алгоритмы персонализации пищевых рационов сельскохозяйственных животных.

Биокристалломика – сравнительно молодое междисциплинарное направление медико-биологического профиля, комплексно рассматривающее феномен биоассоциированной кристаллизации и влияние живых организмов на дегидратационную структуризацию жидкостей. Методический инструментарий биокристалломики позволяет на основании визуаметрической или аппаратной оценки кристаллизации биологических или абиогенных жидкостей косвенно оценивать их компонентный состав и физико-химические свойства. На этом базируется возможность исследования метаболического статуса организма и его динамики в различных функциональных или патологических состояниях по кристаллогенной активности биологических жидкостей (кристаллодиагностика).

Известно, что существенной проблемой современного животноводства является оптимизация пищевых рационов сельскохозяйственных животных с учетом особенностей метаболизма у конкретной особи, однако в настоящее время практически отсутствуют доступные экспресс-тесты, позволяющие производить его оценку. Продолжительный опыт успешного применения технологий кристаллосалядианности в гастроэнтерологии создает предпосылки для формирования алгоритма биокристаллометрического тестирования животных, в частности – крупного рогатого скота, основанного на базисном анализе кристаллогенной активности биологических жидкостей (в первую очередь – плазмы либо сыворотки крови) для персонализации пищевого рациона и последующем периодическом мониторинге динамики кристаллогенных свойств биосреды для оценки целесообразности коррекции пищевого режима конкретного животного.

186

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА ПРИ СОЧЕТАНИИ С ОЖИРЕНИЕМ: РЕЗУЛЬТАТЫ ОДНОМОМЕНТНОГО ИССЛЕДОВАНИЯ

Пестерева О.В., Симонова Ж.Г.

Кировский государственный медицинский университет, Россия

Актуальность. Проблема поражения поджелудочной железы в сочетании с ожирением актуальна для современного общества. Ожирение является ранним прогностическим признаком, определяющим тяжесть течения острого и хронического панкреатита. Изучение распространенности ожирения у пациентов с хроническим панкреатитом обусловлено взаимным отягощением патологических состояний, что приводит к негативному влиянию на структурно-функциональное состояние поджелудочной железы, создает трудности в лечебно-диагностическом процессе, повышает риск обострений, ухудшает прогноз и снижает качество жизни пациентов.

Цель исследования. Изучить клинические особенности течения хронического панкреатита при сочетании с ожирением.

Материалы и методы. В процессе одномоментного поперечного исследования были обследованы 335 пациентов с хроническим панкреатитом. Диагноз хронический панкреатит был подтвержден на основании комплексной оценки результатов лабораторных и инструментальных методов исследования. С целью классификации параметров по массе тела использовали индекс Кеттелла. В процессе исследования были сформированы две группы пациентов с хроническим панкреатитом: группа I (n = 94) – при сочетании с ожирением, группа II (n = 126) – с нормальной массой тела. Средняя длительность хронического панкреатита составила 5,05 ± 0,21 лет. Средний возраст мужчин составил 46,96 ± 1,66 лет, а женщин – 49,77 ± 1,35 лет.

Результаты. Ожирение было установлено у 94 (28,06 %) пациентов с хроническим панкреатитом. В группе I болевой синдром отметили 84 (89 %) пациентов, а в группе II – 80 (64 %) пациентов (z = 4,21, p = 0,0001). Частота встречаемости диспепсических расстройств оказалась более значимой у пациентов с хроническим панкреатитом при сочетании с ожирением. Частота встречаемости отрыжки воздухом составила в I группе – 95 %, а в группе сравнения – 64 % (z = 5,39, p = 0,0001). Среди пациентов I группы 65 % пациентов отметили неформенный стул, а в группе сравнения – 44 % (z = 3,086, p = 0,002).

Выводы. Частота встречаемости ожирения среди пациентов с хроническим панкреатитом составляет 28 %. При этом течение хронического панкреатита при сочетании с ожирением сопровождается более значимой частотой встречаемости абдоминальной боли и диспепсических расстройств в сравнении с больными с хроническим панкреатитом без ожирения.

185

ИЗУЧЕНИЕ ГЕПАТОПРОТЕКТИВНОГО ДЕЙСТВИЯ КРОКУСА ПРИ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОМ ТОКСИЧЕСКОМ ГЕПАТИТЕ

Панахова С.Р., Сафаралиева Л.Х.

Азербайджанский медицинский университет, Баку, Азербайджан

Цель: изучение гепатопротективного действия крокуса (*Crocus sativus*) при моделировании токсического гепатита у кроликов.

Материалы и методы исследования. В эксперименте использовали 12 кроликов рода «Шиншилла» весом 2–2,5 кг. Кролики были разделены на три группы. Два кролика контрольной группы получали обычное питание. Для моделирования токсического гепатита 5 кроликам второй группы перорально с помощью зонда 3 раза через день вводили 50 % раствор CCl₄ в оливковом масле в дозе 0,15 мл/100 г массы тела. Пять кроликов третьей группы (CCl₄+ *Crocus*) в дополнение к обычному питанию и введению CCl₄ получали через зонд экстракт шафрана из расчета 100 мг/кг/день в течение последующих 8 недель. Для оценивания влияния шафрана на печень в лаборатории в крови экспериментальных животных определяли печеночные показатели: аланинаминотрансферазу (АЛТ), аспаратаминотрансферазу (АСТ) и щелочную фосфатазу (ЩФ).

Результаты. После введения тетрахлорметана у кроликов второй и третьей групп развился токсический гепатит, что отражалось в повышении АЛТ, АСТ и ЩФ по сравнению с теми же показателями в крови кроликов контрольной группы. Однако у кроликов третьей группы, получавших шафран, на протяжении эксперимента наблюдалось улучшение печеночных показателей по сравнению с показателями кроликов второй группы.

Заключение. В ходе исследования было выявлено гепатопротективное действие шафрана, что позволяет рекомендовать его использование при токсическом гепатите.

187

МОДЕЛИРОВАНИЕ ВНУТРЕННИХ КИШЕЧНЫХ СВИЩЕЙ В ЭКСПЕРИМЕНТЕ

Тропская Н.С., Кислякова Е.А., Кислицына О.С., Вилкова И.Г., Гурман Ю.В.

НИИ СП им. Н.В. Склифосовского, Москва, Россия

Цель работы: разработать модель внутренних кишечных свищей в эксперименте на крысах.

Материалы и методы: исследование выполнено на 20 крысах самцах линии Вистар массой тела 300–350 г. Под наркозом крысам выполнялась срединная лапаротомия. Извлекалась слепая кишка. Далее выполняли кисетный шов на слепой кишке и дополнительно ее перевязывали лигатурой таким образом, что проходимость кишечника сохранялась. Затем слепая кишка перфорировалась двумя игольчатыми проколами диаметром 4 мм. Это позволило получить сочетанное влияние на организм как полимикробной бактериемии, так и некротических масс ишемизированной и поврежденной стенки слепой кишки. Дополнительно была выполнена частичная резекция сальников. Лапаротомная рана послойно ушивалась. Животных наблюдали в течение 28 дней после операции.

Результаты. На протяжении первых пяти суток после операции погибло 8 животных из 20; летальность в раннем послеоперационном периоде составила 40 %. В последующие сроки наблюдения летальных исходов не было. До гибели у животных выявлена адинамия, зарегистрировано прогрессирующее снижение температуры и массы тела. На вскрытии обнаружен выпот в брюшной полости, увеличенный желудок и раздутые петли тонкого кишечника. Участок слепой кишки, лишенный кровоснабжения, подвергался некрозу, и в дальнейшем инкапсулировался с формированием абсцесса.

Вывод. Данная модель позволяет воспроизводить воспалительные процессы в брюшной полости, сопровождающие несформированные кишечные свищи. С помощью данной модели возможно изучение различных способов лечения воспалительных процессов в брюшной полости при формировании кишечных свищей.

Питание

188

СПЕЦИАЛИЗАЦИЯ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО ПИТАНИЯ ДЛЯ БОЛЬНЫХ НЕАЛКОГОЛЬНОЙ ЖИРОВОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПЕЧЕНИ

Барановский А.Ю., Круглова Н.А.

Санкт-Петербургский государственный университет, Россия

Лечение больных неалкогольной жировой болезнью печени (НАЖБП) требует назначения широкого спектра лекарственных препаратов, способных блокировать патогенетические механизмы формирования и прогрессирования заболевания. Разработка новых пищевых продуктов для функционального питания в современной диетологии ориентирована на комбинированное использование в составе традиционных лечебных диетпродуктов, обогащенных ингредиентами, придающими им функциональные свойства. Для больных НАЖБП было разработано функциональное питание в виде специализированного продукта лечебного и диетического профилактического питания – смесь эссенциальных нутриентов многокомпонентная сухая (СЭНМС). В состав СЭНМС включены шесть нутриентов, каждый из которых обладает физиологически активными свойствами, комплексное синергическое действие которых способно обеспечить коррекцию многих патогенетических расстройств, формирующих НАЖБП. Рецепт СЭНМС составлена из инулина, сухого экстракта зеленого чая, сухого экстракта красного вина, L-карнитина, сухого экстракта косточек винограда, коэнзима Q10. Каждый из диетических участников новой композиции, внесенный в традиционную диету лечебного питания больных НАЖБП, имеет большую доказательную базу биологических эффектов.

Клинические исследования проведены у больных НАЖБП, добровольцах, мужчинах и женщинах, в возрасте от 35 до 55 лет: группа исследования (60 человек), группа контроля (60 человек). Было установлено, что экспериментальное функциональное питание существенно повышало эффективность и ускоряло результативность лекарственной терапии у больных в группе исследования. Лабораторно-инструментальными исследованиями доказан широкий спектр лечебных свойств новой рецептуры СЭНМС у больных с разным генезом НАЖБП: гепатопroteкция, противовоспалительная активность у больных стеатогепатитом, антиоксидантные свойства, нормализация холестерина обмена, уменьшение инсулинорезистентности у больных жировой болезнью печени при сахарном диабете. В докладе будут приведены количественные доказательства положительных результатов изученного функционального питания.

190

АКТУАЛЬНОСТЬ СКРИНИНГА NRS-2002 У БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ ОПЕРАЦИИ НА ЖЕЛУДКЕ, В РАННЕМ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ

Сергеева А.В., Смирнова О.А., Израйлов Р.Е., Кузьмина Т.Н.

Московский клинический научный центр им. А.С. Логинова, Россия

Актуальность. Оперативные вмешательства на желудке могут приводить к развитию нутриционной недостаточности (НН). Выявление НН осуществляется с применением шкал оценки нутриционного риска, в том числе NRS-2002. Однако, данный скрининг не включает параметры функциональных проб и маркеров белкового дефицита, что может в полной мере не отразить тяжесть НН, особенно в раннем послеоперационном периоде.

Цель исследования. Оценить риски НН у пациентов, перенесших операции на желудке, в раннем послеоперационном периоде, с помощью шкалы NRS-2002 и лабораторно-инструментальных методов.

Материалы и методы исследования. В исследование включили 17 пациентов – 6 женщин (медиана возраста – 73 года) и 11 мужчин (медиана возраста – 63 года), перенесших операции на желудке (дистальная резекция и гастрэктомия) в ГБУЗ МКНЦ им. А.С. Логинова ДЗМ в 2023 году. Причинами выполнения дистальной резекции желудка являлись: рак желудка (n = 7), язвенная болезнь желудка, осложненная декомпенсированным стенозом выходного отдела желудка (n = 3). Гастрэктомия выполнялась по поводу рака (n = 5) и ВИЧ-ассоциированной лимфомы с поражением желудка (n = 2). Всем пациентам проводился скрининг NRS-2002 на 1–3 сутки после операции. Помимо NRS-2002, оценка нутриционного статуса включала в себя антропометрию, контроль маркеров белкового дефицита и оценку мышечной силы методом кистевой динамометрии.

Результаты. По результатам скрининга NRS-2002 у 15 пациентов выявлены риски НН (3 балла и более), что определяло потребность в нутриционной поддержке (НП). Наименьший риск (менее 3 баллов) имели 2 пациента. Однако, учитывая объем оперативного вмешательства, невозможность перорального питания, белковые дефициты по данным лабораторных исследований и снижение показателей функциональных проб, это также потребовало назначения/коррекции НП.

Выводы. Диагностика НН в раннем послеоперационном периоде у больных, перенесших операции на желудке, должна проводиться не только с помощью скрининговых шкал, но и с определением более чувствительных маркеров белкового дефицита, проведением функциональных проб с целью ранней диагностики и коррекции нарушений НС, в том числе саркопении.

189

ВЛИЯНИЕ ПЕРОРАЛЬНОЙ ИММУННОЙ СМЕСИ НА СПЕКТР АМИНОКИСЛОТ КРОВИ ПРИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЯХ НА ЖЕЛУДКЕ

Рубанова Д.В.¹, Кузьмина Т.Н.¹, Субботин В.В.^{1,2}, Сильвестрова С.Ю.¹, Кочергин В.Г.^{1,3}¹ Московский клинический научный центр им. А.С. Логинова,² НИИ общей реаниматологии им. В.А. Неговского, ³ РНИМУ, Москва, Россия

Цель: оценить влияние пероральной иммунной смеси на динамику спектра аминокислот (аланин, глутамин, триптофан) в периперационном периоде у больных, подвергшихся лапароскопическим операциям по поводу рака желудка.

Материалы и методы. Проспективное исследование в ГБУЗ МКНЦ имени А.С. Логинова ДЗМ включало 10 пациентов (возраст – 71 ± 4,5 года), которые в течение 10 дней до операции принимали иммунную смесь 500 мл/сутки. После лапароскопического вмешательства (дистальная резекция желудка (n = 7); гастрэктомия (n = 3)) на протяжении 5 дней пациенты продолжали прием вышеуказанной смеси с контролем аланина, глутамина и триптофана сыворотки крови методом хроматографии.

Результаты. В предоперационном периоде Ме уровня глутамина в сыворотке крови – 472,3 мкмоль/л (норма – 513–568 мкмоль/л), Ме триптофана – 121 мкмоль/л (норма – 91,8–172,2 мкмоль/л), Ме аланина 425,5 мкмоль/л (норма – 359–628,3 мкмоль/л). Прием иммунной смеси в предоперационном периоде привел к повышению уровня глутамина, оценку осуществляли по Критерию Уилкоксона (Ме 573,3 мкмоль/л (p < 0,01)), повышение уровня триптофана (Ме 162,1 мкмоль/л (p = 0,027)) и аланина (Ме 594,8 мкмоль/л (p = 0,027)). В послеоперационном периоде отмечено снижение уровня глутамина (Ме 496,7 мкмоль/л (p < 0,01)), снижение уровня триптофана (Ме 129,3 мкмоль/л (p = 0,027)) и аланина (медиана 374,0 мкмоль/л (p < 0,01)). Повышение уровня всех трех аминокислот сыворотки крови между дооперационными и послеоперационными пробами (1-я и 3-я) являлось статистически не значимым (в группе глутамин p = 0,625, в группе триптофана p = 0,921, в группе аланина p = 0,275). В послеоперационном периоде не зафиксировано ни одного осложнения.

Выводы. Операция привела к снижению глутамин, аланин, триптофан, вероятно из-за распада белков. Применение иммунной смеси в предоперационном периоде увеличило аминокислоты сыворотки крови. Таким образом, несмотря на хирургический стресс-ответ, использование в периперационном периоде иммунных смесей сохранило запас аминокислот в сыворотке крови, снизило риски послеоперационных осложнений, ассоциированных с белковым дефицитом.

191

ОПТИМИЗАЦИЯ ПРОВЕДЕНИЯ СКРИНИНГА НУТРИЦИОННОГО РИСКА У ПАЦИЕНТОВ ПЕРЕД ПЛАНОВОЙ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ПАНКРЕАТОДУОДЕНАЛЬНОЙ РЕЗЕКЦИЕЙ

Смирнова О.А., Сергеева А.В., Тютюнник П.С., Кузьмина Т.Н.

Московский клинический научный центр им. А.С. Логинова, Россия

Актуальность. Несвоевременная диагностика и коррекция нутриционных нарушений перед оперативным вмешательством может ухудшить исход лапароскопической панкреатодуоденальной резекции (ЛПДР). Внедрение Единой медицинской информационно-аналитической системы (ЕМИАС) с включением оценки статуса питания, основанной на известной шкале NRS2002, позволило выявить нутриционные риски и провести своевременную коррекцию нарушений нутриционного статуса (НЦ) пациента.

Цель исследования: оптимизировать скрининг нутриционного риска в ЕМИАС у пациентов с опухолями поджелудочной железы перед лапароскопической панкреатодуоденальной резекцией.

Материалы и методы исследования. Пациентам, которым планировалось оперативное вмешательство на базе ГБУЗ МКНЦ им. А.С. Логинова ДЗМ в первом полугодии 2024 года проводили скрининг нутриционного риска с последующим комплексным обследованием НС. Консультация специалиста лаборатории нутрицистики включала в себя помимо результатов скрининга NRS2002, осмотр, оценку антропометрических параметров, функциональные пробы (кистевая динамометрия). Всего включено 17 больных раком поджелудочной железы 2-3 стадии по классификации TNM – 12 женщин и 5 мужчин, средний возраст – 57,9 ± 10,2 лет. Скрининг NRS2002 включал следующие критерии: сокращение объема принимаемой пищи от привычного в процентах, потеря массы тела за последние 3 месяца в процентах, ИМТ кг/кв. м и наличие онкологического заболевания.

Результаты. По результатам скрининга NRS2002 больные распределились следующим образом: 9 человек (53%) – 1–2 балла, которым были рекомендованы пероральные белково-энергетические смеси в качестве предоперационной подготовки, 8 человек (47%) – более 3 баллов, им требовалась обязательная нутриционная поддержка, в том числе с включением парентерального питания в течение 7 дней с последующим повторным осмотром.

Выводы. Включение шкалы NRS2002 в систему ЕМИАС, позволяет выявить потенциальные нутриционные риски и провести своевременную консультацию специалиста. Данный подход будет способствовать эффективной подготовке пациентов перед плановой операцией на поджелудочной железе.

192

ПИТАНИЕ И ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНЫЙ СТАТУС ПРИ СОЧЕТАНИИ КОНСТИПАЦИИ И МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА

Соусова Я.В.^{1,4}, Барышников Н.В.^{1,2,3}¹ СПбГТМУ, ² ПСПбГМУ им. акад. И.П. Павлова, ³ ИЭМ, ⁴ НИИЦ им. В.А. Алмазова, Санкт-Петербург, Россия

Цель: оценить питание и его влияние на выраженность тревоги у пациентов с метаболическим синдромом (МС), проходивших обследование по поводу хронического запора.

Материалы и методы. Опрошены 47 пациентов с МС, подтверждённым критериями ВНОК 2009 года, средний возраст составил $54,2 \pm 13,4$ лет. Критерии констипационного синдрома – частота дефекаций ≤ 3 раз в неделю, 1-2 тип стула по Бристольской шкале. Анализ рациона выполнялся в течение 2 недель по заполняемому респондентами пищевому дневнику, пищевого поведения – по опроснику DEBQ, выраженности симптомов тревоги – при помощи шкалы HADS. Концентрация серотонина в крови оценивалась с применением реактивов Serotonin ELISA Fast Track (80,0–350,0 нг/мл). Анализ статистических данных проводился в SPSS Statistics 27,0,1.

Результаты. Патологическое пищевое поведение при несбалансированном рационе отмечалось у 46,8 % пациентов, 36,2 % больных с девиантным типом питания придерживались сбалансированной диеты. Нарушения пищевого поведения отсутствовали у 17 % обследованных. Около ¼ респондентов имели все три компонента патологического пищевого поведения, у 21,3 % наблюдалось сочетание ограничительного и экстерналичного типов. Несбалансированный рацион за счёт недостатка растительных жиров имели 40,4 % пациентов, из-за чрезмерного потребления легкоусвояемых углеводов – 12,8 % опрошенных. Прослеживалась связь между относительной недостаточностью растительных жиров в рационе и более высокими показателями уровня серотонина ($r = +0,581$, $p = 0,03$) в крови при средней концентрации 66,8 (59,0; 86,4) нг/мл, а также более низким уровнем тревоги ($r = -0,308$, $p = 0,04$) при средних показателях в 7 (2;10) баллов. Объём потребления жидкости (в среднем 2 (1;3) л в сутки) коррелировал с типом стула ($r = +0,711$, $p = 0,02$) и имел отрицательную связь со степенью ожирения ($r = -0,679$, $p = 0,03$).

Выводы. Коррекция питьевого режима и питания являются первой линией лечения хронического запора, однако при назначении рекомендаций пациентам с МС необходимо учитывать наличие патологического пищевого поведения. Рацион с относительной недостаточностью растительных жиров у таких пациентов коррелирует с более высоким уровнем серотонина в крови и меньшей выраженностью клинических симптомов тревоги, что может привести к достоверной оценке психоэмоционального статуса больных.

194

НАРУШЕНИЯ ЦЕЛОСТНОСТИ КИШЕЧНОГО БАРЬЕРА И СОСТАВА МИКРОБИОТЫ КИШЕЧНИКА ПРИ МАТЕРИНСКОМ ОЖИРЕНИИ – ПУСКОВОЙ МЕХАНИЗМ ПЛАЦЕНТАРНОЙ ДИСФУНКЦИИ И МЕТАБОЛИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ У ПЛОДА

Успенский Ю.П.¹, Комар В.В.¹¹СПбГТМУ, Россия

Цель. Проанализировать данные о дисфункции плаценты, нарушении состава микробиоты кишечника при материнском ожирении, а также связанных с этим метаболических нарушений у плода.

Материалы и методы. Поиск зарубежной литературы, опубликованной в период с 2020 по 2024 годы, осуществлялся на платформах баз данных Medline (PubMed) и The Lancet Public Health Journal. Поиск материала проводился по ключевым словам и терминам, включающим «материнское ожирение», «плацента», «микробиота».

Результаты. Группа свиней с ожирением продемонстрировала повышение концентрации плацентарных активных форм кислорода, карбоксильных групп и IL-6. Это также коррелировало с обилием *Christensenellaceae* R-7 и отрицательно коррелировало с обилием *Bacteroidales* S24-7. Были отмечены более низкие уровни пропионата и увеличение *Bacteroidetes* в кале самок. Материнское ожирение у крыс снизило экспрессию рецептора 43, связанного с G-белком, изменило состав микробиома кишечника и уровень пропионата в сыворотке крови. Более того в печени плода наблюдался стеатоз, окислительный стресс и повышенная экспрессия ацетил-КоА-карбоксилазы 1 и липопроteinлипазы. Мышиная модель ожирения у самок продемонстрировала снижение количества *Lachnospiraceae*, продуцирующих КЖК в фекалиях матери, снижение бутирата слепой кишки, уровня анти-микробных пептидов кишечника и уровней транскриптов рецепторов SCFA Ffar3, Ffar2 и Hcar2 кишечника, а также повышение провоспалительной активности NFκB кишечника матери, количества T-клеток CD3+ толстой кишки и воспаление плаценты. Ожирение матери было связано с плацентарной гипоксией, повышенным ангиогенезом и повышенными уровнями транскриптов переносчиков глюкозы и аминокислот. Материнские и фетальные маркеры глюкогенеза снижались при беременности с ожирением.

Выводы. Материнское ожирение может приводить к оксидативному стрессу и генерировать воспалительную среду в плаценте посредством модуляции состава кишечной микробиоты. Нарушенные сигнальные пути бактериальных метаболитов у матери связаны со значительными структурными изменениями в плацентарных кровеносных сосудах. Изменения в кишечнике матери способствуют плацентарной дисфункции, что в свою очередь влияет на нарушение метаболизма глюкозы и липидов в печени плода, и может программировать метаболические нарушения.

193

СИНДРОМ ОБСТРУКТИВНОГО АПНОЭ СНА

Ургенова Н.М.

ПМГМУ им. И.М. Сеченова (Сеченовский университет), Клинический центр, Университетская клиническая больница № 2, Москва, Россия

Цель работы: клиническое наблюдение иллюстрирует важности своевременной диагностики и трактовки ее результатов при СОАС.

Клинический случай. Пациент В., 47 лет, поступил в клинику с жалобами на одышку при подъеме выше 3 этажа, головную боль в затылочной области. Семейный анамнез: у отца и матери – гипертоническая болезнь. Из анамнеза заболевания: длительное время избыточная масса тела (ИМТ – 40,9 кг/м²), с 2000 г. отмечает подъем АД до 200/140 мм. рт. ст. При обследовании патологии выявлено не было, назначена гипотензивная терапия. Чувствовал себя удовлетворительно до 2021 г. на фоне гипотензивной терапии отмечались подъемы АД до 170/100 мм. рт. ст. и появилась одышка. Диагностирован СД 2 типа. При ЭХО КГ – гипертрофия ЛЖ (МЖП – 1,7) дилатация предсердий, ФВ – 55 %, ЭКГ – синусовый ритм, ЧСС – 63 уд/мин. УЗИ почек, надпочечников, УЗДГ сосудов почек – без патологии. При обследовании в клинике: ЭХО КГ: дилатация обоих предсердий. Диастолическая дисфункция левого желудочка 1 типа. Атеросклеротические изменения корня аорты. Митральная недостаточность 2 степени. При ХМ ЭКГ: 16 наджелудочковых экстрасистол, пауз ритма не было выявлено. При СМАД на фоне гипотензивной терапии: суточный профиль АД гипертензивный, non-dipper. Компьютерная пульсоксиметрия: индекс десатурации 70 в час. Средняя сатурация – 82 %, минимальная – 54 %. Колебания пульса – от 44 до 146 уд/мин. Рекомендовано: неинвазивная вспомогательная вентиляция постоянным положительным давлением в дыхательных путях. Установлен диагноз: Основное заболевание: Сочетанные заболевания: 1) Гипертоническая болезнь III ст., 3 степени, очень высокий риск. 2) Синдром обструктивного апноэ сна тяжелой степени с гиповентиляцией. Фоновое заболевание: Ожирение 3 степени (ИМТ – 40,9 кг/м²). Сахарный диабет 2 ст.

Выводы. Синдром обструктивного апноэ сна – причина резистентной артериальной гипертензии у пациента с ожирением и сахарным диабетом. Неинвазивная вспомогательная вентиляция постоянным положительным давлением в дыхательных путях у пациента с синдромом обструктивного апноэ сна тяжелой степени приводит к снижению систолического и диастолического артериального давления, нормализации суточного профиля артериального давления.

Клеточная / молекулярная биология / патология

195

**ВЛИЯНИЕ ПОЛИМОРФИЗМА RS1799945 ГЕНА HFE
НА РАЗВИТИЕ СТЕАТОГЕПАТИТА У ПАЦИЕНТОВ С НАЖБП****Лагутинская Д.В., Смирнова О.В.**

Красноярский научный центр Сибирского отделения РАН,
Научно-исследовательский институт медицинских проблем Севера,
Красноярск, Россия

Актуальность. Неалкогольная жировая болезнь печени является мультифакторным, предраковым заболеванием, способным приводить к развитию стеатогепатита. Роль в ее формировании и прогрессировании отводится не только нарушениям в метаболизме белков, жиров и углеводов, но и расстройствам обмена железа, которые могут иметь наследственную природу. Возможным геном-кандидатом, обуславливающим ее возникновение, может быть ген HFE, ассоциированный с увеличенным запасанием железа организмом.

Цель работы: оценить роль вариантов полиморфизма rs1799945 гена HFE в развитии стеатогепатита у пациентов с НАЖБП.

Материалы и методы: в качестве объекта исследования выступила ДНК, выделенная из лейкоцитов цельной крови пациентов со стеатогепатитом с использованием набора ДНК-сорб-В (Амплиценс, Россия), с которой далее проводилась ПЦР в реальном времени с гидролизными зондами производства ООО «ТестГен», Россия. Статистический анализ проводился с использованием критериев χ^2 и расчетом отношения шансов с доверительным интервалом.

Результаты. В ходе изучения распространенности полиморфизма rs1799945 в контрольной группе и группе пациентов со стеатогепатитом нами не были обнаружены отклонения от уравнения Харди – Вайнберга ($p = 0,53$). Так же не было обнаружено отклонений во встречаемости вариантов данного полиморфизма у контрольной группы в сравнении с общемировыми данными ($p = 0,65$). В контрольной группе частота генотипа CC составила 0,74, CG – 0,23, GG – 0,03. У пациентов со стеатогепатитом встречаемость варианта CC составила 0,7, CG – 0,2 и GG – 0,1. Сравнение частот изучаемых генотипов не показало значимых различий у пациентов со стеатогепатитом при сравнении их с контролем. Отношение шансов с доверительным интервалом для минорного варианта GG составило 2,16 (0,52–8,88) и не является значимым.

Заключение. Значимое влияние полиморфизма rs1799945 на развитие стеатогепатита у пациентов с НАЖБП обнаружено не было.

Эндоскопия

196

ДЕВЯТИЛЕТНИЙ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ РАДИОЧАСТОТНОЙ АБЛЯЦИИ В ЛЕЧЕНИИ ПИЩЕВОДА БАРРЕТА

Дрозд У.А., Лукьянчук Р.М.

Многопрофильный медицинский центр «Клиника Пирогова», Санкт-Петербург, Россия

Цель: оценить результаты лечения пищевода Баррета с помощью радиочастотной абляции.

Материалы и методы. С 2015 г. на базе «Клиники Пирогова» проводится современное лечение пациентов с пищеводом Баррета с применением современной методики – радиочастотной абляции. За период с 2015 по 2024 гг. было пролечено 54 пациента с пищеводом Баррета. Для операции используется биполярный генератор радиочастотной энергии (Barx™ Radiofrequency Ablation System).

Для лечения 36 (67 %) пациентов с длинными сегментами использовались баллонные катетеры (HALO-360, Express). Современные катетеры меняют диаметр в зависимости от просвета пищевода и обеспечивают максимальный контакт электродом и слизистой. У 32 (89 %) пациентов использовалась двукратная обработка каждой зоны сразу (упрощенная методика). В 4 (11 %) случаях перед повторной обработкой проводилась очистка зоны воздействия (стандартная методика). Таким образом, каждый участок всегда обрабатывается дважды. При наличии короткого сегмента пищевода Баррета для радиочастотной абляции используют фокальные катетеры (HALO-60, 90). Данная операция была выполнена 18 (33 %) пациентам. Фокальный катетер позволяет проводить обработку каждого участка отдельно, а также регулировать изменение мощности воздействия на ткани от 12 до 15 Дж/см².

Результаты. Через 3 месяца после операции проводится первая оценка результатов. У 22 (41 %) пациентов с длинными циркулярными сегментами после радиочастотной абляции были выявлены резидуальные очаги пищевода Баррета, в 9 (41 %) случаях из них после проведения консервативной терапии отмечено полное восстановление нормальной слизистой, в 13 (59 %) случаях потребовался повторный сеанс радиочастотной абляции. Осложнения не возникли ни в одном случае.

Выводы. Радиочастотная абляция при пищеводе Баррета эффективна и безопасна операция, позволяющая одновременно обработать большие участки цилиндрического эпителия, при этом не вызывает выраженного дискомфорта у пациента и соответственно является методом выбора при лечении пищевода Баррета.

198

РЕЗУЛЬТАТЫ ПЛАНОВОЙ ДИАГНОСТИЧЕСКОЙ КОЛОНОСКОПИИ У ЛИЦ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

Кудрина С.В., Лебедев П.В., Гизатуллина Л.Р.

Ижевская государственная медицинская академия, ГКБ №8 им. И.Б. Однопозова, Россия

Цель исследования: анализ результатов эндоскопического и морфологического исследования толстой кишки у пациентов старше 60 лет.

Материалы и методы. Обследовано 50 больных в возрасте 60–75 лет и 50 больных старше 75 лет. Поводом для проведения первичной колоноскопии было наличие болевого абдоминального синдрома у 67 % человек, запоров – у 29 %, диареи – у 24 %, кала с примесью крови – у 22 %, слизи – у 14 %, астения с потерей массы тела отмечалась у четверти пациентов. Исследование выполнялось с использованием видеоскопической системы Sonoscare HD-500, колоноскопом ET-500T в отделении эндоскопической диагностики БУЗ УР «ГКБ №8 МЗ УР» г. Ижевска в 2022–2023 гг.

Результаты. Среди лиц пожилого возраста у 33 человек выявлен хронический геморрой, у 26 – поверхностные эпителиальные образования, у 19 – дивертикулы толстой кишки. У пациентов старческого возраста преобладающими патологическими состояниями толстой кишки были: хронический геморрой – 29 человек, дивертикулы – 24 человека, эпителиальные новообразования – 18 человек. У 44 пациентов эндоскопически обнаружены поверхностные эпителиальные образования, из них у 86 % больных найдены полиповидные неоплазии (0-Ip – 43 %, 0-Isp – 23 %, 0-Is – 20 %), у 14 % – непוליповидные неоплазии (0-IIa – 2 %, 0-IIc – 12 %). Все выявленные новообразования были удалены и направлены на морфологическое исследование. По результатам гистологии у 41,7 % пациентов установлена тубулярная аденома, у 16,7 % – тубуло-ворсинчатая аденома, у 33,3 % – гиперпластический полип, у 8,3 % – фиброзный псевдополип. У 13 обследованных впервые диагностирована аденокарцинома. Опухоль локализовалась в сигмовидной кишке (38 %), ободочной кишке (31 %), прямой кишке (31 %).

Выводы. В пожилом и старческом возрасте часто встречаются клинические и эндоскопические признаки патологии толстой кишки. Более чем у половины при глубоком обследовании обнаруживаются новообразования (предрак, рак). Внедрение национальных скрининговых программ высококачественной колоноскопии людям старше 60 лет позволит повысить своевременную диагностику предраковых состояний и колоректального рака.

197

КАК НАЙТИ РАК!

Королев М.П.

СПбГПМУ, Россия

Результат лечения рака любой локализации зависит от стадии. Ранний рак практически не дает метастазов. По данным онкологов 52 % рака составляет рак желудочно-кишечного тракта (пищевод, желудок, тонкая кишка, толстая кишка, опухоли панкреато-билиарной области, центральный рак легкого). Диагностика раннего рака этих локализаций является только современной эндоскопия, которая включает ZOOM, NBI, эндосцитоскопию, комфокальную эндоскопию, прицельную биопсию.

Профилактика рака ЖКТ – это своевременное выявление и лечение предраковых заболеваний (хронический гастрит, язвенная болезнь, аденоматозная болезнь).

Для выявления раннего рака ЖКТ необходимо проводить скрининг. Скрининг – это обследование бессимптомных пациентов. С момента появления атипичных клеток до клинических проявлений рака проходит 5–6 лет. В этот период единственный способ найти ранний рак является современная эндоскопия.

Лечение раннего рака это прежде всего эндоскопическое, которое дает практически 100 % пятилетнюю выживаемость.

Эндоскопия – это будущее медицины.

199

ДЕВЯТИЛЕТНИЙ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ КАПСУЛЬНОЙ ЭНДОСКОПИИ В ДИАГНОСТИКЕ ПАТОЛОГИЙ КИШЕЧНИКА

Лукьянчук Р.М., Королев М.П., Дрозд У.А., Попеделков В.В., Светлых Е.Д., Федотов Б.Л.

СПбГПМУ, Санкт-Петербург, Россия

Цель работы – оценить диагностические возможности капсульной эндоскопии.

Материалы и методы. С 2015 г. на клинических базах кафедры активно стала применяться методика капсульной эндоскопии. С целью изучения методики и оценки возможности применения видеокапсул для скрининга новообразований и других патологий кишечника в 2016–2024 гг. было проведено многоцентровое исследование. Для обследования использовалась капсульная система PillCam. Пациенты проходят стандартную двухэтапную подготовку к исследованию, как и для колоноскопии. Видеокапсула проходит через желудочно-кишечный тракт и выходит естественным путём, на ресивере записываются данные с капсулы, которые далее уже анализируются на компьютере в специальной программе. С помощью данных полученных с капсулы оценивается состояние слизистой, выявляются новообразования, воспалительные процессы кишечника. Отмечена хорошая переносимость процедуры. Осложнений капсульной эндоскопии не выявлено.

Результаты. За период с 2015 по 2024 годы было выполнено 561 капсульных исследований – тонкокишечная капсула (SB3) – 156 (27,8 %), толстокишечная (Colon2) – 385 (68,6 %), капсула Крона (Crohn's) – 20 (3,6 %). Возраст пациентов был от 33 до 83 лет. Тотальное обследование удалось выполнить в 93 % случаев. Патологии, выявленные у пациентов: ЗНО тонкой кишки – 3 (0,5 %) случая, ЗНО толстой кишки – 5 (0,9 %), эпителиальные новообразования желудка, тонкой и толстой кишки – 123 (21,9 %), воспалительные заболевания кишечника – 61 (10,9 %), другие патологии – 65 (10 %).

Выводы. Данные полученные при капсульном исследовании, позволяют выявить различные патологии и новообразования кишечника, что способствует своевременному получению пациентом специализированной помощи. Результаты видеокапсульного исследования сопоставимы по показателям качества со стандартной видеокколоноскопией, соответственно данная методика может быть рекомендована для скрининга новообразований желудочно-кишечного тракта.

**ПРИМЕНЕНИЕ ЭНДОСОНОГРАФИИ В ДИАГНОСТИКЕ
ПОДСЛИЗИСТЫХ ОБРАЗОВАНИЙ ЖЕЛУДКА****Маевская Т.В.**

Республиканский клинический медицинский центр УДП, Минск, Беларусь

Введение. Подслизистые образования (ПО) составляют около 5 % от всех новообразований верхних отделов желудочно-кишечного тракта и наиболее часто (до 60 % случаев) встречаются в желудке.

Цель работы: улучшить результаты диагностики у пациентов с ПО желудка.

Материалы и методы: в отделении эндоскопии ГУ «Республиканский клинический медицинский центр» Управления делами Президента Республики Беларусь за период с января 2018 года по июнь 2024 года эндосонаграфия (ЭУС) с целью уточнения диагноза была выполнена 198 пациентам с ПО желудка. Перед проведением ЭУС пациентам выполнялась эзофагогастродуоденоскопия, во время которой были выявлены ПО желудка или подозрение на их наличие.

Результаты. По результатам выполненных 198 ЭУС желудка в 75 случаях (37,9 %) была выявлена лейомиома, в 20 % случаев исходящая из второго слоя стенки (собственная мышечная пластинка слизистой) и в 80 % – из четвертого слоя стенки (мышечного); в 44 случаях (22,2 %) – липома, исходящая из третьего (подслизистого) слоя стенки; в 33 случаях (16,7 %) ПО стенки желудка выявлены не были (определялось прилегание смежных органов и сосудов); в 19 случаях (9,6 %) была выявлена aberrантная поджелудочная железа (третий слой); в 10 случаях (5,1 %) – гастроинтестинальная стромальная опухоль, в 9 случаях исходящая из четвертого слоя стенки и в 1 случае – из второго слоя; в 7 наблюдениях (3,5 %) были получены данные за наличие эпителиального образования; в 5 наблюдениях (2,5 %) была выявлена киста стенки желудка (третий слой); в 2 случаях (1,0 %) – фибро-ваккулярный полип (третий слой); в 3 случаях (1,5 %) – множественные нейроэндокринные опухоли (третий слой).

Выводы. Согласно нашим результатам, в желудке наиболее часто определяется лейомиома (37,9 %) и липома (22,2 %). ЭУС является методикой выбора для диагностики ПО желудка, позволяющей верифицировать их различные виды, провести дифференциальную диагностику с экстраорганной компрессией и внутривенными сосудами, выявить признаки малигнизации и выбрать правильную тактику ведения пациентов.

Лучевые методы диагностики и лечения

201

МЕТОДИКА ПРОВЕДЕНИЯ КАПИЛЛЯРОСКОПИИ У ПАЦИЕНТОВ С МЕТАБОЛИЧЕСКИ АССОЦИИРОВАННОЙ ЖИРОВОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПЕЧЕНИ, ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Ахмедова А.Р., Борсуков А.В.

Проблемная научно-исследовательская лаборатория
«Диагностические исследования и малоинвазивные технологии»,
Смоленский государственный медицинский университет, Россия

Цель работы: оценить возможности использования капилляроскопии в рамках мультипараметрического исследования микроциркуляторного русла для мониторинга коморбидной патологии у пациентов с метаболически ассоциированной жировой болезнью печени (МАЗБП) и хронической сердечной недостаточностью (ХСН).

Материалы и методы. Исследование проводилось на базе кардиологического отделения ОГБУЗ «Клиническая больница № 1». Были обследованы 40 пациентов, с ХСН и МАЗБП в целях исследования капилляроскопии. Далее проводилась холодовая проба, заключающаяся в полном погружении кисти исследуемого на 1 минуту в холодную воду температурой 9°. На втором этапе повторно проводились эти же исследования и сравнивались результаты до и после проведения холодовой пробы.

Результаты. В ходе исследования микроциркуляторного русла были выявлены следующие критерии для оценки микроциркуляции с помощью капилляроскопии: морфология капилляров (извитые, перекрещенные, расширенные, разветвленные); размер капилляров (мм).

Выводы. В рамках исследования был создан протокол для проведения комплексной оценки состояния микроциркуляторного русла у пациентов с коморбидной патологией: ХСН и МАЗБП.

203

СОВРЕМЕННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ ВИЗУАЛИЗАЦИИ НОВООБРАЗОВАНИЙ ДИСТАЛЬНОГО ОТДЕЛА ТОЛСТОЙ КИШКИ

Бреднева А.С., Шолохов В.Н., Бердников С.Н., Насонов Н.Д.,
Карамурзаев Н.К., Данзанова Т.Ю., Лапедату П.И.

Национальный медицинский исследовательский центр онкологии
им. Н.Н. Блохина, Москва, Россия

Колоректальный рак является одним из наиболее распространённых злокачественных новообразований в мире. В структуре заболеваемости колоректальным раком около одной трети занимает рак прямой кишки.

В диагностике образований дистального отдела толстой кишки используют различные методы визуализации: ректоскопию, колоноскопию, магнитно-резонансную томографию (МРТ), а также трансректальное ультразвуковое исследование (ТРУЗИ). Все эти методы позволяют определить наличие новообразования, но только МРТ и ТРУЗИ используют для определения стадии опухоли.

Трансректальное ультразвуковое исследование – диагностический метод, применяемый для определения локализации опухоли и её размеров, расположения её нижней границы, выявления инфильтрации сфинктерного аппарата, визуализации слоев кишечной стенки и определения глубины инвазии, визуализации измененных лимфоузлов в праректальной клетчатке и определения инвазии опухоли других органов малого таза. Технические возможности данного метода улучшились за последнее время. Появилась возможность выполнения не только стандартного трансректального исследования с использованием конвексного внутривидеоскопического датчика, но и выполнение 3D-реконструкций прямой кишки и анального канала с использованием новых высокочастотных ректальных датчиков, проведение исследования с использованием баллонной методики. Эти новые технические возможности позволяют улучшить визуализацию, получить дополнительную информацию при определении локорегионарной стадии опухолевого процесса и повысить качество предоперационной диагностики и дальнейшего лечения пациентов с опухолями прямой кишки и анального канала.

ТРУЗИ можно использовать не только для предоперационного стадирования, но и для оценки эффективности неоадьювантного химиолучевого лечения. А также наш опыт трансректальной ультразвуковой визуализации помог при выполнении биопсий опухолей дистального отдела толстой кишки и получения достаточного количества материала для верификации опухоли.

202

УЛЬТРАЗВУКОВЫЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ОПУХОЛЕЙ ЖЕЛУДКА

Балакина И.В.

ПИУВ – филиал РМАНПО, Пенза, Россия

Цель исследования: изучение ультразвуковых характеристик опухолевой патологии желудка.

Материалы и методы. Проанализированы данные УЗИ желудка 258 пациентов, обратившихся в МЦ «Диагноз», г. Пенза. Возраст пациентов составил от 18 до 80 лет, из них мужчин – 122 (47,3 %), женщин – 136 (52,7 %). План обследования включал УЗИ, ФГДС, гистоморфологические методы. Методика УЗИ желудка проводилась по стандартной методике в основном на аппарате Aplio XG (Toshiba, Япония).

Результаты. В оценке неизменной эхоструктуры стенки желудка и при его поражении опухолевой патологией основными признаками явились показатели толщины стенки, которые в норме имели – 5 мм; при раке желудка – 12,6–68,0 мм соответственно. Симптом ППО, характеризующий рак желудка, включал в себя следующие признаки: неравномерное увеличение стенки (100,0 %) одного или нескольких эхослоев (100,0 %), неровность контуров стенки (94,8 %); нарушение дифференциации слоев (88,0 %). Из всех случаев опухолевого поражения желудка, аденокарциномы составили 98 (37,9 %). Диагностированы также полипы – 29,4 %, полипы с малигнизацией – 14,3 %. При прогрессировании рака желудка одиночное образование без акустической тени, которое выступает из стенки желудка в его просвет, имеет широкое основание, не исчезает при прохождении перистальтической волны, не имеет четкой границы между стенкой желудка и образованием, дифференцировка слоев стенки исчезает.

Выводы. Результаты работы показали свойственные различным опухолям желудка ультразвуковые характеристики.

204

ВОЗМОЖНОСТИ КонтРАСТ-УСИЛЕННОГО УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ В ОЦЕНКЕ ВЫРАЖЕННОСТИ НАРУШЕНИЙ ФУНКЦИИ ПЕЧЕНИ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМИ ВИРУСНЫМИ ГЕПАТИТАМИ С И В И ПОЧЕК У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА

Горбатенко О.А., Борсуков А.В.

Смоленский государственный медицинский университет, Россия

Цель: оценить возможность контраст-усиленного ультразвукового исследования в оценке выраженности нарушений функции печени у пациентов с хроническими вирусными гепатитами С и В и почек у пациентов с сахарным диабетом (СД) 2 типа.

Материалы и методы. На базе ПНИЛ «Диагностические исследования и малоинвазивные технологии» ФГБОУ ВО СГМУ Минздрава России г. Смоленска с 2023 по 2024 гг. обследованы 34 пациента в возрасте 22–80 лет, разделенные на 2 группы: 1-я гр. (n = 14) – с СД 2 типа; 2-я гр. (n = 20) – с хроническими вирусными гепатитами С и В. Контрольная группа для 1-й гр. (n = 30), для 2-й гр. (n = 30). Средний возраст – 63 ± 10 лет, из них 22 женщины (64,7 %) и 12 мужчин (35,3 %). Всем выполнялось мультипараметрическое УЗИ (В-режим, ЦДК, КУУЗИ печени и правой почки). Оценивались кривые «интенсивность – время» для печени и почек с фиксацией точек ТАО, PI и конечную точку на графике выведения КВ, с последующим формированием угла С для печени и для почки.

Результаты. Были проанализированы кривые «интенсивность – время» по данным КУУЗИ. У пациентов с хроническими вирусными гепатитами В или С (n = 20) у 16 человек были получены результаты угла С более 84° (max), что исключает у пациента хронический вирусный гепатит С или В; у 4 человек – 183° (max) – что подтверждает тяжелое течение вирусного гепатита. Даная методика подтверждается клинико-anamnestическими данными. У пациентов с СД 2 типа (n = 14) у 10 человек были получены результаты угла С более 75° (max), что исключает у пациента ХБП; у 4 человек – 153° (max), что подтверждает ХБП. Даная методика подтверждается клинико-anamnestическими данными. Показатели диагностической значимости КУУЗИ у пациентов с ДБП составили: Ч – 88,28 %, С – 80,51 %, Т – 82,84 %.

Выводы. Применение УЗКВ в диагностическом алгоритме ХБП и хронических вирусных гепатитов С и В усиливает значимость ультразвукового метода исследования. Качественные и количественные параметры КУУЗИ позволяют объективно оценить изменение печени и почек.

205

ВОЗМОЖНОСТИ МР-ДИАГНОСТИКИ С ГЕПАТОСПЕЦИФИЧЕСКИМ КОНТРАСТОМ ПРИМОВИСТ В ОЦЕНКЕ ФОКАЛЬНО-НОДУЛЯРНОЙ ГИПЕРПЛАЗИИ

Грицай А.А., Гончарова А.Ю.

ВГМУ им. Н.Н. Бурденко, Воронеж, Россия

Аннотация. Для наиболее специфичного метода диагностики, позволяющего дифференцировать очаговую узловую гиперплазию от других образований печени, в последние годы стали внедряться органотропные парамагнитные контрастирующие вещества.

Введение. Наиболее специфичный метод диагностики, позволяющий дифференцировать очаговую узловую гиперплазию от других образований печени, является примовист. При очаговой узловой гиперплазии выявляется однородное контрастирование в артериальную фазу. При отсроченном сканировании: в гепатобилиарную фазу (20 минут): выявляется изо-/гиперинтенсивное образование с гипointенсивным рубцом в центре.

Методы и материалы. Представлен клинический случай пациентки (46 лет) с очаговым образованием печени, которое было выявлено на УЗИ, при МРТ исследовании с обычным контрастом интерпретация изображения была неоднозначная. Выполнено МРТ с динамическим контрастным усилением гепатотропным препаратом Примовист (Bayer Pharma, Германия).

Контрастное вещество вводили внутривенно, болюсно со скоростью введения 3 мл/с (катетер венфлон G 18), в объеме 10,0 мл.

Сканирование проводили на высокопольном МР-томографе Philips Ingenia с напряженностью магнитного поля 1,5 Тесла. Протокол исследования включал последовательности T1-, T2-ВИ, ИП STIR, T1 FS в аксиальной и коронарной проекции в условиях естественной контрастности, толщиной среза 2,5 и 5 мм. Постконтрастные изображения получали на T1 FS в аксиальной и коронарной плоскостях толщиной среза 2,5 мм, в артериальную фазу – через 25 с, портоинозную – 50 с, отсроченную – 3 мин. и гепатоспецифическую – через 20 мин. после окончания введения контрастного средства.

Результаты и обсуждение. Особенности метаболизма препарата позволяет дифференцировать доброкачественные новообразования от злокачественных. МРТ картина накопления препарата при узловой гиперплазии определялась наличием и формой центрального рубца, который в гепатоспецифическую фазу характеризовался гипointенсивным МР-сигналом, тогда как остальная часть узла имела изоинтенсивный МР-сигнал за счет неизмененных гепатоцитов.

207

СЛУЧАЙ УЛЬТРАЗВУКОВОГО ДИНАМИЧЕСКОГО НАБЛЮДЕНИЯ РЕБЕНКА ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ С МНОЖЕСТВЕННЫМИ ГЕАНГИОМАМИ ПЕЧЕНИ

Ищенко Н.В., Власова Н.В., Титова Л.А., Архангельская Ю.В., Плюхина А.С.

Воронежский государственный медицинский университет им. Н.Н. Бурденко, ООО «Детский Доктор», Воронеж, Россия

Цель: динамическое ультразвуковое наблюдение ребёнка первого года жизни с множественными гемангиомами печени для установления вероятности самопроизвольного регрессирования гемангиом.

Материалы и методы. Представлен случай ультразвукового наблюдения ребенка женского пола в возрасте 1, 6 месяцев и 1 года. Исследование проведено на аппарате Philips Affiniti 30, датчики С 8-3 мГц и L 12-3 мГц.

Результаты исследования. При амбулаторном обследовании в возрасте 1 месяца выявлены множественные очаговые образования, расположенные по всей паренхиме печени, овальной формы, с ровными, четкими контурами, пониженной эхогенности, мелкосетчатой структуры, с наличием центрального кровотока, наибольшими размерами до 19×17 мм (гемангиомы печени?), от проведения МРТ родители отказались, было назначено динамическое ультразвуковое наблюдение в возрасте 6 месяцев, при котором было обнаружено, что количество сосудистых образований резко снизилось до четырех. В возрасте 1 года и 1 месяца в печени лоцировалось только два очаговых образования уже повышенной эхогенности, сосудистый кровоток в них не определялся. В возрасте 1 года 7 месяцев убедительных данных за наличие дополнительных очаговых образований печени получено не было. Сосудистых образований на коже туловища и других локализаций обнаружено не было. Можно предположить, что обнаруженное сосудистое образование печени являлось врожденной гемангиомой и самопроизвольно регрессировало.

Заключение. При отсутствии рисков осложнения у детей первого года жизни с множественными гемангиомами при отсутствии клинических проявлений рекомендуется выбрать выжидательную тактику с динамическим ультразвуковым наблюдением. При необходимости могут быть использованы методы исследования с лучшей визуализацией такие, как МРТ или МСКТ с внутривенным контрастным усилением.

206

УЛЬТРАЗВУКОВАЯ ДИАГНОСТИКА КИСТ БРЫЖЕЙКИ

Данзанова Т.Ю.^{1,2}, Лепэдату П.И.¹, Синокова Г.Т.¹, Бердников С.Н.¹, Зубарева Е.А.², Королева И.С.¹¹ НМИЦ онкологии им. Н.Н. Блохина,² РНИМУ им. Н.И. Пирогова, Москва, Россия

Цель работы: определить место ультразвукового исследования в алгоритме исследования пациентов с кистами брыжейки.

Материалы и методы. Проанализированы два клинических случая пациентов с опухолью толстой кишки и опухолью молочных желез, у которых на этапе обследования в результате проведения ультразвукового исследования органов брюшной полости и забрюшинного пространства были диагностированы мезентериальные кисты.

Результаты и обсуждение. Кисты брыжейки представляют собой очень редкое заболевание брюшной полости. Локализация этих кист может быть в любом месте брыжейки, от двенадцатиперстной кишки до прямой кишки. Кисты брыжейки часто протекают бессимптомно и выявляются случайно. Злокачественная трансформация кист может произойти в 3 % случаев. Мезентериальные кисты представляют собой диагностическую проблему из-за низкой заболеваемости и отсутствия специфических симптомов. Методы визуализации, такие как ультразвуковое исследование, компьютерная томография и магнитно-резонансная томография, играют ключевую роль в диагностике кист брыжейки. Лечение показано пациентам с симптомами, а полное иссечение, обычно выполняемое лапаротомией, считается золотым стандартом предотвращения рецидива или злокачественной трансформации.

Вывод: у проанализированных нами пациентов в лабораторных анализах не было выявлено отклонений, и клинически мезентериальные кисты протекали бессимптомно. Дифференциальный диагноз мезентериальных кист проводился с псевдокистами поджелудочной железы, эндометриозом, кистозным мезентериальным паникулитом (склерозирующий мезентерит), урогенитальными кистами, осумкованным асцитом, опухолями брыжейки, острым аппендицитом, кистой яичника, лимфомой брюшной полости.

208

АБДОМИНАЛЬНОЕ УЛЬТРАЗВУКОВОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ В ДИАГНОСТИКЕ СИНДРОМА АРТЕРИАЛЬНОГО СПЛЕНО-ПЕЧЕНОЧНОГО ОБКРАДЫВАНИЯ ПРИ РОДСТВЕННОЙ ТРАНСПЛАНТАЦИИ ЛЕВОЙ ДОЛИ ПЕЧЕНИ И ОЦЕНКЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЕГО ЛЕЧЕНИЯ ПОСРЕДСТВОМ ЭМБОЛИЗАЦИИ СЕЛЕЗЕНОЧНОЙ АРТЕРИИ (КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ)

Камалов Ю.Р., Крыжановская Е.Ю., Филлин А.В.

Российский научный центр хирургии им. акад. Б.В. Петровского, Москва, Россия

Цель: показать возможности абдоминального УЗИ в диагностике синдрома артериального сплено-печеночного обкрадывания (САСПО) при трансплантации печени и оценке его лечения посредством эмболизации селезеночной артерии (СА).

Материалы и методы: 04.03.2022 г. выполнена родственная трансплантация левой доли печени (РТ ЛДП) 9-летнему мальчику по поводу цирроза печени неуточненной этиологии. 18.03.2022 г. произведена эндоваскулярная эмболизация СА. 17.04.2023 г. – повторная эмболизация ветвей СА. УЗИ включало оценку состояния трансплантата печени и селезенки, показателей гемодинамики печеночной (ПА) и селезеночной (СА) артерий и портальной вены (ПВ) [диаметр, средняя (ССК) и объемная (ОСК) скорости кровотока, PI и RI].

Результаты: до операции установлено, что d СА был больше d ПА (0,7 см vs 0,3 см), а ОСК СА в 17 раз превышала ОСК ПА. В раннем послеоперационном периоде в ПА отмечены отсутствие диастолического потока, снижение V_{max} до 23 см/с и ОСК до 18,8 мл/мин, повышение PI и RI в сочетании с увеличением ОСК СА до 1960 мл/мин, а ОСК ПВ до 2712 мл/мин, увеличением размеров селезенки до 164,3 см² и асцитом, что наряду с дисфункцией трансплантата послужило основанием для диагностики САСПО. После эмболизации СА отмечена положительная динамика: увеличение d ПА до 0,44 см и ОСК ПА до 231,6 мл/мин, уменьшение ОСК СА (1009,3 мл/мин) и размеров селезенки (99,0 см²), исчезновение асцита. Через 8 месяцев усилилась тромбоцитопения, отмечены увеличение ОСК СА и ПВ, размеров селезенки. После повторной эмболизации СА повысилась ОСК ПА, снизилась ОСК ПВ, но отмечены инфаркт и увеличение размеров селезенки. Через 8 месяцев ОСК ПА и СА сопоставимы (576 мл/мин vs 626 мл/мин), ОСК ПВ – 1907 мл/мин, а размер селезенки – 67 см².

Выводы: ОСК ПА, СА и ПВ полезны в предтрансплантационном периоде как предсказатели возможного развития САСПО, являются важными для его диагностики в посттрансплантационном периоде, а в сочетании с размерами селезенки – в оценке эффективности эмболизации СА.

209

КРИТЕРИИ ОЦЕНКИ МР-СПЕКТРОСКОПИИ КОМПЛЕКСА «ПЕЧЕНЬ – СЕЛЕЗЕНКА»

Ковалёв А.В., Морозова Т.Г., Старовойтова Е.А.

Смоленский государственный медицинский университет, Россия

Цель: определить критерии МР-спектроскопии комплекса «печень – селезенка».

Материалы и методы. В исследование вошел 91 пациент. Среди них 68 мужчин и 23 женщины. Клинические формы: алкогольный гепатит (n = 23), вирусный (n = 15) и смешанной природы (n = 21), цирроз печени (n = 32) вирусной (n = 10), алкогольной (n = 19) и смешанной (n = 3) природы. Оценивались результаты МР-спектроскопии комплекса «печень – селезенка» на высокопольном аппарате (1,5Т, Toshiba, Vantage Titan). Контрольная группа была представлена здоровыми людьми, в возрасте от 25 до 46 лет. Референтный метод гистологический аутопсийный материал печени и селезенки (n = 33).

Результаты и их обсуждения. Оценивались метаболиты печени и селезенки. Определены контрольные значения: в печени Lip – 2,2 ± 1,3 у.е., Cho – 5,9 ± 2,4 у.е., Lac – 1,3 ± 0,4 у.е., Cr – 6,8 ± 2,9 у.е., глутамин – 1,4 ± 0,7 у.е., глутамат – 1,2 ± 0,1 у.е.; в селезенке: Lip – 25,3 ± 4,1 у.е., Cho – 48,2 ± 1,7 у.е., Lac – 3,9 ± 1,7 у.е., Cr – 41,5 ± 2,7 у.е., глутамин – 3,5 ± 0,5 у.е., глутамат 3,9 ± 0,1 у.е.; в селезенке: Lip 25,3 ± 4,1 у.е., Cho 48,2 ± 1,7 у.е., Lac – 3,9 ± 1,7 у.е., Cr – 41,5 ± 2,7 у.е., глутамин – 3,5 ± 0,5 у.е., глутамат – 3,9 ± 0,1 у.е. Уровень Cho в печени был снижен у всех пациентов алкогольной этиологии; в селезенке снижение уровня холина индуцировало прогрессирование заболевания (n = 19), с последующим развитием клинически значимой энцефалопатии (n = 19), развитием анемии (n = 6). Гепаторенальный синдром в течение трех месяцев развивался у пациентов при снижении уровня креатина в селезенке (n = 15). Повышение уровня Lac в печени и селезенке отмечено у пациентов с вирусным поражением, также отмечено в этой группе (n = 11) снижение уровня глутамина и глутамата – нарушение окислительно-восстановительных процессов.

Выводы. 1) Необходимо проводить МР-спектроскопию комплекса «печень – селезенка» для пациентов с гепатитами и циррозами. 2) Результаты МР-спектроскопии позволяют прогнозировать неблагоприятное течение гепатитов и циррозов. 3) Для пациентов с патологией печени требуется оценка Lip, Cho, Lac, Cr, глутамина, глутамата.

211

ОПТИЧЕСКИЕ ТЕХНОЛОГИИ В СТРУКТУРЕ МИНИИНВАЗИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ ПРИ ПАТОЛОГИИ ПЕЧЕНИ

Мамошин А.В., Потапова Е.В., Дунаев А.В., Сумин Д.С., Кандурова К.Ю., Шуплецов В.В.

Орловский государственный университет им. И.С. Тургенева, Орловская областная клиническая больница, Россия

Цель работы: обосновать возможности и эффективность использования оптических технологий при проведении чрескожных миниинвазивных вмешательств по поводу патологии печени.

Материалы и методы. Исследования проводились с использованием волоконно-оптической системы флуоресцентно-отражательной спектроскопии, включающей два измерительных канала – спектроскопии диффузного отражения и флуоресцентной спектроскопии, позволяющих выполнить оценку содержания основных метаболических коферментов в тканях и ее насыщения кислородом. Клинические исследования выполнены для дифференциации очаговых образований печени при проведении пункционной биопсии и оценки функционального состояния печени при синдроме механической желтухи.

Результаты. Зафиксированы статистически значимые различия в параметрах спектров флуоресценции и рассчитанных значениях тканевой сатурации для неизменной паренхимы печени и опухолевой ткани. Чувствительность и специфичность оптической диагностики достигли 0,90 и 0,95. При синдроме механической желтухи результаты отражают наличие метаболических изменений, связанных со сдвигами в содержании основных флуорофоров тканей печени: NADH, флавинов и билирубина. Преобладание флуоресценции кофермента NADH может указывать на нарушения в процессе утилизации кислорода и быть косвенным признаком гипоксии.

Выводы. Оптические технологии позволяют снизить количество «недиагностических» образцов, проводить диагностику состояния тканей непосредственно во время процедуры, увеличить её точность и надежность. Результаты флуоресцентной спектроскопии предоставляют информацию об уровне метаболизма паренхимы печени интраоперационно в режиме реального времени.

Исследование выполнено при поддержке Российского научного фонда в рамках проекта № 23-25-00487, <https://rscf.ru/project/23-25-00487/>.

210

МУЛЬТИРЕЗОВАЯ КОМПЬЮТЕРНАЯ ТОМОГРАФИЯ В НЕИНВАЗИВНОЙ ОЦЕНКЕ СТЕПЕНИ ФИБРОЗА ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫЛесько К.А.¹, Винокурова Л.В.¹, Бордин Д.С.^{1,2,3}, Дубцова Е.А.¹, Хомерики С.Г.¹, Карнаухов Н.С.¹, Макаренко Н.В.¹, Савина И.В.¹, Кирюкова М.А.¹, Салимгереева Д.А.¹, Хатьков И.Е.^{1,2}¹ Московский клинический научный центр им. А.С. Логинова,² Российский университет медицины, Москва,³ Тверской государственный медицинский университет, Россия

Цель: выявление взаимосвязи между результатами мультисрезовой компьютерной томографии (МСКТ) и морфологической степенью фиброза поджелудочной железы (ПЖ).

Материалы и методы. Представлены первые результаты исследования в рамках реализации научно-практического проекта в сфере медицины «Оценка степени фиброза поджелудочной железы как фактора прогноза течения ее патологии» (соглашение №2412-21/22 от 21.03.2022). МСКТ с внутривенным контрастированием выполнена 165 пациентам в возрасте 25–89 лет с хроническим панкреатитом и образованиями ПЖ, подвергшимся хирургическому лечению с апреля 2022 г. по ноябрь 2023 г. Морфологически оценена степень панкреатического фиброза (ПФ) по Klöppel и Maillet.

Результаты. Значение плотности ткани ПЖ в бесконтрастную фазу были статистически значимо ниже (p = 0,004) у пациентов с выраженной степенью ПФ (32,2 ед. X), чем у пациентов со слабой степенью ПФ (39,2 ед. X).

Средние значения соотношения интенсивности контрастирования (СК) в венозную и панкреатическую фазы были статистически значимо выше (p = 0,001) у пациентов с тяжелой степенью ПФ (СК = 1,16), чем у пациентов со слабой степенью ПФ (СК = 0,78). Обнаружено статистически значимое повышение (p = 0,03) значения СК у пациентов с признаками воспалительных изменений в ткани ПЖ (СК = 1,14), чем без них (СК = 0,81).

Обнаружена значимая положительная корреляция между средними значениями СК со выраженностью перилобулярного ПФ и степенью ПФ (rho = 0,3, p = 0,0001; rho = 0,28, p = 0,0001, соответственно).

Заключение. Измеряемые по результатам КТ показатели СК повышаются у пациентов с тяжелой степенью ПФ, при этом значение плотности ПЖ в бесконтрастную фазу понижается. Таким образом, выявлена взаимосвязь между данными КТ и морфологическими признаками фиброза ПЖ.

212

ASL-ПЕРФУЗИЯ, ДВИ И МР-СПЕКТРОСКОПИЯ: КОМПЛЕКС «ПЕЧЕНЬ – СЕЛЕЗЕНКА»

Морозова Т.Г., Ковалёв А.В., Гельт Т.Д., Старовойтова Е.А.

СГМУ, Смоленск, Россия

Цель: обосновать применения ASL-перфузии, ДВИ и МР-спектроскопия комплекса «печень – селезенка» у пациентов с диффузной патологией печени.

Материалы и методы. В исследование вошли 73 пациента. Гепатит алкогольной, вирусной и смешанной природы (n = 55), цирроз печени вирусной, алкогольной и смешанной природы (n = 18). Проводилась ASL-перфузия, ДВИ и МР-спектроскопия печени и селезенки (1,5Т, Toshiba, Vantage Titan). Контрольная группа – здоровые, в возрасте от 25 до 41 года. Референтный метод – гистологический аутопсийный материал печени и селезенки (n = 29).

Результаты и их обсуждения. В группе контроля метаболиты печени: Lip – 2,2 ± 1,3 у.е., Cho – 5,9 ± 2,4 у.е., Lac – 1,3 ± 0,4 у.е., Cr – 6,8 ± 2,9 у.е., глутамин – 1,4 ± 0,7 у.е., глутамат – 1,2 ± 0,1 у.е.; селезенки: Lip – 25,3 ± 4,1 у.е., Cho – 48,2 ± 1,7 у.е., Lac – 3,9 ± 1,7 у.е., Cr – 41,5 ± 2,7 у.е., глутамин – 3,5 ± 0,5 у.е., глутамат – 3,9 ± 0,1 у.е. Установлено: снижение уровня холина и креатина в течение 9 месяцев приводит к развитию признаков печеночной энцефалопатии (n = 23), повышение лактата (n = 14) – к развитию цирроза печени спустя 12 месяцев, повышение цитрата говорит о развитии гепаторенального синдрома (n = 5). При ASL-перфузии селезенки ≤100 мл/100 г/мин требуется оценка Cho (12,4 ± 5,7 у.е., необратимые повреждения эндотелия) и Lip (52,3 ± 3,5 у.е., инфильтрация пульпы макрофагами). При ИКД ≤0,9×10⁻³ мм²/сек – Lac (45,5 ± 4,7 у.е., метаболический ацидоз), Cr (3,1 ± 1,7 у.е., ожидаемое повреждение почек, поджелудочной железы, печени). Независимо от результатов ASL-перфузии и ДВИ, пациентам с алкогольной болезнью печени требуется оценка глутамина (19,5 ± 2,6 у.е.) и глутамата (22,9 ± 7,1 у.е.), при повышении отмечено прогрессирование нейронального повреждения.

Выводы. 1) Всем пациентам с гепатитами и циррозами необходимо проводить МР-спектроскопию. 2) Результаты ASL-перфузии и ДВИ селезенки помогают планировать метаболический спектр МР-спектроскопии. 3) При патологии печени требуется оценка Lip, Cho, Lac, Cr, глутамина, глутамата, цитрата. 4) Показатели МР-спектроскопии комплекса «печень – селезенка» можно использовать в прогнозировании клинической печеночной энцефалопатии, гепаторенального синдрома, в оценке эффективности назначаемой терапии.

213

ПОРАЖЕНИЕ ЛЕГКИХ ПРИ ЛИМФАНГИОЛЕЙОМИОМОТОЗЕ

Рябухина О.В., Поцхверашвили Н.Д., Кокина Н.И.

Первый Московский государственный медицинский университет им. И. М. Сеченова (Сеченовский университет), Россия

Цель работы: клиническое наблюдение иллюстрирует сложности диагностики заболевания у пациентки с длительно текущей одышкой.

Клинический случай. Пациентка Р. 50 лет поступила с жалобами на одышку при умеренной физической нагрузке, периодический сухой кашель. Из анамнеза жизни: курила с 20 лет по 20 сигарет/сут, стаж курения 28 лет, ИКЧ = 240, ИПЛ = 28. Из анамнеза заболевания: в 2019 г. отметила появление одышки при физической нагрузке. В 2021 г. в связи с нарастанием одышки и появлением сухого кашля обратилась к пульмонологу. По данным ФВД: ЖЕЛ – 76 %, ФЖЕЛ – 65 %, ОФВ1 – 33 %, ОФВ1/ЖЕЛ – 45 %, тест с бронхолитиком не проводился. Установлен диагноз: Хроническая обструктивная болезнь легких, тяжелой степени, стадия GOLD III. Назначена терапия: Тиотропия Бромид по 2 ингаляции 1 р/сут – без эффекта. Учитывая отсутствие эффекта от терапии, препарат был заменен на Олодатерол + Тиотропия бромид по 2 ингаляции 1 р/сут – без эффекта. В 2022 г. выполнена КТ ОГК: в обоих легких множественные разнокалиберные кисты, расположенные диффузно. КТ-картина лимфангиолейомиоматоза легких (?). При обследовании в клинке: SpO₂ в покое 93 %. При аускультации легких дыхание жесткое, хрипов нет. ФВД: ЖЕЛ 73 %, ФЖЕЛ 62 %, ОФВ1 26 %, ОФВ1/ЖЕЛ 37 %, бронхолитационный тест отрицательный. КТ ОГК: КТ-картина лимфангиолейомиоматоза легких, киста правой доли печени. В сравнении с исследованием от 2022 г. без динамики. Установлен клинический диагноз: Сочетанные заболевания: 1) Интерстициальное заболевание легких: Лимфангиолейомиоматоз. 2) Хроническая обструктивная болезнь легких, тяжелой степени, стадия GOLD III. Осложнение основного заболевания: Дыхательная недостаточность I степени. Сопутствующие заболевания: Киста правой доли печени.

Выводы. Лимфангиолейомиоматоз следует заподозрить у молодых женщин, предъявляющих жалобы на одышку. Для выявления заболевания необходимо выполнение КТ ОГК. «Золотым» методом диагностики является биопсия легких, которая в данном случае связана с высоким риском развития пневмоторакса. При прогрессивно снижающейся функции легких следует рассмотреть терапию ингибиторами mTOR (Сиролимус, Эверолимус).

215

ЭЛАСТОМЕТРИЯ ПЕЧЕНИ ПРИ КОМОРБИДНОЙ ПАТОЛОГИИ У ПАЦИЕНТОВ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ НА ФОНЕ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

Скутарь А.И., Борсуков А.В.

Проблемная научно-исследовательская лаборатория «Диагностические исследования и малоинвазивные технологии», Смоленский государственный медицинский университет, Россия

Цель работы. Оценить возможности использования ультразвуковой эластометрии в рамках мультипараметрического УЗИ для скрининга и мониторинга коморбидной патологии у пациентов с диффузными изменениями печени и хронической сердечной недостаточностью.

Материалы и методы. Исследование проводилось на базе гастроэнтерологического и кардиологического отделений двух клинических больниц в 2023–2024 гг. Были обследованы 104 пациента. Группа 1 – пациенты с сахарным диабетом (СД) II типа и сопутствующей хронической сердечной недостаточностью (ХСН); группа 2 – пациенты с метаболическим синдромом (МС) в комбинации с СД II типа. Пациентам были проведены общий, биохимический анализ крови, липидограмма, УЗИ органов брюшной полости, транзитная эластография, двухэнергетическая рентгеновская абсорбциометрия в режиме «Все тело», эхокардиография. Контрольная группа – условно здоровые пациенты (n = 30).

Результаты. По данным УЗИ и эластометрии печени в группе 1 преобладали показатели жесткости в диапазоне стадии фиброза F2–F3, что может быть представлено как истинным фиброзом, так и венозным застоём вследствие длительно существующей ХСН. В группе 2 преобладал диапазон фиброза печени F3–F4, что может говорить о более выраженном патологическом процессе у пациентов с наличием МС. По данным эластометрии в группе 1 чаще встречались пациенты со стеатозом печени степени S1–S2, а в группе 2 – более выраженный S2–S3.

Выводы. Эластометрия печени в рамках мультипараметрического УЗИ может быть использована в диагностике и мониторинге коморбидной патологии у пациентов с диффузными изменениями печени, так как оно позволяет на ранних стадиях выявлять и оценивать фиброз как у пациентов с патологией печени, так и с ХСН, с учетом получения объективных количественных показателей.

214

ОСОБЕННОСТИ КТ-ВИЗУАЛИЗАЦИИ ОСТРОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ СПАЕЧНОЙ ЭТИОЛОГИИ

Семеновна О.В., Хамидова Л.Т., Бармина Т.Г., Селина И.Е.

Научно-исследовательский институт скорой помощи им. Н.В. Склифосовского, Москва, Россия

Цель работы: выявление особенностей КТ-визуализации при множественных спайках и единичных шпрангах.

Материалы и методы. Ретроспективно были проанализированы данные КТ органов брюшной полости у 33 пациентов с инструментальной картиной острой кишечной непроходимости спаечной природы, подтвержденной интраоперационно. При анализе изображений целевыми признаками были наличие переходных зон, симптома «кюлова», симптома «жировых ворот», достоверные признаки ишемии (отек мезентериальной брыжейки, снижение контрастирования стенки кишки и признаки геморрагического некроза на нативной серии (Rondelet C., 2018)).

Результаты. Среди обследованных пациентов у 16 (48,5 %) причиной непроходимости являлся шпранг, у 14 (42,4 %) – множественные спайки и у 3 (9,1 %) – смешанный вариант. Из всех пациентов у 9 (27,3 %) в анамнезе не было оперативных вмешательств, при этом среди них у 77,8 % имелись единичные шпранги. Переходные зоны и симптом «кюлова» визуализировались и при множественных спайках, и при шпрангах, хотя в случае единичного шпранга их встречаемость выше (87,5 % и 62,5 % против 50 % и 21,4 % соответственно). Визуализация симптома «жировых ворот» была достоверно связана (p<0,05) с наличием единичного шпранга, и не определялась при других типах спаечной непроходимости (специфичность – 100 %, чувствительность – 50 %). Ишемия кишки интраоперационно выявлена у 9 (56,3 %) больных со шпрангами и у 3 (21,4 %) с множественными спайками. По данным КТ наиболее распространенным признаком ишемии кишечной стенки пораженного участка кишки брыжейки, однако при отсутствии других признаков чувствительность и специфичность составили по 80 %. В случаях, когда определялось сочетание отека брыжейки с плохим контрастированием стенки пораженного участка кишки, чувствительность и специфичность составили 88,89 % и 100 % соответственно.

Заключение. По данным КТ отличить непроходимость, вызванную множественными спайками и единичным шпрангом, в некоторых случаях возможно при наличии косвенных признаков, наиболее достоверный из которых – симптом «жировых ворот». Наиболее достоверными признаками ишемии кишечной стенки при спаечной кишечной непроходимости является сочетание ее плохого контрастирования и отека брыжейки, изолированное появление последнего может приводить к ложноположительным результатам.

216

АЛКОГОЛЬНАЯ БОЛЕЗНЬ ПЕЧЕНИ ЧЕРЕЗ ПРИЗМУ МР-СПЕКТРОСКОПИИ: ПИЛОТНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ

Старовойтова Е.А., Морозова Т.Г.

Смоленский государственный медицинский университет, Россия

Цель: оценить с помощью методики МР-спектроскопии особенности метаболического спектра у пациентов с алкогольной болезнью печени.

Материалы и методы. Проводилось исследование 54 пациентов с алкогольной болезнью печени в возрастной категории от 30 до 58 лет на базе ОГБУЗ «Клинической больницы №1» в 2024 году. Использовалась многовоксельная протонная МР-спектроскопия с временем релаксации TE = 135, которую выполняли в зоне интереса на 1,5T, Toshiba, Vantage Titan.

Результаты. Представленная группа пациентов согласно ультразвукового исследования, анамнестических и лабораторных данных, соответствовала картине алкогольной болезни печени (АБП). Происходила оценка метаболитов: липиды (Lip, норма 0,9–1,4 у.е.), холин (Cho, 3,21 у.е.), лактат (Lac, 1,32 у.е.), креатин (Cr, 3,03 у.е.), аспарат (Asp, 2,01 у.е.), глутамин и глутамат (2,1–2,55 у.е.). После произведенной МР-спектроскопии паренхимы печени были получены показатели: Lip – 2,08 ± 1,52 у.е., Cho – 4,31 ± 2,88 у.е., Lac – 1,5 ± 0,08 у.е., Cr – 5,0 ± 2,19 у.е., Asp – 1,2 ± 1,02 у.е., глутамин – 1,6 ± 0,84 у.е., глутамат – 1,8 ± 0,16 у.е. Сравнение показателей метаболитов в норме и при АБП наглядно отображает разницу.

Выводы. 1) МР-спектроскопия печени фиксирует изменения, происходящие в паренхиме данного органа. 2) Согласно метаболическому спектру выбранных показателей наглядно отображается разница пиков, что указывает как на ранние стадии АБП, так и на запущенность процесса. 3) Методика способствует проведению дифференцировки различных клинических форм алкогольной болезни печени.

217

РОЛЬ МР-СПЕКТРОСКОПИИ ПРИ АЛКОГОЛЬНОЙ БОЛЕЗНИ ПЕЧЕНИ В ДИНАМИЧЕСКОМ НАБЛЮДЕНИИ ЗА ПАЦИЕНТАМИ

Старовойтова Е.А., Морозова Т.Г.

Смоленский государственный медицинский университет, Россия

Цель исследования: обосновать выбор МР-спектроскопии при алкогольной болезни печени.**Материалы и методы.** В исследование вошли 32 пациента. Среди них 14 мужчин и 18 женщин в возрасте $49 \pm 8,6$ лет. Клинические формы: гепатит ($n = 21$), цирроз печени ($n = 11$). У всех пациентов оценивались результаты МР-спектроскопии печени на высокопольном аппарате (1,5T, Toshiba, Vantage Titan). Контрольная группа была представлена абсолютно здоровыми людьми, в возрасте от 25 до 45 лет. Статистическая обработка данных производилась в программе Statistica 8.0, данные считались статистически значимыми при уровне $p < 0,05$. Референтный метод гистологической аутопсийный материал печени и селезенки ($n = 9$).**Результаты и их обсуждение.** По данным МР-спектроскопии печени оценивались значения содержания метаболитов: липиды (Lip), холин (Cho), лактат (Lac), креатин (Cr), глутамин, глутамат. В группе контроля содержание метаболитов в печени: Lip – $2,2 \pm 1,3$ у.е., Cho – $5,9 \pm 2,4$ у.е., Lac – $1,3 \pm 0,4$ у.е., Cr – $6,8 \pm 2,9$ у.е., глутамин – $1,4 \pm 0,7$ у.е., глутамат – $1,2 \pm 0,1$ у.е. При мониторинге за пациентами установлено, что при снижении уровня холина и креатина в течение 1 месяца у пациентов развивались признаки клинической печеночной энцефалопатии ($n = 9$), повышение лактата у пациентов с гепатитами в 5 случаях привело к развитию тяжелого течения гепатита спустя 1 месяц; повышение цитрата 8 исследуемых свидетельствовало о развитии гепаторенального синдрома. Результаты исследования позволяли своевременно корректировать терапию: назначение нейро-, нефропротекторов. Показатели МР-спектроскопии были статистически значимы в основной и контрольной группах ($p < 0,05$).**Выводы.** 1) Всем пациентам с гепатитами и циррозами необходимо проводить МР-спектроскопию с оценкой: Lip, Cho, Lac, Cr, глутамин, глутамата, цитрата. 2) Показатели МР-спектроскопии печени позволяют прогнозировать развитие печеночной энцефалопатии, гепаторенального синдрома. 3) Результаты МР-спектроскопии необходимо использовать перед назначением лечения пациентов и при мониторинге для оценки эффективности.

219

ЦВЕТОВОЕ КАРТИРОВАНИЕ ПЕЧЕНИ – ДИАПАЗОН ВОЗМОЖНОСТЕЙ В ДИАГНОСТИКЕ СТЕАТОЗНОЙ БОЛЕЗНИ

Шестакова Д.Ю., Борсуков А.В.

Проблемная научно-исследовательская лаборатория «Диагностические исследования и малоинвазивные технологии», Смоленский государственный медицинский университет, Россия

Цель исследования: оценить возможность использования комплексного диагностического алгоритма с применением цветового картирования печени при МСКТ в выявлении и мониторинге диффузной патологии.**Материалы и методы:** в 2022–2024 гг. на базе Проблемной научно-исследовательской лаборатории (г. Смоленск) были обследованы 98 пациентов в возрасте 18–80 лет (медиана возраста – 46,5 лет). Все пациенты обследованы по единому диагностическому алгоритму: клинический осмотр, биохимический анализ крови, количественная ультразвуковая стеатометрия, двумерная эластография сдвиговых волн, ретроспективная оценка компьютерных томограмм с цветовым картированием плотностей.**Результаты:** чувствительность и специфичность цветового картирования печени при МСКТ в качественной диагностике стеатоза печени (наличие или отсутствие) – 93,4 % и 94,1 % (референтный метод – количественная ультразвуковая стеатометрия), в диагностике стеатогепатита (по выраженности стеатоза печени и снижения плотностных характеристик) – 78,3 % и 81,2 % (референтный метод – количественная ультразвуковая стеатометрия, оценка печеночных ферментов). Использование цветового картирования печени при МСКТ в дифференциальной диагностике фиброза и цирроза печени в настоящий момент имеет низкие уровни чувствительности и специфичности, необходима оценка в большей выборке.**Вывод:** цветовое картирование печени при МСКТ результативно в комплексной оценке стеатоза печени, позволяет определить стадию стеатозной болезни печени на уровне жировой инфильтрации и воспалительных изменений при совместном использовании с оценкой печеночных ферментов.

218

ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ВОЗМОЖНОСТИ УЛЬТРАЗВУКОВОГО МЕТОДА ИССЛЕДОВАНИЯ ПРИ ПАТОЛОГИИ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЙ ОБЛАСТИ

Тиханкова А.В., Мусина Н.П., Татаркина М.А.

Университетская клиническая больница № 2, Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова (Сеченовский Университет), Россия

Актуальность: основным методом диагностики патологии гастроудуоденальной области является фиброгастроудоденоскопия (ФГДС). При этом одним из основных показаний для проведения ФГДС является наличие специфических жалоб, однако в ряде случаев встречается бессимптомное течение заболеваний гастроудуоденальной области.**Цель исследования:** оценить диагностические возможности ультразвукового метода в выявлении патологии гастроудуоденальной области.**Материалы и методы.** В 2023–2024 гг. на базе УКБ № 2 Сеченовского Университета было обследовано 340 пациентов гастроэнтерологического отделения в возрасте от 18 до 87 лет (медиана возраста – $53 \pm 1,6$ лет), из них 52 % мужчины, 48 % женщины. Всем пациентам было проведено мультиспиральное ультразвуковое исследование органов брюшной полости на УЗ аппарате экспертного уровня PHILIPS EPIQ ELITE с использованием конвексного и линейного датчиков, также в 100 % случаев была проведена ФГДС.**Результаты.** При анализе полученных результатов было выявлено, что у 41 % пациентов наблюдалось утолщение стенок желудка и 12-перстной кишки более 6 мм, у 34 % – гипозохонный мышечный слой желудка, у 17 % – повышенная складчатость стенок желудка, у 56 % натощак избыточное количество содержимого (в т.ч. жидкостного) в желудке и 12-перстной кишке, у 39 % пациентов – количественного и качественного увеличения лимфатических узлов в проекции гастроудуоденальной связки, среди которых в 14 % случаев определялись множественные мелкие лимфатические узлы (размером до 3 мм) сниженной эхогенности.**Выводы.** Таким образом, при проведении комплексного ультразвукового исследования органов брюшной полости можно определить наличие косвенных признаков патологии гастроудуоденальной области, что может служить дополнительным критерием для назначения проведения ФГДС, даже при бессимптомном течении заболевания.

220

ЛУЧЕВЫЕ МАРКЕРЫ ПОВРЕЖДЕНИЯ ПОЧЕК ПРИ МРТ У ПАЦИЕНТОВ С АЛКОГОЛЬНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПЕЧЕНИ

Шкуратова Ю.Ю., Морозова Т.Г., Гельт Т.Д.

Смоленский государственный медицинский университет, Россия

Цель: оценить лучевые маркеры повреждения почек при МРТ у пациентов с алкогольной болезнью печени.**Материалы и методы:** на базе ОГБУЗ «Клиническая больница №1» г. Смоленск обследовано 19 пациентов (11 мужчин и 8 женщин, возраст – $49 \pm 9,6$ лет) с алкогольной болезнью печени, среди них: 7 (36,8 %) – с алкогольным гепатитом (I группа), 4 (21,1 %) – с фиброзом и склерозом печени (II группа), 3 (15,8 %) – с печеночной недостаточностью (III группа), 3 (15,8 %) – с циррозом (IV группа), 2 (10,5 %) – с жировой дистрофией (V группа). Группа контроля – 12 здоровых добровольцев. Всем пациентам дополнительно проводилась МРТ почек с включением в протокол исследования диффузионно-взвешенных изображений (ДВИ) и ASL-перфузии. Референтный метод – УЗИ с доплерографией, оценка биохимических маркеров. Статистический анализ: пакет Statistica 8.0.**Результаты.** Группа контроля: ASL-перфузия почек: $490 \pm 19,2$ мл/100 г/мин, ДВИ почек качественно – нет ограничения диффузии, количественно (ИКД) = $2,9 \pm 0,5 \times 10^{-3}$ мл³/сек. I группа: ASL-перфузия: $450 \pm 12,6$ мл/100 г/мин, ДВИ качественно – нет ограничения диффузии, ИКД = $2,5 \pm 0,4 \times 10^{-3}$ мл³/сек. II группа: ASL-перфузия: $450 \pm 17,6$ мл/100 г/мин, ДВИ качественно – нет ограничения диффузии, ИКД = $2,8 \times 10^{-3}$ мл³/сек. III группа: ASL-перфузия: $220 \pm 11,1$ мл/100 г/мин, ДВИ качественно – есть ограничение диффузии, ИКД = $1,4 \pm 0,3 \times 10^{-3}$ мл³/сек. IV группа: ASL-перфузия: $280 \pm 21,6$ мл/100 г/мин, ДВИ качественно – есть ограничение диффузии, ИКД = $1,4 \pm 0,1 \times 10^{-3}$ мл³/сек. V группа – ASL-перфузия: $450 \pm 12,1$ мл/100 г/мин, ДВИ качественно – есть ограничение диффузии, ИКД = $1,4 \pm 0,1 \times 10^{-3}$ мл³/сек. У пациентов III–V групп отмечается отрицательная динамика с формированием гепаторенального синдрома через 1–3 месяца с момента проведения МРТ почек ($r = 0,957$).**Выводы.** Ограничение диффузии, снижение ИКД и ASL-перфузии почек – предиктор неблагоприятного исхода (AUROC – 0,993, ДИ – 0,8). Отмечается высокая корреляционная связь между показателями МРТ почек и формированием гепаторенального синдрома у пациентов с алкогольной болезнью печени. ($r = 0,957$).

Функциональная диагностика. Моторика

221

НОВЫЕ ПОДХОДЫ К ДИАГНОСТИКЕ АХАЛАЗИИ КАРДИИ

Каневский Н.И., Сторонова О.А., Трухманов А.С.

Клиника пропедевтики внутренних болезней, гастроэнтерологии и гепатологии им. В.Х. Василенко, Первый Московский государственный медицинский университет им. И. М. Сеченова (Сеченовский университет), Россия

Цель работы: оценить важность и роль искусственного интеллекта в диагностике заболеваний пищевода и представить модель машинного обучения для оптимизации дифференциальной диагностики ахалазии кардии.

Материалы и методы. В исследование были включены 75 пациентов (52 % мужчин и 48 % женщин, средний возраст – $44,5 \pm 17,8$ лет и $45,6 \pm 16,6$ лет соответственно) с предварительным диагнозом ахалазия кардии (АК). Результаты манометрии пищевода высокого разрешения интерпретировались в соответствии с Чикагской классификацией 4-го пересмотра, что позволило распределить пациентов на 4 группы: АК I, II, III типа и пациенты с диагнозом, не соответствующим ахалазии кардии. На совокупности данных 750 глотков и, соответственно, 6750 манометрических параметров модели искусственного интеллекта DecisionTreeClassifier, RandomForestClassifier и CatBoostClassifier обучались устанавливать манометрический диагноз. Критериями сравнения выступили время обучения и метрика f1_score.

Результаты. Модель RandomForestClassifier была выбрана по наилучшим показателям. За 27 секунд модель достигла f1_score = 0,91 при максимально возможном значении 1,0. Веб-приложение, разработанное на основе этой модели, анализирует данные манометрического исследования и определяет у пациентов один из трех типов АК либо исключает диагноз ахалазии кардии.

Заключение. Впервые в России на базе клиники пропедевтики внутренних болезней, гастроэнтерологии и гепатологии им. В.Х. Василенко Сеченовского университета была разработана модель машинного обучения, основанная на данных манометрии пищевода высокого разрешения. Эта модель легла в основу веб-приложения, которое позволяет устанавливать манометрический диагноз пациента на основе введенных показателей. Данная программа искусственного интеллекта может использоваться в клинической практике как инструмент для поддержки принятия врачебных решений, что способствует оптимизации процесса дифференциальной диагностики ахалазии кардии, более раннему выявлению заболевания, определению прогноза пациента и выбору метода дальнейшего лечения.

Новые технологии в диагностике и лечении

222

ПРИМЕНЕНИЕ В ТЕРАПИИ ХРОНИЧЕСКОГО АТРОФИЧЕСКОГО ГАСТРИТА ГАСТРОПРОТЕКТОРА «РЕГАСТИМ ГАСТРО»

Ермолаева Л.Г., Балукова Е.В., Киселева А.В.

Санкт-Петербургский государственный университет, Медицинский институт, Россия

Цель исследования: изучить влияние нового гастропротектора «Регастим гастро» на течение хронического атрофического гастрита (АГ).

Материалы и методы. Обследовано 85 пациентов (24 мужчины и 61 женщина) в возрасте от 35 до 93 лет (средний возраст составил 56,8) с диагнозом АГ. Проводилось клиническое, эндоскопическое (ФЭГДС с быстрым уреазным тестом) и гистологическое исследование биоптатов слизистой желудка по системе OLGA (Российский пересмотр визуальной аналоговой шкалы OLGA, 2009 г.) с определением стадии и степени активности АГ. Диагноз АГ был верифицирован гистологически.

Результаты. У большинства пациентов выявлена 2 стадия и 2 степень активности АГ (у 68 пациентов из 85). У всех пациентов быстрый уреазный тест был отрицательным. Гистологически выявлены вегетативные формы *H. pylori* у 13 пациентов из 85. «Регастим гастро» назначалась в комплексной терапии с ингибиторами протонной помпы всем по 1 чайной ложке 2 раза в сутки за 30 минут до приёма пищи, курс лечения составил 28 дней. После окончания курса лечения 78 пациентам была проведена контрольная ФЭГДС с последующим исследованием биоптатов слизистой желудка. У обследованных пациентов стадия атрофии не изменилась, однако отмечалось снижение степени активности на 1-2 позиции.

Выводы. У всех пациентов на фоне приёма «Регастим гастро» наблюдалась положительная клиническая динамика: прекратились боли в эпигастрии (у 80 больных из 85), изжога (у 76 больных из 85) и отрыжка (у 78 больных из 85). У остальных пациентов отмечалось снижение интенсивности болей в эпигастрии, однако сохранились частота и выраженность изжоги и отрыжки. По гистологической картине отмечалось снижение на 1-2 степени активности.

224

ОСОБЕННОСТИ КРИСТАЛЛОГЕННЫХ СВОЙСТВ РОТОВОЙ ЖИДКОСТИ ПОЖИЛЫХ ЛЮДЕЙ

Мартусевич А.К., Каширин А.О., Ковалева Л.К., Соколовская С.В., Нежкина Н.Н., Чуева Т.О., Тужилкин А.Н., Орлова Е.А.

Нижегородский государственный университет им. Н.И. Лобачевского; Кубанский государственный медицинский университет, Краснодар; Ивановская государственная медицинская академия; Региональный центр спортивной медицины, Нижний Новгород, Россия

Цель исследования: оценка специфики физико-химических свойств смешанной слюны пожилых людей с активной жизненной позицией.

Материалы и методы исследования. В исследование было включено 184 лиц пожилого возраста (старше 60 лет) и 54 человека, относящихся к средней возрастной группе (40–59 лет). Все обследуемые лица на момент проведения исследования не имели острой и тяжелой хронической патологии, не подвергались тяжелым физическим и психоэмоциональным нагрузкам. У всех испытуемых получали образцы слюны, которые анализировали методом тизонокристаллоскопии. Сформированные кристаллоскопические и тизографические фации оценивали морфологически и визуаметрически (с использованием системы полукочественных показателей). Полученные данные были обработаны статистически в пакете Statistica 6.1 for Windows.

Результаты и их обсуждение. Установлено, что характерными чертами кристаллограмм слюны лиц старшей возрастной группы относительно средней являлись превалирование одиночно-кристаллических элементов над дендритными, увеличение доли разрушенных структур и существенное сужение краевого белкового пояса фации биожидкости. При визуаметрии эти тенденции проявились в увеличении кристаллизруемости и степени деструкции фации на фоне существенного снижения индекса структурности микропрепарата и выраженности краевой зоны. Аналогичные сдвиги были зафиксированы и при оценке результатов анализа тизиграмм, выполненных с применением нейтрального кристаллообразователя (0,9 % раствора NaCl).

Заключение. Таким образом, специфика кристаллогенной активности смешанной слюны пожилых людей косвенно указывает на дисадаптивные сдвиги состава и свойств биологической жидкости.

223

ВОЗМОЖНОСТИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ПАРАМЕТРОВ ЭРИТРОЦИТОВ, УРОВНЕЙ ЖИРНЫХ КИСЛОТ ДЛЯ ПРЕДИКЦИИ ОБОСТРЕНИЯ ПРИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ КИШЕЧНИКА

Кручинина М.В., Валуйских А.И., Светлова И.О., Валуйских Е.Ю., Громов А.А.

НИИТПМ – филиал ИЦиГ СО РАН, Новосибирск, Россия

Цель – изучить возможности использования электрических, вязкоупругих параметров эритроцитов, уровней жирных кислот (ЖК) мембран эритроцитов (Эр), сыворотки крови (СК) для предикции обострения у пациентов с воспалительными заболеваниями кишечника (ВЗК).

Материалы и методы. Обследовано 44 пациента (37,9 ± 11,8 года) с различными нозологическими формами ВЗК в динамике в течение 6–12 месяцев (в стадии обострения и ремиссии), 35 пациентов в неактивной стадии с последующим наблюдением в течение года, 53 – группы сравнения. Исследование параметров Эр проведено с помощью диэлектрофореза, уровень ЖК мембран Эр и СК определен с помощью ГХ/МС системы (Agilent 7000B, США).

Результаты. Выявлены параметры эритроцитов, являющиеся предикторами обострения ВЗК: увеличение доли деформированных клеток, повышенная электропроводность мембран, сниженные дипольный момент, скорость поступательного движения эритроцитов к электродам, амплитуда деформации Эр на частоте 5×10^3 Гц, емкость мембран эритроцитов ($p = 0,0001-0,029$) (метод Volcano plot), AUC 0,939. Уровни ЖК C20: 5n-3, C20: 2n-6, C18: 0, C16: 2n-6, C22: 4n-6, C18: 3n-3, соотношений НЖК/ННЖК, НЖК/ЛНЖК в мембранах Эр и содержание C20: 0 в СК ($p = 0,002-0,03$) обеспечили предикцию обострения ВЗК с чувствительностью 91,4%. Кластерный анализ с использованием значений параметров эритроцитов, уровней ЖК – потенциальных предикторов обострения – позволил провести стратификацию риска развития обострения у пациентов, находившихся в стадии ремиссии: при максимально измененных уровнях параметров – развитие обострения через 2,5–4,5 месяцев, промежуточных уровнях – через 4–6 месяцев, минимально измененных – через 8–12 месяцев (предсказательная точность – 92%).

Выводы. Использование электрических, вязкоупругих параметров Эр, уровней ЖК мембран Эр, СК следует рассматривать как перспективный подход для дальнейшей разработки в связи с патогенетической обоснованностью, достаточной диагностической точностью, малозависимостью, невысокой затратностью и трудоемкостью, приемлемостью для пациента.

225

АНАЛИЗ ТЕЧЕНИЯ ОСТРОЙ ПЕЧЕНОЧНОЙ ПОРФИРИИ У ПАЦИЕНТОВ ПРИВОЛЖСКОГО ФЕДЕРАЛЬНОГО ОКРУГА

Сайфутдинов Р.Г.¹, Салыхова Е.В.¹, Бессонов А.Г.², Тарасова Л.В.³, Козлова И.В.⁴, Колесова Т.А.⁵¹ КГМА – филиал РМАНПО, Казань, ² РКБ №1, Ижевск, ³ Чувашский государственный университет им. И.Н. Ульянова, Чебоксары, ⁴ Саратовский государственный медицинский университет им. В.И. Разумовского, ⁵ РКБ МЗ Самарской области, Россия

Цель – поиск методов диагностики острой атаки и повышения эффективности ведения пациентов с острой печеночной порфирией.

Материалы и методы. Анализировалось течение острой печеночной порфирии (E80.2) (ОПП) у пациентов в Приволжском федеральном округе (ПФО). Изучались триггеры и «симптомы-предвестники» атаки ОПП. Использован качественный анализ порфибилиногена в моче с реактивом Эрлиха.

Результаты. Проанализировано 35 отечественных и 60 зарубежных публикаций, посвященных ОПП. Отобраны те работы, в которых обсуждаются и сообщаются впервые возникшие и рецидивирующие заболевание ОПП. У пациентов с уже установленным диагнозом ОПП нет схемы профилактики приступов заболевания. Нами проанализировано 11 пациентов с ОПП. Их средний возраст варьируется от 24 до 66 лет (40 ± 3,72 лет). В Республике Татарстан (РТ) зарегистрировано 6 пациентов женского пола, в Чувашской Республике – 2, в Самарской области – 1, в Удмуртской Республике – 2 пациента. Пациенты были многократно госпитализированы в различные клиники, им выставлялся ошибочный диагноз. Для отсрочки проявления ОПП у родственников с найденным генетическим дефектом необходимо учитывать воздействие экзогенных или эндогенных индуцирующих факторов (триггеров). В результате выделения симптомов-предвестников, согласно ранжированию частоты встречаемости при ОПП, для пациентов был предложен опросник для самостоятельного выявления наступающего приступа ОПП. Пациент при появлении указанных признаков обязан связаться с врачом для скорейшего назначения препаратов для купирования приступа. Созданы критерии симптомов-предвестников приступа ОПП. Нами, в РТ, при содействии МЗ РТ, для консультации, лечения и динамического наблюдения пациентов с ОПП, создан единый Центр для патронажа данных больных. Для удобства работы врачам во все лечебные учреждения направлено Информационное письмо по № 09-01/2119 от 10.02.2024 г. по маршрутизации этих больных.

Заключение. Для достижения успеха в ведении пациентов с ОПП необходимо: 1) знание триггеров атаки; 2) знание симптомов-предвестников; 3) прервать энтерогепатический путь циркуляции токсических веществ.

226

**ОЦЕНКА МИКРОБИОМА И УРОВЕНЬ
ТРИМЕТИЛАМИНА-N-ОКСИДА У ПАЦИЕНТОВ
С ЯЗВЕННЫМ КОЛИТОМ****Самойлова-Бедыч Н.М.¹, Ларюшина Е.М.¹, Тургунова Л.Г.¹,
Марченко А.Б.¹, Осипенко М.Ф.²**¹ Карагандинский медицинский университет, Караганда, Казахстан, ²
Новосибирский государственный медицинский университет, Россия

Цель: изучить состав микробиоты и уровень ТМАО у пациентов с ЯК с различной клинико-эндоскопической активностью.

Материал и методы: 31 пациенту с ЯК и 15 здоровым лицам (КН) проведено клиническое обследование и забор образцов крови и кала. По сумме баллов индекса Мейо пациенты с ЯК разделены на 2 группы: ЯК-1 (0–5 б.) и ЯК-2 (6 и более). Анализы крови выполнены на автоматических анализаторах Sysmex XN-2000 и Beckman Coulter, фекальный кальпротектин определен методом ИФА EliA Calprotectin 2 test system. Уровень ТМАО измерен методом высокоэффективной жидкостной хроматографии, метагеномное секвенирование выполнено на аппарате 16S Amplicon Metagenomic Sequencing. Статистическая обработка проведена в IBM SPSS Statistics 22, less operational taxonomic units scripts 2, scikit-bio package vers.0,6,0, statsmodels library vers.0,14,1.

Результаты: обнаружены достоверные различия в микробиоте пациентов как между группами (Shanon $p < 0,001$, Observed $p < 0,001$, PERMANOVA $p < 0,001$), так и при сравнении среднего разнообразия в группах в зависимости от активности заболевания (Shanon КН/ЯК-1, $p = 0,05$, КН/ЯК-2, $p < 0,001$; Observed КН/ЯК-1, $p = 0,0427$, КН/ЯК-2, $p < 0,001$). F/B ratio достоверно различался между сравниваемыми группами КН/ЯК-1, $p = 0,0025$; КН/ЯК-2, $p < 0,001$. Бета-разнообразие также достоверно различалось между тремя группами (Bray-Curtis ANOSIM $p = 0,065$; PERMANOVA $p = 0,001$; Canberra ANOSIM $p = 0,001$; PERMANOVA $p = 0,001$). ТМАО у здоровых лиц был выше Me – 0,815 $\mu\text{mol/l}$ и значимо различался от ЯК-1 Me – 0,531 $\mu\text{mol/l}$ и ЯК-2 Me – 0,198 $\mu\text{mol/l}$ ($p = 0,02$), отрицательно коррелировал с индексом Мейо ($r = -0,387$, $p = 0,031$).

Выводы и заключение: выявлены значимые изменения в составе кишечного микробиома, уровня ТМАО у пациентов с ЯК, которые значимо различались от здоровых лиц, а также изменялись в зависимости от клинико-эндоскопической активности. Полученные данные могут быть обоснованием для дальнейшего изучения метаболома ТМАО и микробиома и использовать ТМАО как маркер ЯК и его активности.

Хирургическое лечение

227

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ У БОЛЬНЫХ С АКСИАЛЬНЫМИ ГРЫЖАМИ ДИАФРАГМЫ ДО И ПОСЛЕ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ

Сунозова Г.Д., Вавринчук С.А., Косенко П.М.

Дальневосточный государственный медицинский университет,
Хабаровск, Россия

Цель работы: изучить качество жизни (КЖ) у больных с аксиальными грыжами пищеводного отверстия диафрагмы (АГПОД) до и после оперативного лечения.

Материалы и методы. Изучены показатели КЖ у 53 пациентов с малыми (МАГПОД) и 50 пациентов с большими (БАГПОД) АГПОД на основе опросника SF-36. Контрольную группу составили 50 здоровых человек.

Результаты. Сравнение показателей КЖ у больных с МАГПОД и БАГПОД со здоровыми лицами показало достоверное снижение показателей психического здоровья VT, SF и RE. У больных с БАГПОД отмечено снижение ($p < 0,05$) показателей физического здоровья RP, BP и GH.

Все больные с БАГПОД были оперированы. У больных с исходно компенсированным характером моторики ЖКТ по данным периферической электрогастроэнтерографии (ПЭГЭГ) после операции Ниссена показатели физического и психического здоровья не имели достоверных отличий от показателей здоровых лиц и пациентов с БАГПОД после фундопликации по А. Ф. Черноусову.

У пациентов с исходно декомпенсированным типом моторики ЖКТ после операции Ниссена показатели физического и психического здоровья были ниже, чем у здоровых лиц и пациентов с БАГПОД после фундопликации по А.Ф. Черноусову и больных после операции Ниссена с компенсированным типом моторики ЖКТ ($p < 0,05$).

Выводы. Таким образом, нами выявлена зависимость компонентов RP, GH и BP шкалы SF-36 от степени компенсации моторики ЖКТ по данным ПЭГЭГ ($p < 0,001$) и разработана прогностическая модель для определения компенсации послеоперационной моторики ЖКТ по данным ПЭГЭГ в зависимости от показателей КЖ. Чувствительность и специфичность модели составили 89,1 % и 100,0 %, соответственно.

Кровотечения

228

ГАСТРОИНТЕСТИНАЛЬНОЕ КРОВОТЕЧЕНИЕ: СКРЫТАЯ УГРОЗА У ПАЦИЕНТОВ С COVID-19

Ганюшкин В.Е., Зверева С.И.

РКБ им. С.В. Каткова, Саранск, Россия

Цель работы: изучить распространенность и причины возникновения ЖКК у пациентов с COVID-19.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ 228 (123 мужчины и 115 женщин) зарегистрированных случаев желудочно-кишечных кровотечений на фоне коронавирусной инфекции у пациентов, которые находились на лечении в ГБУЗ РМ «РКБ им. С.В. Каткова» в г. Саранске за период с марта 2020 по апрель 2022 гг. Средний возраст пациентов – 64,5±1,0 год.

Результаты. Средний возраст пациентов – 64,5±1,0 год. В гендерном распределении преобладают мужчины (52 %). ЖКК наиболее часто возникают у больных, уже имеющих сопутствующую патологию желудочно-кишечного тракта. Наличие поражения легочной ткани в сочетании с ЖКК влияет на риск возникновения летального исхода, которые констатированы в 33,2 % случаев. Снижение количества эритроцитов, гемоглобина, тромбоцитов не коррелирует с летальностью у пациентов с ЖКК на фоне COVID-19. Это, видимо, является основанием для дальнейших исследований не только клинико-лабораторных, но и биохимических изменений у больных с новой коронавирусной инфекцией COVID-19. Использование антикоагулянтов и ГКС значительно увеличивает риск развития ЖКК и коррелирует со смертностью.

Выводы. При назначении антикоагулянтов, обязательных в терапии стационарных случаев COVID-19 и амбулаторных пациентов с повышенным риском тромбообразования, необходима оценка риска кровотечения до начала приема препаратов, и тщательный контроль клинического статуса и коагулограммы в процессе терапии.

230

НЕСЕЛЕКТИВНЫЕ β-БЛОКАТОРЫ И ЭНДОСКОПИЧЕСКОЕ ЛИГИРОВАНИЕ ВАРИКОЗНЫХ ВЕН ПИЩЕВОДА В ПЕРВИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКЕ КРОВОТЕЧЕНИЙ У БОЛЬНЫХ С АСЦИТОМ, ОЖИДАЮЩИХ ТРАНСПЛАНТАЦИЮ ПЕЧЕНИ

Пак Е.С.^{1,2}, Коробка В.Л.^{1,2}, Коробка Р.В.^{1,2}, Пасечников В.Д.^{1,3},
Пасечников Д.В.³¹ Ростовская областная клиническая больница,² Ростовский государственный медицинский университет,³ Ставропольский государственный медицинский университет, Россия

Цель работы: анализ эффективности неселективных β-блокаторов (НСББ) в сравнении с эндоскопическим лигированием варикозных узлов (ЭЛВУ) в первичной профилактике кровотечений из ВУ и оценка их влияния на выживаемость пациентов с асцитом, включенных в лист ожидания трансплантации печени (ЛОТП).

Материалы и методы: сравнительное ретроспективное исследование данных 200 пациентов из ЛОТП Ростовской области с декомпенсированной формой цирроза печени (ЦП). Количество мужчин – 116, средний возраст – 57,3 ± 9,4 лет, женщин – 84, средний возраст – 53,2 ± 11,2 лет. На момент анализа средний период наблюдения за больными составил 73 ± 16,4 месяцев.

Результаты. Проведено ретроспективное сравнительное исследование эффективности НСББ (n = 104) и ЭЛВУ (n = 96) в первичной профилактике пищеводных кровотечений и оценка влияния этих методов на выживаемость пациентов с выраженными формами асцита и ВУ, не имевших эпизодов кровотечений до включения в ЛОТП. Не было отмечено значимых различий между группами по клиническому, лабораторному и демографическим параметрам, показателям MELD и Child – Turcotte – Pugh, частот варикозных узлов среднего и большого размера и частот выраженных форм асцита. Не было отмечено значимых различий в частоте развития кровотечений в сравниваемых группах. Выживаемость пациентов в сравниваемых группах не имела значимого различия.

Выводы. Прием НСББ и проведение ЭЛВУ пациентам с ЦП являются эффективными равнозначными методами первичной профилактики кровотечений из ВУ, обеспечивая сохранение жизни и предупреждение выбывания пациентов с асцитом из ЛОТП.

229

ЛЕЧЕНИЕ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ У КОМОРБИДНЫХ ПАЦИЕНТОВ

Гезалов Ф.Ф., Тверитнева Л.Ф., Ярцев П.А., Коков Л.С.

НИИ СП им. Н.В. Склифосовского, Москва, Россия

Актуальность. Летальность при гастродуоденальных кровотечениях (ГДК) колеблется от 1,8 до 6,3 %, а послеоперационная летальность в РФ в 2021 г. составила 19,25 %. У коморбидных пациентов показатель послеоперационной летальности колеблется от 15 до 50 % и достигает 30–80 % при решениях кровотечения (РК).

Цель: улучшить результаты лечения коморбидных пациентов с ГДК путем использования возможностей рентгенэндоваскулярной хирургии (РЭХ).

Материалы и методы исследования. В НИИ СП им. Н.В. Склифосовского в период с 2018 по 2023 гг. находились на лечении 55 коморбидных пациентов с ГДК, у которых после эндоскопического гемостаза (ЭГ) сохранялся высокий риск РК. У 38 (69,1 %) пациентов источником кровотечения являлась язва: у 24 (43,6 %) – ДПК, у 14 (25,5 %) – желудка. Кровотечение из ЗНО желудка установлено у 17 (30,9 %) пациентов. Средний возраст пациентов составил 65 ± 9 лет. Индекс коморбидности (ИК) Charlson – 7 ± 1 балл. Риск РК по шкале Rockall – 7 ± 1 балл. С целью достижения окончательного гемостаза и профилактики РК данным пациентам было выполнено рентгенэндоваскулярное вмешательство (РЭВ) с попыткой эмболизации кровоточащей артерии.

В группу сравнения вошли 40 коморбидных пациентов с ГДК, находившихся на лечении до 2018 г. У данной категории после достигнутого ЭГ также сохранялся высокий риск РК. В группе сравнения РЭВ не выполнялись. У 27 (67,5 %) пациентов источником кровотечения являлась язва: у 17 (42,5 %) – ДПК, а желудка – у 10 (25 %). Кровотечение из ЗНО желудка установлено у 13 (32,5 %) пациентов. Средний возраст пациентов составил 62 ± 8 лет, ИК Charlson – 8 ± 1 балл. Риск РК по шкале Rockall – 7 ± 1 балл.

Результаты. В основной группе пациентов, при РЭВ удалось выполнить эмболизацию кровоточащего сосуда 46 (83,6 %) пациентам. У 41 пациента с успешно выполненной эмболизацией, РК не было. У 5 пациентов отмечен рецидив ЖКК. Таким образом, окончательный гемостаз после успешной эмболизации был достигнут в 89,1 % случаев. Уровень летальности в основной группе составил 20 % (11 пациентов). В контрольной группе у 23 (57,5 %) пациентов отмечен РК, у 16 (40 %) летальный исход.

Выводы: применение РЭХ в сочетании с эндоскопическим гемостазом у коморбидных пациентов позволяет достичь стойкого гемостаза в 89,1 % случаев.

Опухоли

231

ПОКАЗАТЕЛИ КАЧЕСТВА ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ С ОНКОЛОГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ОРГАНОВ ЖКТ В УЧРЕЖДЕНИЯХ ГМУ УД ПРЕЗИДЕНТА РФ В УСЛОВИЯХ ПАНДЕМИИ COVID-19

Иваников И.О.^{1,2}, Виноградова Н.Н.¹, Жарова М.Е.², Крашенков О.П.¹, Владимирович Н.Н.¹, Григорьева Ю.В.^{1,2}, Мясникова Е.В.¹, Власов А.А.¹, Татароголо М.И.¹, Никонов Е.Л.²¹ ЦКБ с поликлиникой УДП РФ, ² РНИМУ им. Н.И. Пирогова, Москва, Россия

Введение. Из-за пандемии SARS-CoV-2 эксперты предполагали рост запущенных онкологических случаев. Однако COVID-19 снизил выявление злокачественных новообразований (ЗНО). В 2020 г. в России было зафиксировано на 100000 меньше случаев ЗНО, чем в 2019 г., но к 2021 г. количество диагнозов начало расти. Локдауны препятствовали своевременному обращению за медицинской помощью и снижению числа профилактических осмотров. Эпидемия COVID-19 стала вызовом для скрининговых мероприятий по ранней диагностике онкозаболеваний. Одним из основных критериев оценки диагностики онкологических больных является показатель запущенности. В 2022 г. в России 19,8 % ЗНО диагностированы при наличии отдаленных метастазов (в 2020 г. – 21,2 %).

Цель: оценить показатели качества помощи пациентам с онкологическими заболеваниями органов ЖКТ в учреждениях Главного медицинского управления УДП РФ в условиях пандемии COVID-19.

Результаты. Во время пандемии COVID-19 наблюдалось небольшое увеличение заболеваемости ЗНО ЖКТ (С15-С26, оба пола) с 211,2 на 100 тыс. населения в доковидный период (2017–2019 гг.) до 212,0 на 100 тыс. населения в период пандемии (2020–2022 гг.), которое продолжилось в постковидный период (2023 г.), достигнув 217,7 на 100 тыс. населения. Смертность снизилась с 70,9 до 61,9 на 100 тыс. населения в период COVID по сравнению с доковидным периодом и продолжила снижаться до 60,8 на 100 тыс. населения в постковидный период. Процент активно выявленных случаев увеличился с 30 % в доковидный период до 36 % в период COVID и достиг 41 % в постковидный период. Доля пациентов, у которых заболевание диагностировано на I стадии, выросла с 22,2 % в доковидный период до 27,8 % в период COVID и до 30,5 % в постковидный период. В то же время доля случаев, диагностированных на IV стадии, снизилась с 26,6 % в доковидный период до 26,2 % в период COVID и до 22,2 % в постковидный период.

Выводы и заключение. Пандемия COVID-19 не оказала существенных негативных последствий на основные показатели качества онкологической помощи в учреждениях УД Президента РФ, что свидетельствует об устойчивости системы диагностики и лечения ЗНО ЖКТ в этих организациях.

233

ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫЕ НОВООБРАЗОВАНИЯ У ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ ТРАНСПЛАНТАЦИЮ ПЕЧЕНИ

Пак Е.С.^{1,2}, Коробка В.Л.^{1,2}, Коробка Р.В.^{1,2}, Петрова Т.М.¹, Бухтин О.В.², Кострыкин М.Ю.^{1,2}, Бабиева А.М.¹, Шаповалов А.М.¹, Юркевич Р.Е.¹¹ Ростовская областная клиническая больница,² Ростовский государственный медицинский университет, Россия

Цель работы: анализ заболеваемости злокачественными новообразованиями у пациентов, перенесших трансплантацию печени в рамках одного центра.

Материалы и методы. Клинико-лабораторные и инструментальные данные 113 пациентов, перенесших ортотопическую трансплантацию печени (ОТП) в условиях ГБУ РО РОКБ, которым регулярно проводится скрининг злокачественных новообразований (ЗНО).

Результаты: ЗНО были выявлены у 5 пациентов (4,4 %). Выявленные ЗНО: аденокарцинома лёгкого, аденокарцинома сигмовидной кишки, светлоклеточный почечно-клеточный рак, папиллярная карцинома щитовидной железы, семинома яичка, карцинома соска молочной железы. Средний срок выявления ЗНО после ОТП – 3 года, минимальный – 9 месяцев, максимальный – 6 лет. У 1 пациента за время наблюдения было выявлено 2 ЗНО (аденокарцинома сигмовидной кишки через 3 года после ОТП, светлоклеточный почечно-клеточный рак правой почки через 4 года после ОТП). У 2 пациентов было диагностировано метастатическое поражение лимфоузлов: метастазы папиллярной карциномы щитовидной железы в поверхностные и глубокие лимфоузлы шеи, метастазы аденокарциномы лёгкого в левый подмышечный и правый надключичный лимфоузлы. Всем пациентам было проведено хирургическое лечение и изменение протокола иммуно-супрессивной терапии: уменьшение дозы такролимуса (4 пациента), полная отмена такролимуса (1 пациент), назначение ингибитора mTOR (эверолимус) – 5 пациентов. 1 пациент умер от аденокарциномы лёгкого спустя 2 года после ОТП. У 4 пациентов в настоящее время ремиссия, но они находятся под регулярным наблюдением трансплантологов и онкологов РОКБ.

Выводы. Персонализированный подход в диагностике и лечении пациентов после ОТП, своевременная реакция врача на возникновение изменений при регулярном диагностическом мониторинге, а также сотрудничество трансплантологов и онкологов дают возможность снизить пострасплантационный показатель смертности и позволяют своевременно предотвратить развитие грозных осложнений у пациента, улучшить качество жизни.

232

КЛИНИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ ХРОМАГРАНИНА А В ДИАГНОСТИКЕ НЕЙРОЭНДОКРИННЫХ ОПУХОЛЕЙ

Крещановская А.С., Комарова В.С., Юрьева Е.Ю., Картавенко И.М., Павлов П.В., Тертычный А.С., Лапина Т.Л.

Сеченовский университет, Москва, Россия

Цель работы: клиническое наблюдение демонстрирует необходимость развернутой дифференциальной диагностики при повышенном уровне хромогранина А (Хр. А).

Клинический случай. Пациентка Т., 61 г., поступила с жалобами на чувство тяжести после еды в эпигастрии. Страдает гипотиреозом в исходе АИТ с 2006 г. Из анамнеза заболевания: в 2022 г. при ЭГДС: атрофический гастрит, участки кишечной метаплазии, очаги гиперплазии слизистой тела желудка. Гистологическое исследование: хронический гастрит II степени, 0 стадии атрофии, *H. pylori* «-», в слизистой желудка скопления крупных клеток гнездового вида с умеренным полиморфизмом, напоминающие НЭО. По данным ИГХ исследования: НЭО желудка (G2) с изъязвлением, продуцирующая серотонин. Хр. А – 204 мкг/л (2N). При обследовании в 2023 г.: АТ к внутреннему фактору Касла – 22,55 Ед/мл (N < 6), АТ к париетальным клеткам желудка – 1: 2560 (N: 1:40). ЭГДС: диффузный атрофический гастрит – вероятно, аутоиммунной природы, гиперпластические полипы тела желудка. Признаков нейроэндокринной трансформации не найдено. ИГХ: по OLGA – степень 1. стадия 2. Морфологические изменения подозрительны в отношении АИГ. Реакция с Хр. А: линейная микронодулярная и аденоматозная гиперплазия нейроэндокринных клеток слизистой оболочки тела желудка и псевдопилорическую метаплазию желез тела желудка, что свидетельствует в пользу АИГ. Установлен диагноз: основное заболевание: аутоиммунный гастрит (АТ к париетальным клеткам и фактор Касла), *H. pylori* «-». Линейная микронодулярная, аденоматозная гиперплазия нейроэндокринных клеток. Сопутствующие заболевания: Гиперпластические полипы тела желудка. Гипотиреоз в исходе АИТ. Полипэктомия полипа слепой кишки от 2022 г. (тубулярная аденома низкой ст. дисплазии).

Выводы. Хромогранин А является универсальным биохимическим маркером всех типов НЭО. Хр. А может повышаться не только при НЭО и других онкологических заболеваниях, но также при приеме ИПП, при ВЗК, атрофическом гастрите. АИГ может сопровождаться повышением уровня Хр. А. Факторы, влияющие на повышение уровня Хр. А в сыворотке крови при АИГ: наличие гиперплазии энтерохромаффиноподобных клеток и высокий уровень гастрина в крови. Высокие уровни Хр. А не свидетельствуют об обязательном наличии НЭО желудка I типа при АИГ.

234

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ МИКСОМЫ ЛЕВОГО ПРЕДСЕРДИЯ: ВАЖНОСТЬ СВОЕВРЕМЕННОЙ ДИАГНОСТИКИ И ХИРУРГИЧЕСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА ДЛЯ ПРЕДОТВРАЩЕНИЯ ОСЛОЖНЕНИЙ

Фомин А.Д., Балахонova Н.П., Схиртладзе М.Р., Нечаев В.М., Березина Е.В., Ивашкин В.Т.

Сеченовский университет, Москва, Россия

Цель работы: продемонстрировать значимость своевременной диагностики и лечения миксомы левого предсердия и их влияние на состояние пациента.

Клинический случай: Пациентка, 72 года, обратилась с жалобами на обморок, головокружение и перебои в работе сердца. Вредные привычки отрицает, аллергический и семейный анамнез не отягощены. Сахарный диабет 2 типа с 2001 года, принимала метформин, позднее добавлен инсулин гларгин. Гипертоническая болезнь с 2020 года, без гипотензивной терапии. За время наблюдения ИМТ снизился с 33,2 до 18,4 кг/м². С октября 2023 года появились перебои в работе сердца.

На амбулаторной ЭКГ синусовый ритм и суправентрикулярная экстрасистолия. В ноябре 2023 года было зафиксировано синкопальное состояние. При госпитализации в клинику: СОЭ – 27 мм/час, на ЭКГ отклонение ЭОС влево, БПВЛНПГ, гипертрофия миокарда ЛЖ. ЭХО-КГ выявила миксому ЛП, дилатацию ЛП, гипертрофию ЛЖ. КТ показала овальную миксому (45×32×42 мм) и кисту левой почки. КАГ обнаружила неровные контуры коронарных сосудов, стеноз 50 % ПМЖВ и диагональной ветви.

Клинический диагноз: Основное заболевание: Сочетанные заболевания: Миксома левого предсердия. Гипертоническая болезнь II стадии, контролируемая АГ. (очень высокий риск), сахарный диабет 2 типа, узловое образование нижней доли левого легкого. Фоновые заболевания: Атеросклероз коронарных артерий, артерий нижних конечностей. Осложнения: Нарушения ритма и проводимости сердца (пробежки ИЖТ, единичные наджелудочковые и желудочковые экстрасистолы, БПВЛНПГ), синкопальное состояние от 09/11/2023 г. Сопутствующие заболевания: Киста левой почки.

Выводы. Миксома могут иметь разнообразные клинические проявления, вплоть до их полного отсутствия. Лечение миксомы сугубо хирургическое из-за высокого риска эмболий и внезапной смерти. Своевременная диагностика и вмешательство значительно повышают шансы на успех и снижают риск осложнений.

Организация здравоохранения. Прочее

235

КОНЦЕПЦИЯ СОЗДАНИЯ РЕГИОНАЛЬНЫХ РЕГИСТРОВ ПРЕДРАКОВЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОРГАНОВ ПИЩЕВАРЕНИЯ В СУБЪЕКТАХ СЕВЕРО-ЗАПАДНОГО ФЕДЕРАЛЬНОГО ОКРУГА РОССИИ

Барановский А.Ю., Тряпичин А.В., Соколова К.С.

Санкт-Петербургский государственный университет, Россия

Важнейшей задачей российской клинической медицины настоящего времени является реализация национального проекта «Здравоохранение», в том числе направленная на снижение заболеваемости онкологическими заболеваниями. Профилактика гастроэнтерологами злокачественных новообразований (ЗНО) органов пищеварения в значительной степени может быть осуществлена только при условии ранней диагностики предраковых заболеваний, полноценного их лечения, организации полномасштабных персонализированных мероприятий, направленных на снижение влияния внешних и внутренних факторов риска ЗНО, и, наконец, выполнения всех научно обоснованных требований динамического наблюдения за лицами в группах риска ЗНО. Особый контингент в группах риска ЗНО должен включать лиц с наследственно-генетической предрасположенностью к развитию ЗНО.

Эффективность выполнения обозначенной задачи гастроэнтерологов по профилактике ЗНО органов пищеварения по опыту Американской ассоциации борьбы с раком и Китайского общества клинических онкологов возможна лишь при условии продуктивной деятельности региональных профильных регистров, в том числе гастроэнтерологических, обеспечивающих выявление лиц с предраковыми заболеваниями, изучение их факторов риска ЗНО, проведение всех видов целесообразной терапии и профилактики, а также разработку программ прогноза.

На начальном этапе проводится работа по созданию универсального для всех субъектов СЗФО РФ регистра больных с предраковыми заболеваниями желудка. Для каждого больного с предраковым заболеванием желудка заводится карта динамического наблюдения с полным объемом медицинской информации о больном, включая генетический «портрет» патологии желудка, с графиком контрольных исследований и их результатов, мониторингом врачебных рекомендаций и их результатов. Отдельно выделена группа внешних и внутренних факторов риска рака желудка, включенных в программу прогноза возникновения ЗНО желудка. Автоматизированный анализ результативности лечебно-профилактических мероприятий осуществляется патронажным врачом систематически.

237

ТЕЧЕНИЕ КОКЛОША У ПАЦИЕНТКИ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА И КАРДИОМИОПАТИЕЙ

Казаров А.А., Схиртладзе М.Р., Лосик Е.А., Кардашева С.С., Буверова Е.Л., Ивашкин В.Т.

Сеченовский университет, Москва, Россия

Цель работы: представить клиническое наблюдение о течении коклюша у пациентки с ишемической болезнью сердца и кардиомиопатией.

Основные положения. Пациентка Р., 54 лет, поступила в кардиологическое отделение с жалобами на отеки ног, увеличение живота в объеме, одышку при незначительной нагрузке. Анамнез заболевания: в августе 2023 года во время физической нагрузки возникла интенсивная распирающая боль в грудной клетке с иррадиацией в обе руки, вызвала бригаду СМП, на ЭКГ изменений не выявлено. С сентября отметила непродуктивный приступообразный кашель, иногда заканчивающийся рвотой и субфебрильную температуру (ранее находилась в контакте с больным коклюшем). В конце ноября кашель прекратился, но появились симметричные отеки ног, одышка при умеренной нагрузке, увеличился живот в объеме. При обследовании в клинике преемственности внутренних болезней гастроэнтерологии и гепатологии имени В.Х. Василенко в декабре: СРБ – 27 мг/л, Д-димер – 3,73 мкг/мл, МНО – 1,44, NT – проBNP – 9269 пг/мл, Anti-*Bordetella pertussis* IgG – 58,93, что свидетельствует о перенесенном коклюше. ЭКГ: признаки перенесенного обширного инфаркта миокарда передней и нижней стенки левого желудочка. ЭХО КГ: ФВ 19%, СДЛА – 55 мм. рт. ст.; дилатация всех полостей сердца; снижение глобальной систолической функции и тромбоз ПЖ и ЛЖ. МРТ сердца: МР – картина обширного трансмурального инфаркта ЛЖ в бассейне передней межжелудочковой ветви и правой коронарной артерии; пристеночные тромбы в области верхушки и перегородки ЛЖ, в области боковой стенки ПЖ. МСКТ коронароангиография: окклюзия ПМЖВ и ПКА; аневризма ЛЖ; ромбы в ПП и ЛЖ. Клинический диагноз: сочетанное основное заболевание: 1) ИБС: постинфарктный кардиосклероз (ИМ неизвестной давности). Фоновое заболевание: Атеросклероз аорты, коронарных артерий. 2) Подострый миокардит. Фоновое заболевание: коклюш, вызванный *Bordetella pertussis*, типичная форма, среднетяжелое течение (осень 2023 года). Осложнения: Вторичная дилатационная кардиомиопатия. ХСН 2Б ст., III ФК по NYHA. Постинфарктная аневризма левого желудочка. Тромбоз полости левого желудочка, правого предсердия.

Выводы. Представлен первый случай подострого миокардита, дебют связан с перенесенным коклюшем.

236

АНАЛИЗ ПЕРВИЧНОЙ ИНВАЛИДНОСТИ НАСЕЛЕНИЯ В ВОЗРАСТЕ 18 ЛЕТ И СТАРШЕ В СЛЕДСТВИЕ БОЛЕЗНЕЙ ОРГАНОВ ПИЩЕВАРЕНИЯ В ИРКУТСКОЙ ОБЛАСТИ ЗА 2021–2023 ГГ.

Горшенина О.В., Ганжурова Н.И., Сергеева Н.В.

III, VII экспертные составы ФКУ «ГБ МСЭ по Иркутской области» Минтруда России, Иркутск, Россия

Заболевания органов пищеварения – одна из самых серьезных проблем со здоровьем населения с точки зрения расходов системы здравоохранения, временной нетрудоспособности и инвалидности.

Цель работы: анализ первичной инвалидности вследствие болезней органов пищеварения (БОП) у взрослого населения в Иркутской области за 2021–2023 гг.

Материалами для анализа послужили сведения о деятельности учреждения медико-социальной экспертизы по формам государственного статистического наблюдения №7-Собес, электронная база данных о гражданах, прошедших первичное освидетельствование в 2021–2023 гг. с болезнями органов пищеварения.

По результатам анализа отмечен рост первичной инвалидности вследствие БОП в Иркутской области, интенсивный показатель первичной инвалидности (далее – ИППИ) в 2023 г. составил 1,6; в 2022 г. – 1,2; в 2021 г. – 1,1 на 10 тыс. взрослого населения. По сравнению с показателями 2022 г. в РФ – 1,1 и СФО – 1,2 на 10 тыс. взрослого населения ИППИ в Иркутской области сохранялся на одном уровне. Среди впервые признанных инвалидов (ВИП) преобладают городские жители. Так ИППИ в городах Иркутской области увеличился и составил в 2023 г. – 1,6; в 2022 г. – 1,3; в 2021 г. – 1,2 на 10 тыс. населения. Среди ВОПИ по-прежнему преобладают лица трудоспособного возраста – 69% (в 2022 г. – 74%; в 2021 г. – 72%). В структуре первичной инвалидности преобладает доля инвалидов второй группы (2023 г. – 52%; 2022 г. – 45%; 2021 г. – 53%). Доля инвалидов первой группы в 2023 г. составила 26%, в 2022 г. – 28%, в 2021 г. – 22%; инвалиды третьей группы в 2023 г. составили 22% (2022 г. – 27%; 2021 г. – 24%). В нозологической структуре первичной инвалидности лидирует цирроз печени (74%). ИППИ вследствие цирроза печени в 2023 г. увеличился до 1,2 на 10 тыс. взрослого населения. Второе место – заболевания кишечника (18%), третье место – хронические панкреатиты (5%).

Выводы. За анализируемый период в Иркутской области отмечен рост ВИП вследствие БОП. Преобладает вторая группа инвалидности среди лиц трудоспособного возраста. Среди городских жителей Иркутской области ИППИ выше, чем среди жителей сельских поселений, что свидетельствует о меньшей доступности диагностики и медицинской помощи. Основной причиной первичной инвалидности является цирроз печени с тенденцией роста ИППИ.

238

ЧАСТОТА ВЫЯВЛЕНИЯ ДЕПРЕССИВНЫХ СОСТОЯНИЙ У ПАЦИЕНТОВ ГАСТРОЭНТЕРОЛОГА НА АМБУЛАТОРНОМ ПРИЕМЕ

Коробка В.Л.^{1,2}, Коробка Р.В.^{1,2}, Бабиева А.М.¹, Пак Е.С.^{1,2}, Осиян Ю.Т.¹, Сергиенко М.Г.¹, Кашина М.А.¹¹ Ростовская областная клиническая больница,² Ростовский государственный медицинский университет, Россия

В настоящее время большое внимание в диагностическом поиске пациенту с гастроэнтерологическими жалобами уделяется депрессии, так как возникновение эпизодов депрессии неуклонно растет. Пациенты с депрессией при осмотре на приеме гастроэнтеролога предъявляют жалобы на выраженный болевой синдром, обстипационный синдром, снижение аппетита и снижение массы тела, которые сопровождаются канцерофобией и постоянным желанием продолжать диагностические поиски в зависимости от ранее полученных результатов. Депрессия – это психическое расстройство, при котором длительная эмоциональная подавленность сопровождается нарушением соматических и когнитивных функций. Диагностика депрессивного эпизода осуществляется с использованием шкалы депрессии Бека. За минимальный уровень депрессии принималась отметка 10 баллов по данной шкале.

В исследование были включены 20 человек, из них 12 мужчин и 8 женщин в возрасте от 18 до 65 лет, с наличием жалоб на постоянную абдоминальную боль и запоры до 4–5 суток в течение последнего года, снижения аппетита и веса. В рамках дообследования всем пациентам была выполнена гастроскопия, колоноскопия, УЗИ органов брюшной полости, лабораторный мониторинг, анкетирование на предмет выявления депрессии с использованием шкалы Бека. По итогам дообследования у 7 мужчин и 5 женщин патологии со стороны органов ЖКТ не выявлено, при этом у 5 мужчин и 3 женщин по шкале Бека получены результаты более 10 баллов. Данной группе пациентов рекомендовано обратиться к психиатру с учетом необходимости специфической терапии.

Выводы: учитывая частоту возникновения депрессивных эпизодов, необходимо внедрение анкетирования пациентов по шкале Бека на амбулаторном приеме гастроэнтеролога в рамках скрининга для эффективного лечения, в том числе с использованием антидепрессантов и когнитивно-поведенческой терапии. Данный подход позволит снизить финансовую нагрузку на поликлиническую службу, так как выполнение диагностических исследований при отсутствии показаний будет минимизировано.

239

ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ МИКОПЛАЗМЕННОЙ ПНЕВМОНИИ У БЕРЕМЕННЫХ

Пудова А.А., Кокина Н.И., Рощина Т.В.

Сеченовский университет, Москва, Россия

Цель работы: клиническое наблюдение иллюстрирует важность правильного выбора препаратов для лечения микоплазменной пневмонии у беременных.

Клинический случай. Пациентка В., 34 года, поступила с жалобами на повышение температуры тела до 38,2° С, сопровождающееся головной болью и ознобом, приступообразный кашель с трудноотделяемой мокротой зеленоватого цвета. Семейный анамнез: сын 4 года, заболел 1 декабря 2023 года, жалобы на повышение температуры тела до 38° С, першение в горле, насморк. Выздоровел через 10 дней. Из анамнеза заболевания: у пациентки беременность 30–31 неделя. 10.12.2023 почувствовала слабость, отметила повышение температуры тела до 37,3° С. Обратилась в поликлинику по месту жительства, установлен диагноз: ОРВИ. Острый трахеобронхит. Назначено лечение: обильное питье. С 28.12.2024 температура тела стала нарастать до 38,2° С. Обратилась на консультацию пульмонолога в УКБ № 2 им. В.Х. Василенко, госпитализирована для уточнения диагноза и подбора адекватной терапии. В клинике были проведены лабораторно-инструментальные анализы, по результатам которых СРБ – 20,2 мг/л, СОЭ – 48 мм/час, лейкоцитоз, выявлены АТ класса IgM *Mycoplasma pneumoniae*. Функция внешнего дыхания сохранена. Рентгенологическое исследование органов грудной клетки не проводилось в связи с беременностью пациентки. Установлен диагноз: Основное заболевание: Внебольничная пневмония в нижней доле левого легкого, средней степени тяжести, вызванная *Mycoplasma pneumoniae*. Осложнения: Дыхательная недостаточность 1 степени. У пациентки беременность 34–35 недель. Проведено лечение: Ровамицин 10 мг – 1 таблетка × 3 р/д, Мукалтин 50 мг – 1 таблетка × 3 р/д.

Выводы. Главной особенностью была трудность ведения беременной в виду ограничения в выборе лекарственных препаратов и инструментального обследования. Ведение беременных с внебольничной пневмонией должно проводиться в соответствии с клиническими рекомендациями в виду высокой летальности и развитием отсроченных осложнений.

241

ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНЫЕ НАРУШЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА

Чернышева К.О., Кодочигова А.А., Филимонова О.Г.

Кировский ГМУ, Россия

Цель работы: оценить уровень тревоги и депрессии у пациентов (п.) со стеатогепатитом и язвенной болезнью желудка или двенадцатиперстной кишки.

Материалы и методы. Обследовано 30 п., находящихся на лечении в ЧУЗ «Клиническая больница "РЖД-Медицина" города Киров». Из них 21 (70,0 %) – мужчин, 9 (30,0 %) – женщины, средний возраст – 50,3 ± 11,4 лет. У 18 п. (60,0 %) был диагностирован стеатогепатит; у 8 п. (26,7 %) – язвенная болезнь желудка (ЯБЖ); у 4 п. (13,3 %) – язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки (ЯБ ДПК). Средний индекс массы тела среди всех пациентов составил 27,0 ± 4,8 кг/м² (избыточная масса тела), средний стаж заболевания – 4,3 ± 4,0 года. Оценка уровня тревоги у пациентов проводилась при помощи шкалы Спилбергера – Ханана (Спилбергер Ч., 1970; адаптация – Ханан Ю.Л., 1978). Оценка уровня депрессии проводилась по шкале депрессии Бека (Бек А., 1978; адаптация – Тарабрина Н.В., 1992).

Результаты. Средний уровень ситуативной тревожности среди всех пациентов составил 40,4 ± 7,9 баллов (средняя выраженность тревоги); средний уровень личностной тревожности – 39,2 ± 6,6 баллов (также средняя выраженность). Высокий уровень ситуативной тревожности наблюдался у 8 п. (26,7 %), личностной тревожности – у 7 п. (23,3 %). Средний балл по шкале Бека среди всех пациентов составил 6,9 ± 5,3 (низкий уровень депрессии). У большей части пациентов (20 чел., 66,7 %) был выявлен низкий уровень депрессии; у 9 п. (30,0 %) – умеренный уровень; у 1 (3,3 %) – высокий уровень. Было установлено, что у женщин статистически значимо (p = 0,03) уровень ситуативной тревожности выше, чем у мужчин. Не было выявлено достоверной связи (p > 0,05) уровня тревоги и депрессии с такими факторами, как отсутствие брака (6 п., 20,0 %), отсутствие трудоустройства (7 п., 23,3 %), наличие вредных привычек (употребление алкоголя – 10 п., 33,3 %; курение – 14 п., 46,7 %). У пациентов с ЯБ и пациентов со стеатогепатитом уровень тревоги и депрессии также статистически значимо не различался (p > 0,05). Корреляционный анализ показал наличие умеренной прямой связи между возрастом пациентов и уровнем ситуативной тревожности (r = 0,3).

Выводы. Для большинства пациентов со стеатогепатитом и язвенной болезнью более распространенным психоэмоциональным нарушением является тревога. Уровень ситуативной тревожности выше среди женщин и пожилых людей. Следовательно, к ним требуется повышенное внимание в рамках разработки и проведения психопрофилактических мероприятий, направленных на улучшение качества жизни пациентов.

240

ТРУДНОСТИ ТЕРАПИИ КОМОРБИДНЫХ ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОЧЕК НА ФОНЕ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ И САХАРНОГО ДИАБЕТА

Хорольская А.Ю., Схиргладзе М.Р., Балахонова Н.П., Глухова Н.А., Берзина Е.В., Клыпа М.А.

Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова (Сеченовский университет), Россия

Цель работы: клиническое наблюдение иллюстрирует трудность подбора терапии у коморбидных пациентов.

Клинический случай: Пациентка Н., 70 лет, поступила с жалобами на одышку при небольшой физической нагрузке, перебои в работе сердца, отеки ног, общую слабость. Из анамнеза заболевания известно, что с 2018 года – сахарный диабет 2 типа. В 2019 году ампутация левой стопы по поводу гангрены. При обследовании в клинике выявлена анемия, повышение СОЭ до 40 мм/час, глюкозы до 8,7 ммоль/л, а уровень гликозилированного гемоглобина до 8,8 %, что указывает на декомпенсацию СД, повышен уровень креатинина до 298 мкмоль/л, СКФ составила 13 мл/мин, что соответствует терминальной стадии хронической болезни почек (ХБП), выявлено нарушение липидного профиля, повышен острофазовый показатель – ферритин до 320 нг/мл, что подтверждает диагноз анемии хронических заболеваний. В ОАМ – выявлена протеинурия, проведена оценка суточной альбуминурии, по результатам которой она увеличена почти в 5 раз, снижен суточный диурез до 500 мл, повышен белок в 2,5 раза – можно предположить наличие диабетической нефропатии. При УЗИ почек: УЗ-признаки вторично сморщенных почек. Диабетический гломерулосклероз – узелковая форма гломерулосклероза, специфическая для сахарного диабета, получила название в честь патологоанатомов Киммельстедта и Уилсона, обнаруживших и описавших в 1936 году своеобразное узелковое склеротическое поражение клубочков почек. По данным ЭХО-КГ признаки дилатации предсердий, ФВ ЛЖ составила 35 %, СДЛА до 55 мм рт. ст., выявлены зоны гипокинеза. По данным ХМ-ЭКГ выявлена полная блокада ЛНПГ и экстрасистолы. У пациентки присутствуют все факторы развития ХБП – возраст (70 лет), артериальная гипертензия, сахарный диабет, сердечная недостаточность, ожирение (ИМТ = 32,42 кг/м²), а также нарушение липидного и пуринового обмена. Установлен диагноз: основное заболевание: сочетанные заболевания: ИБС, Сахарный диабет 2 типа, ХБП 5 стадии.

Выводы: тактика ведения коморбидных пациентов – улучшение качества жизни за счет уменьшения выраженности симптомов, контроль заболевания и прогноз здоровья.

СПИСОК АВТОРОВ

А		Бариева Л.Р.	42	Веселова Н.Е.	108, 109
Абдувахобова Н.	164	Бармина Т.Г.	214	Вилкова И.Г.	178, 187
Абдулганиева Д.И.	59, 77	Барсукова М.А.	5, 6	Виноградова Н.Н.	231
Абдуллаев Ф.М.	19	Барчугова Ю.В.	184	Винокурова Л.В.	210
Абдыева Г.Х.	1	Барышникова Н.В.	46, 63, 192	Владзимирский А.В.	60
Абраменкова Н.Ю.	143	Батаев С.М.	175, 176	Владимирова Н.Н.	231
Абрамова Е.Н.	76	Бауло Е.В.	181	Власов А.А.	231
Авезов С.А.	125, 137, 150	Бахтибеков А.М.	116	Власова Н.В.	207
Агапов М.Ю.	24	Бекова Х.М.	14	Вовк Е.В.	80
Агафонова П.Р.	103	Белинская Н.А.	24	Войцеховский В.В.	18
Агеева Е.С.	12	Белковец А.В.	15	Волевач Л.В.	156, 157
Адамова И.Г.	104, 145	Белостоцкий Н.И.	181	Волкова Д.В.	110
Акчурина О.Э.	59	Бердников С.Н.	203, 206	Воробьева Н.В.	184
Алексеева А.А.	70	Березина Е.В.	240	Ворончихина А.С.	173
Алексеева Н.В.	158	Березина Е.В.	234	Восиев А.С.	168
Алексеева О.П.	70	Бессонов А.Г.	225	Вшивков В.А.	171, 172
Алексеев А.С.	174	Богачева А.В.	177		
Алиева Э.И.	175, 176	Богданенок М.В.	184	Г	
Алиханова И.Ч.	19	Бодрягина Е.С.	59	Габараев А.С.	176
Алмазбек Кызы А.	91	Бойков С.А.	174	Габбасова Л.В.	156, 157
Альимова Ю.А.	60	Большат Г.К.	111	Габызов М.А.	66
Амансахатова Е.Н.	183	Бондарчук Л.К.	50	Галагудза М.М.	182
Аносов В.Д.	98, 99	Бордин Д.С.	210	Галкин В.А.	184
Антипят Н.А.	76	Борисов А.Г.	108	Ганджалиев А.Т.	129
Антонян В.В.	36	Борсуков А.В.	201, 204, 215, 219	Ганжурова Н.И.	236
Антонян В.С.	36	Борщев Ю.Ю.	57	Ганиев И.С.	162
Апратина В.А.	46	Бражников А.Ю.	147	Ганюшкин В.Е.	228
Арсентьев В.Г.	56	Бреднева А.С.	203	Гарипова Р.А.	157
Архангельская Ю.В.	207	Будзинский С.А.	110	Гаскина Т.К.	183
Асланова Л.С.	82, 83	Буеверова Е.Л.	237	Гаспарян А.А.	65
Аснер Т.В.	155	Буклис Э.Р.	177	Гасьмова И.Н.	28
Афанасенкова Т.Е.	20, 180	Бунина Н.С.	64	Гахраманова А.А.	72
Ахмадуллина О.В.	51	Бураков И.И.	105	Гезалов Ф.Ф.	229
Ахмедзянова Д.А.	60	Буровенко И.Ю.	57	Гейвандова Н.И.	111
Ахмедова А.Р.	201	Бусыгина М.С.	16, 17	Гельт Т.Д.	212, 220
Ахметзянов Р.Ф.	92	Бутина Е.Ф.	107	Генералов В.М.	74
Ахриева Х.М.	88	Бутина Т.Ю.	35	Герасименко О.Н.	124
		Бухтин О.В.	127, 138, 139, 233	Гидаятов А.А.	19
Б		Былич Л.Г.	57, 58	Гидаятова В.А.	19, 28
Бабиева А.М.	26, 127, 138, 139, 233, 238	В		Гидаятова Л.А.	19
Багирова А.А.	64	Вавринчук С.А.	227	Гизатуллина Л.Р.	198
Байсаева Л.С.	122	Валуйских А.И.	223	Глухова Н.А.	240
Бакулин И.Г.	55	Валуйских Е.Ю.	223	Гнутов А.А.	46, 47, 89
Балакина И.В.	13, 61, 62, 202	Ванян А.В.	24	Гожан Г.В.	32
Балахонова Н.П.	234, 240	Варганова Д.Л.	147	Голикова З.Н.	80
Балукова Е.В.	222	Варламова Н.Н.	106	Головкина Н.Л.	148
Балянова Е.Г.	174	Василенко О.Ю.	80	Гомонова В.П.	112
Барановский А.Ю.	44, 45, 188, 235	Васютин А.В.	37, 48, 108, 109, 113, 151	Гончарова А.Ю.	205
Бардов В.С.	18	Вахрушев Я.М.	107	Горбатенко О.А.	204
				Горбунов А.Ю.	42
				Горбунова А.М.	124
				Горина Ю.Н.	80
				Горчаков В.Н.	183
				Горчилова Е.Г.	109, 113

Горшенина О.В.	236	Жарова М.Е.	231	Камариддинова Ф.Т.	125
Григоренко А.В.	114	Жданова О.Б.	30	Кандурова К.Ю.	211
Григорьева Ю.В.	231	Железнова Н.В.	41	Каневский Н.И.	221
Григорян Э.Г.	65	Жук Л.В.	142	Капралов Н.В.	3, 153
Грицай А.А.	205	Жукова А.А.	68	Карамурзаев Н.К.	203
Громов А.А.	74, 130, 223			Кардашева С.С.	237
Гросул-Райляну О.Б.	58	З		Карелина А.М.	52
Грошин В.С.	66	Зайко М.Ю.	68	Карнаухов Н.С.	210
Губарева И.В.	129	Зайчикова С.В.	69	Картавенко И.М.	232
Губонина И.В.	75	Зверева С.И.	228	Касихина А.В.	23
Гудкова Р.Б.	86	Зеленин В.А.	42	Кафарова А.Х.	126
Гуз Н.П.	78	Злобин М.В.	70	Кашин С.В.	23
Гулунов З.Х.	10, 46	Знахаренко Е.А.	124	Кашина М.А.	26, 238
Гульнева М.Ю.	115	Значений С.И.	58	Каширина А.О.	224
Гурман Ю.В.	179, 187	Зокиров Х.Ш.	164	Керимова-Салимова Р.Т.	85
Гурьев Р.Д.	157	Зольникова О.Ю.	177	Кизимова О.А.	47, 89
Гусейнова Х.Г.	28, 83	Зубарева А.А.	21	Кизова Е.А.	70
Гусейнова Х.Г.	82, 84, 85	Зубарева Е.А.	206	Ким Л.	24
Гуфронзода Д.	81, 116, 117, 118	Зубова А.Д.	71	Ким С.И.	24
		Зябкин И.В.	176	Кирюкова М.А.	210
				Кирюхин А.П.	14, 177
Д		И		Киселева А.В.	222
Давыдов Д.А.	75	Ибрагимов М.Р.	83	Киселёва А.В.	69
Дамбаева Б.Б.	2	Ибятуллина Г.И.	129	Кислицына О.С.	187
Данзанова Т.Ю.	203, 206	Иваников И.О.	231	Кислякова Е.А.	187
Дашкина Н.А.	101, 102	Иванов Д.В.	183	Кльпа М.А.	240
Двойникова Е.Р.	24	Иванов Л.Н.	158	Кляшев С.М.	67
Демидова Н.А.	156, 157	Иванов Н.Н.	22	Князев О.В.	51, 86
Демченко А.А.	111	Иванов С.В.	46, 72	Ковалёв А.В.	209, 212
Дехнич Н.Н.	143	Иванова Г.С.	42	Ковалева Л.К.	30, 224
Джамилев М.А.	134	Иванова Е.Ю.	17	Коган Е.А.	88, 177
Дмитриенко М.А.	56	Ивашкин В.Т.	4, 9, 11, 14, 54, 177, 234, 237	Кодиров Ф.Д.	96, 97, 144, 159, 160, 161, 162, 165, 166, 167, 168
Дорошенко Д.А.	98, 99			Кодочигова А.А.	241
Доценко Э.А.	105	Игнатъев С.М.	92	Козлова И.В.	225
Дрозд У.А.	196, 199	Игнатъева Е.С.	45	Кокина Н.И.	177, 213, 239
Дубская Е.Е.	20, 180	Израилов Р.Е.	190	Коков Л.С.	229
Дубцова Е.А.	210	Ильченко Л.Ю.	52, 104, 145	Колесникова И.Ю.	73
Дуданова О.П.	25, 119, 120, 121	Исаев Д.Н.	92	Колесова Т.А.	225
		Исаев Э.Г.	84	Колодей Е.Н.	70
Дудин В.В.	131	Ишанкулова Д.М.	49, 137	Коломиец В.А.	25
Дудов Т.Р.	122, 123	Ищенко Н.В.	207	Колотилова М.Л.	158
Дунаев А.В.	211			Комар В.В.	182, 194
Дустов А.	133	К		Комарова В.С.	232
Душина Т.С.	67	Каганович Б.М.	105	Коновал Н.В.	43
Дыбаль М.А.	105	Кадыров Д.М.	96, 97, 144, 159, 160, 161, 162, 163, 165, 166, 167	Копылова Д.В.	69
Е		Казаров А.А.	237	Корниенко Е.А.	56
Емельянов Н.В.	12	Калугин А.А.	41	Корниенко Т.Г.	41
Ермолаева Л.Г.	222	Калягин А.Н.	155	Корнусова А.Б.	53
Ефремова А.Ю.	55	Камалов Ю.Р.	208	Коробка В.Л.	26, 127, 138, 139, 230, 233, 238
Ж		Каманин А.А.	75		
Жаркова М.С.	103, 110, 114, 126, 146				

Коробка Р.В.	26, 127, 138,	Леонтьева Н.И.	76	Наимова Ш.	137
	139, 230,	Лепэдату П.И.	206	Налетов А.В.	78
	233, 238	Лесько К.А.	210	Насонов Н.Д.	203
Корой П.В.	122, 123	Леушина Е.А.	131	Насыров Р.А.	47
Королев А.В.	14, 54	Лозоватор А.Л.	80	Нафикова А.Ш.	156
Королев М.П.	197, 199	Ломша А.С.	105	Нежкина Н.Н.	224
Королева И.С.	206	Лосик Е.А.	237	Некрасова Т.П.	110, 114,
Коротчик Т.И.	142	Лукашевич А.П.	107		146
Косаренко Е.С.	128	Лукьянчук Р.М.	196, 199	Неумоина Н.В.	35
Косенко П.М.	227	Лупанова И.А.	132	Нечаев В.М.	234
Кострикова Л.Н.	142	Лучанова С.Г.	105	Никитин И.Г.	52, 104, 145
Кострыкин М.Ю.	138, 233	Лыкова А.А.	8	Никонов Е.Л.	231
Костюченко Л.Н.	93, 94, 95	Лыонг Ч.М.	54	Новикова Т.П.	105
Котляр Р.В.	58	Лычкова А.Э.	93, 94, 95	Нуров З.	168
Кочергин В.Г.	189	Ляtifова Л.В.	1		
Кочетков С.Г.	129			О	
Краснов А.А.	46	М		Оболешева Г.Ю.	32
Краснорудская М.О.	41	Магалова Н.С.	28, 85	Одинцова А.Х.	59, 77
Крашенков О.П.	231	Маевская М.В.	110	Ожиганова Н.В.	15
Крещановская А.С.	232	Маевская Т.В.	200	Олейник Н.В.	105
Круглова Н.А.	188	Мазовка К.Е.	43	Олимзода Н.Х.	134, 150
Кручинина М.В.	15, 74, 130,	Макаренко Н.В.	210	Олин Д.А.	80
	223	Максимов В.Н.	124	Ольховик И.Ю.	69
Крыжановская Е.Ю.	208	Малафеева Э.В.	115	Ольховская М.Ю.	113
Крылова Ю.С.	34	Малкарова Э.Ш.	29	Ондоc Ш.А.	126
Куваев Р.О.	23	Мамошин А.В.	211	Онучина Е.В.	2
Кудрина С.В.	198	Мануйлова О.О.	104	Опря П.С.	127, 138,
Кузнецов В.Д.	66	Манучарян Е.Р.	65		139
Кузнецова Д.А.	75	Мартусевич А.К.	30, 184, 224	Орган А.Н.	32
Кузнецова Е.В.	175	Марченко А.Б.	226	Орлова В.В.	105
Кузнецова Е.И.	8	Мельков Е.М.	131	Орлова Е.А.	224
Кузнецова И.А.	35	Мельникова А.А.	31	Орлова Л.П.	79
Кузьмина Е.А.	90	Мереуцэ И.Е.	32	Осадчук А.М.	33
Кузьмина Т.Н.	51, 189, 190,	Мехтиев С.Н.	106	Осадчук М.А.	34
	191	Мирзорахматов С.А.	133	Осипенко М.Ф.	130, 226
Кулаков Д.С.	86	Мироджов Г.К.	134, 164	Осипян Ю.Т.	26, 238
Кулиева А.К.	8, 148	Миронова Е.Д.	34	Островская А.С.	110
Кулиева Э.К.	56	Миронова Т.Я.	62	Охлобыстин А.В.	91, 110, 146
Курбатова И.В.	119, 120	Михайлуcов С.В.	98, 99	Охлобыстина О.З.	91
Курбонов Х.Х.	167	Михневич Э.А.	135		
Курманова Е.Н.	132	Мкртчян Л.С.	43	П	
Куропятник П.И.	78	Мнацаканыян М.Г.	60	Павлов П.В.	29, 31, 232
Курченкова В.И.	3, 153	Мозолёв А.Н.	105	Павлов Ч.С.	147
Куцаева А.О.	27	Моисеевкова Е.В.	98, 99	Пак Е.С.	26, 127, 138,
		Морозова Т.Г.	209, 212,		139, 230,
			216, 217,		233, 238
			220	Паламарчук Ю.С.	101, 102
Л		Морозова Т.С.	136	Панахова С.Р.	185
Лагутинская Д.В.	195	Москалева Т.Н.	76	Паниева Н.Ю.	101, 102
Лазуткина Е.Л.	18	Мусина Н.П.	218	Параскевова А.В.	4, 9
Лапедату П.И.	203	Муфтахетдинова А.И.	156	Паратовская А.А.	24
Лапин С.В.	75	Мухаметова Д.Д.	59, 77	Паруликова М.В.	130
Лапина Т.Л.	29, 31, 232	Мясникова Е.В.	231	Парфёнов А.И.	181
Лапшин А.В.	103			Пасечников В.Д.	230
Ларина Н.А.	25, 119, 121			Пасечников Д.В.	230
Ларюшина Е.М.	226	Н		Перетолчина Т.Ф.	136
Лахин В.В.	69	Наджафова К.Н.	170		
Лебедев П.В.	198				

Перфилова К.М.	35	Салимова-Керимова Р.Т.	28, 82,	Схиртладзе М.Р.	234, 237,
Пестерева О.В.	186		83, 84		240
Петленко С.В.	46	Саляхова Е.В.	225		
Петрова Т.М.	233	Самойлова-Бедыч Н.М.	226	Т	
Петрухина Н.А.	174	Самсонов А.А.	8	Табаров З.В.	96, 97, 144,
Плотникова Е.Ю.	27	Сандуца С.Г.	32		159, 160,
Плюхина А.С.	207	Сафаралиева Л.Х.	185		161, 162,
Поливанова Т.В.	171, 172	Сафаров Б.Дж.	169		163, 165,
Полуэктова Е.А.	14, 54, 64	Сафонова К.А.	143		166, 167,
Полякова Г.С.	174	Саютина Э.В.	87		168, 169
Полякова Л.Д.	32	Светлова И.О.	74, 223	Тараки Б.М.	104, 145
Помыткина Т.Е.	5, 6	Светлых Е.Д.	199	Тарасова Л.В.	225
Понеделков В.В.	199	Свиридова Т.Н.	69	Татаркина М.А.	110, 177,
Потапова Е.В.	211	Селина И.Е.	214		218
Потехина Е.В.	80	Семенова Е.А.	55	Татарогло М.И.	231
Пощверашвили Н.Д.	213	Семенцова О.В.	214	Тверитнева Л.Ф.	229
Прищепенко В.А.	140	Сергеева А.В.	51, 190, 191	Терещенко Е.А.	33
Пудова А.А.	7, 239	Сергеева Н.В.	236	Тертычный А.С.	14, 29, 31,
Пулатов Д.И.	49, 81, 116,	Сергиенко М.Г.	26, 238		54, 64, 88,
	117, 118,	Сидоренко О.Д.	95		232
	141, 154	Сикорская Ю.Н.	36	Тешабаева Д.С.	42
Пулатова С.Д.	116, 117,	Сильвестрова С.Ю.	86, 189	Титова Л.А.	207
	118, 141	Симонова Ж.Г.	186	Тиханкова А.В.	218
Пунин А.А.	143	Синдыхеева Н.Г.	155	Тихонова Л.Н.	18
Пшенникова И.Г.	104	Синцова С.В.	38	Ткач К.В.	146
Пятойкин Е.А.	35	Синьков М.А.	27	Ткачев А.В.	43
Р		Синюкова Г.Г.	206	Ткаченко П.Е.	146
Радван Л.М.	36	Скутарь А.И.	215	Тонких Ю.Л.	37, 48, 108,
Раевнева Т.Г.	105, 135	Смирнова О.А.	51, 190, 191		109, 113,
Райхельсон К.Л.	112	Смирнова О.В.	195		151
Рахимова Х.К.	164	Смольникова М.В.	48	Тоголян Г.Г.	52
Речмедина В.И.	69	Соколова А.С.	74	Триандафилова Е.Г.	174
Решетников Р.В.	60	Соколова К.С.	39, 44, 45,	Тропская Н.С.	178, 179,
Решетникова Л.К.	87, 142		235		187
Родина А.С.	120	Соколовская С.В.	224	Трошина Т.А.	35
Рок А.Р.	3	Соловьева А.И.	76	Трусова Л.А.	18
Рощина Т.В.	239	Солоница Л.П.	40	Трухманов А.С.	4, 9, 11, 221
Рубанова Д.В.	189	Соусова Я.В.	10, 46, 192	Тряпицын А.В.	39, 44, 45,
Румянцева Д.Е.	11	Спиваковская А.Ю.	173		235
Рябокоть Р.В.	37	Спиваковский Ю.М.	173	Тужилкин А.Н.	224
Рябухина О.В.	213	Старкова Ю.Н.	87	Тумакова Л.К.	59
С		Старовойтова Е.А.	209, 212,	Туранкова Т.А.	147
Савина И.В.	210		216, 217	Тургунова Л.Г.	226
Савина Т.С.	90	Степченко А.А.	41	Тухтаева Н.С.	164
Савченко А.А.	108, 109,	Сторонова О.А.	4, 9, 29, 221	Тхинь Ли	105
	151	Субботин В.В.	189	Тютюнник П.С.	191
Садьгов Б.И.	19, 28, 82,	Суворов А.Н.	63	У	
	83, 84, 85	Судьина Л.В.	43	Умярова Р.М.	148
Сайфудинов О.	141	Сулима М.В.	87, 142	Унту Б.П.	32
Сайфудинов Р.Г.	225	Сумин Д.С.	211	Унту П.Б.	32
Салимгереева Д.А.	210	Сунозова Г.Д.	227	Уртеннова Н.М.	193
Салимов Т.Г.	19, 82, 83,	Суплотов С.Н.	67	Успенский Ю.П.	10, 46, 47,
	84, 85	Супорник Г.В.	129		63, 89, 194
		Сурова А.Е.	8	Ушаков А.А.	127, 138,
		Суругегина А.В.	30		139
		Сучкова Е.В.	42, 107		

Ф		Ч		Штыгашева О.В.	12
Федоров И.Г.	104, 145	Черенда А.С.	114	Шубина М.Э.	120
Фёдоров И.Г.	52	Черепнин М.А.	151	Шульпекова Ю.О.	114, 146
Федотов Б.Л.	199	Черненко Т.В.	178	Шумливая Т.П.	174
Фельдшеров М.В.	177	Черников И.Г.	136	Шумская Ю.Ф.	60
Ферубко Е.В.	132	Чернусь Н.П.	90	Шуплецов В.В.	211
Филимонова О.Г.	241	Чернышева К.О.	241	Шурова Т.И.	41
Филин А.В.	208	Чичерина Е.Н.	21	Шустов О.О.	105
Фомин А.Д.	234	Чуева Т.О.	224	Шутова И.В.	35
Фомина Л.А.	22, 149			Щ	
Фоминых Ю.А.	46, 47, 89, 170	Ш		Щербакова О.В.	175, 176
		Шабалов А.М.	56	Щукина О.Б.	75
Х		Шакирова И.И.	156, 157		
Халилов В.	28	Шамхалов З.М.	19, 28, 84, 85	Э	
Халилов В.М.	82			Эйвазова К.М.	1
Халин К.Д.	24	Шапка М.П.	31		
Халиф И.Л.	79	Шаповалов А.М.	138, 233	Ю	
Хаматнурова Л.Р.	33	Шаповалова Я.А.	25	Юлдашева Г.Р.	100
Хамидова Л.Т.	214	Шапошников А.В.	152	Юлдошева З.Х.	49, 116, 117, 118, 154
Хатьков И.Е.	210	Шатохина Н.С.	174		
Хижникова В.В.	176	Шашков М.В.	74	Юпатов Г.И.	140
Хилков Т.Н.	25	Швидко А.О.	127, 138, 139	Юркевич Р.Е.	138, 233
Хирлиг-Оол С.Х.	48			Юрьева Е.А.	152
Хоконов М.А.	98, 99	Шептицкий А.В.	57, 58	Юрьева Е.Ю.	7, 11, 29, 31, 232
Хомерики С.Г.	210	Шептицкий В.А.	57, 58		
Хоржевский В.А.	37	Шестакова Д.Ю.	219	Я	
Хорольская А.Ю.	240	Шестов А.А.	74	Ягода А.В.	122, 123
Храброва А.А.	11	Шиповская А.А.	119	Якимов Д.А.	92
Хужамуратов М.Х.	150	Широкова Е.Н.	126	Якубчик Т.Н.	50
		Шифрин О.С.	14, 54, 64, 91	Ялонецкий И.З.	105
Ц				Ярошенко Л.А.	101, 102
Ценева О.А.	98, 99	Шкуратова Ю.Ю.	220	Ярцев П.А.	229
Цеханович К.Б.	121	Шолкова М.В.	105		
Цуканов В.В.	37, 48, 108, 109, 113, 151	Шоломицкая-Гулевич И.А.	3, 153		
		Шолохов В.Н.	203		
		Шосайдзода С.С.	162, 163		

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА

ПИЩЕВОД

1.1. Физиология и патофизиология	4, 9, 12
1.2. Клеточная/молекулярная биология/ патология	195, 226
1.3. Эозинофильный эзофагит	31
1.4. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь: эпидемиология/патогенез/диагноз	2, 4, 5, 6, 8, 9, 10, 12, 38, 41
1.5. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь: лечение/осложнения	5, 6, 41
1.6. Пищевод Баррета	196
1.7. Опухоли пищевода	231
1.8. Ахалазия, эзофагоспазм	1, 11, 221
1.9. Инфекционные и прочие поражения пищевода	—
1.10. Методы исследования	2, 3, 4, 7, 8, 9, 10, 221
1.11. Консервативное лечение	—
1.12. Хирургическое лечение	—
1.13. Заболевания пищевода у детей	171
1.14. Разное	1, 7, 8

ЖЕЛУДОК И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНАЯ КИШКА. *HELICOBACTER PYLORI*

2.1. Физиология и патофизиология	47, 172, 179
2.2. Клеточная/молекулярная биология/ патология	35, 37, 48
2.3. Иммунитет и воспаление (не связанные с <i>H. pylori</i>)	15
2.4. Инфекции (не <i>H. pylori</i>)	13, 38
2.5. Кровотечения из верхних отделов ЖКТ	42, 228, 229
2.6. Функциональные заболевания верхних отделов ЖКТ: фундаментальные исследования	7, 19, 28
2.7. Функциональные заболевания верхних отделов ЖКТ: клинические исследования	19, 28, 32
2.8. Нарушения двигательной функции верхних отделов ЖКТ: нейрогуморальная регуляция, нейротрансмиттеры, рецепторы, энтеральная нервная система, висцеральная чувствительность	—
2.9. Нарушения двигательной функции верхних отделов ЖКТ: клинические исследования	22
2.10. Гастрит и диспепсия	14, 18, 19, 20, 24, 25, 27, 29, 37, 39, 41, 44, 46, 172, 222
2.11. Язвенная болезнь желудка	26, 33, 183
2.12. Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки	26, 31, 35
2.13. НПВП-гастропатии	22, 40
2.14. Опухоли желудка	37, 44, 48, 189, 200, 231, 232
2.15. Сосудистые заболевания верхних отделов ЖКТ	—
2.16. Методы исследования	14, 15, 24, 25, 45, 50, 200, 232
2.17. Консервативное лечение	14, 32, 33, 36, 40, 43, 183, 189, 222, 229

2.18. Хирургическое лечение	227, 229
2.19. Заболевания желудка и двенадцатиперстной кишки у детей (не связанные с <i>H. pylori</i>)	—
2.20. <i>H. pylori</i> : эпидемиология/патогенез	30, 49
2.21. <i>H. pylori</i> : диагноз/лечение	27, 29, 35, 45, 46, 49
2.22. <i>H. pylori</i> и онкогенез	47, 49
2.23. <i>H. pylori</i> в педиатрии	172
2.24. Разное	16, 17, 21, 33, 34, 179, 180, 183, 241

ТОНКАЯ КИШКА

3.1. Эпидемиология, генетика	—
3.2. Физиология, патофизиология, транспорт воды/электролитов/нутриентов	57, 58, 178, 181
3.3. Клеточная/молекулярная биология/патология	—
3.4. Иммунитет и воспаление	—
3.5. Инфекции	—
3.6. Целиакия у взрослых	52, 53, 55
3.7. Синдром мальабсорбции	51, 53
3.8. Энтеропатии	53, 54
3.9. Опухоли	199
3.10. Сосудистые заболевания	—
3.11. Кровотечения	228
3.12. Методы исследования	16, 17, 67, 79
3.13. Консервативное лечение	—
3.14. Хирургическое лечение	—
3.15. Заболевания тонкой кишки у детей	56
3.16. Лечебное питание	—
3.17. Разное	59, 181

ТОЛСТАЯ КИШКА

4.1. ВЗК: этиология/эпидемиология/генетика	63, 70, 82, 83, 84, 85, 86, 89
4.2. ВЗК: патогенез, патоморфология	64, 82, 83, 84, 85, 88, 89, 226
4.3. ВЗК: диагноз/лечение	62, 63, 64, 65, 70, 71, 72, 75, 79, 82, 83, 84, 85, 88, 89, 90, 223, 226
4.4. ВЗК у детей	175, 176
4.5. Иммунитет и воспаление (не ВЗК)	—
4.6. Инфекции	70, 76
4.7. Нарушения двигательной функции нижних отделов ЖКТ: нейрогуморальная регуляция, нейротрансмиттеры, рецепторы, энтеральная нервная система, висцеральная чувствительность	80, 81
4.8. Нарушения двигательной функции нижних отделов ЖКТ: клинические исследования	78, 81
4.9. СРК: эпидемиология, патогенез	69
4.10. СРК: диагноз, лечение	61, 78
4.11. Опухоли	66, 74, 203, 231
4.12. Сосудистые заболевания	—
4.13. Кровотечения	228

4.14. Другие заболевания толстой кишки, аноректальная патология	68, 80
4.15. Методы исследования	60, 64, 67, 74, 76, 77, 80, 115, 198, 203, 223
4.16. Консервативное лечение	65, 73
4.17. Хирургическое лечение	—
4.18. Функциональная патология нижних отделов ЖКТ у детей	—
4.19. Разное	34, 59, 66, 68, 76, 77, 87, 90, 115, 180, 187

ПОДЖЕЛУДОЧНАЯ ЖЕЛЕЗА

5.1. Эпидемиология, генетика	91
5.2. Физиология, патофизиология, клеточная биология	91, 96
5.3. Панкреатит острый	91, 97, 98, 99
5.4. Панкреатит хронический	100, 101, 102, 186
5.5. Опухоли	94, 95
5.6. Методы исследования	93, 96, 100, 210
5.7. Консервативное лечение	—
5.8. Хирургическое лечение	92, 97
5.9. Лечебное питание	—
5.10. Заболевания поджелудочной железы в педиатрии	—
5.11. Разное	95, 180, 186
6.1. Молекулярная биология, воспаление и фиброз	108, 113, 124, 130, 141, 147, 151, 154
6.2. Регенерация, стволовые клетки	125
6.3. Метаболизм/генетика	104, 115, 130, 152, 170, 173, 195
6.4. Токсические и другие поражения	105, 111, 112, 119, 128, 135, 143, 149, 185, 209, 216, 217
6.5. Цирроз печени и осложнения	111, 116, 118, 120, 122, 123, 125, 126, 127, 128, 134, 137, 139, 140, 141, 142, 145, 152, 154, 209, 212, 216, 230
6.6. Вирусные гепатиты	117, 136, 141, 151, 204, 212
6.7. Иммунология, аутоиммунные заболевания	151
6.8. Печеночная недостаточность	116, 216, 217
6.9. Опухоли	106, 111, 114, 118, 133, 146
6.10. Методы исследования	108, 113, 130, 131, 133, 134, 140, 144, 148, 150, 153, 208, 217, 219
6.11. Консервативное лечение	117, 118, 143
6.12. Хирургическое лечение, трансплантация печени	138, 208, 230, 233
6.13. Сосудистые заболевания	—
6.14. Паразитарные болезни	108, 109, 113, 128
6.15. Заболевания печени у детей	173
6.16. Разное	103, 106, 107, 110, 114, 116, 121, 129, 131, 132, 140, 143, 144, 150, 185, 188, 225, 241, 155, 114, 158, 163, 164, 168

ПЕЧЕНЬ

7.1. Желчные кислоты, транспорт, холестаза	—
7.2. Острый холецистит	155
7.3. Нарушения двигательной функции	—
7.4. Болезни желчевыводящих путей	103, 106, 107, 110, 114, 116, 121, 129, 131, 132, 140, 143, 144, 150, 185, 188, 225, 241, 155, 114, 158, 163, 164, 168

7.5. Опухоли	155
7.6. Методы исследования	131, 156, 157, 158, 159, 160, 161, 162, 164, 167, 168, 169
7.7. Консервативное лечение	158
7.8. Хирургическое лечение	159, 160, 161, 162, 163, 165, 166, 167, 168, 169
7.9. Лечебное питание	—
7.10. Билиарная патология у детей	—
7.11. Разное	170

ПИТАНИЕ

12.1. Ожирение	10, 109, 170, 186, 194
12.2. Физиологические основы энтерального и парентерального питания	184
12.3. Энтеральное питание	174, 188, 189, 190
12.4. Парентеральное питание	190
12.5. Методы оценки питания	182, 184, 190, 191, 192
12.6. Препараты и технические средства для энтерального и парентерального питания	—
12.7. Разное	192, 193

ЭНДСКОПИЯ

15.1. Пищевод, желудок, двенадцатиперстная кишка	22, 23, 24, 31, 50, 196, 230
15.2. Желчевыводящие пути и поджелудочная железа	—
15.3. Тощая и подвздошная кишка	199
15.4. Ободочная и прямая кишка	—
15.5. Ультразвуковая эндоскопия	—
15.6. Эндоскопия + иные методы исследования	177
15.7. Виртуальная эндоскопия	—
15.8. Желудочно-кишечные кровотечения	127
15.9. Воспалительные заболевания	—
15.10. Предопухольные заболевания и опухоли	197, 198, 199
15.11. Стеноз, непроходимость	—
15.12. Инородные тела	—
15.13. Лапароскопия и лапароскопическая хирургия	—
15.14. Анестезиологическое обеспечение в эндоскопии	—
15.15. Осложнения эндоскопии	—
15.16. Профилактика инфекций	—
15.17. Обучение и сертификация специалистов	—
15.18. Правовые и этические проблемы	—
15.19. Терминология, базы данных, информатика	—
15.20. Эндоскопия в педиатрии	—
15.21. Сестринское дело в эндоскопии	—
15.22. Новое в эндоскопии	—
15.23. Разное	—

ЛУЧЕВЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ

16.1. Рентгенографическая диагностика	160
16.2. Ультразвуковая диагностика	79, 137, 174, 202, 203, 204, 206, 207, 208, 215, 218, 219
16.3. Компьютерная томография	210, 213, 214, 219, 234
16.4. Магнитно-резонансная томография	205, 209, 212, 220
16.5. Разное	92, 201, 211, 234

ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА. МОТОРИКА

17.1. Физиология и патофизиология	224
17.2. Моторика пищевода	11, 221
17.3. Моторика желудка	—
17.4. Билиарная моторика	—
17.5. Моторика тонкой кишки	—
17.6. Моторика толстой кишки	—
17.7. Аноректальная моторика	—
17.8. Лечение	73, 225
17.9. Разное	56, 77, 90

ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ. ПРОЧЕЕ

22.1. Информационные технологии	—
22.2. Эпидемиологические аспекты заболеваний органов пищеварения	236
22.3. Компьютерные технологии	—
22.4. Телемедицина, интернет	60
22.5. Психосоматика	16, 17, 238, 241
22.6. Технологии обучения, сертификация специалистов-гастроэнтерологов	—
22.7. Разработка стандартов диагностики и лечения	235
22.8. Качество жизни	60, 171, 225, 236
22.9. Разное	174, 237, 239, 240