



ISSN 2713-1912
EISSN 2713-1920

UNIVERSITY THERAPEUTIC JOURNAL



УНИВЕРСИТЕТСКИЙ ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЙ ВЕСТНИК
ТОМ 5, СПЕЦВЫПУСК, 2023

2023
VOLUME 5
SUPPLEMENT

UNIVERSITY THERAPEUTIC JOURNAL

2023, Volume 5, SUPPLEMENT

Scientific and practical journal

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ

Главный редактор

Д.м.н., профессор **Юрий Павлович Успенский**

Заместитель главного редактора

Д.м.н., доцент **Ю.А. Фоминых** (СПб)

Академик РАН, д.м.н., профессор

А.В. Шабров (СПб)

Член-корр. РАН, д.м.н., профессор

М.М. Галагудза (СПб)

Член-корр. РАН, д.м.н., профессор

С.В. Орлов (СПб)

Член-корр. РАН, д.м.н., профессор

А.Н. Суворов (СПб)

Д.м.н., профессор **А.Н. Богданов** (СПб)

Д.м.н., профессор **Д.Ю. Бутко** (СПб)

Д.м.н. **И.В. Вологодина** (СПб)

Д.м.н., профессор **Д.А. Вологжанин** (СПб)

Д.м.н., профессор **В.Р. Гольцов** (СПб)

Д.м.н., профессор **И.А. Горбачева** (СПб)

Д.м.н., профессор **Н.К. Горшунова** (Курск)

Д.м.н., доцент **С.В. Гречаный** (СПб)

Д.м.н., доцент **М.С. Григорович** (Киров)

Д.м.н., доцент **М.М. Гурова** (СПб)

Д.м.н., профессор **С.В. Дударенко** (СПб)

Д.м.н., профессор **Е.И. Ермоленко** (СПб)

Д.м.н., профессор **Л.А. Звенигородская** (Москва)

EDITORIAL BOARD

Head Editor

Yury Pavlovich Uspenskiy, Prof., MD, PhD

Deputy chief editor

Yu.A. Fominykh, MD, PhD (St. Petersburg)

A.V. Shabrov, Prof., MD, PhD, Academician

of the Academy of Sciences of Russia (St. Petersburg)

M.M. Galagudza, Prof., MD, PhD, Corresponding

member of the Academy of Sciences of Russia

S.V. Orlov, Prof., MD, PhD, Corresponding

member of the Academy of Sciences of Russia

A.N. Suvorov, Prof., MD, PhD, Corresponding

member of the Academy of Sciences of Russia

A.N. Bogdanov, Prof., MD, PhD (St. Petersburg)

D.Yu. Butko, Prof., MD, PhD (St. Petersburg)

I.V. Vologdina, MD, PhD (St. Petersburg)

D.A. Vologzhanin, Prof., MD, PhD (St. Petersburg)

V.R. Gol'tsov, Prof., MD, PhD (St. Petersburg)

I.A. Gorbacheva, Prof., MD, PhD (St. Petersburg)

N.K. Gorshunova, Prof., MD, PhD (Kursk)

S.V. Grechanyy, MD, PhD (St. Petersburg)

M.S. Grigorovich, MD, PhD (Kirov)

M.M. Gurova, MD, PhD (St. Petersburg)

S.V. Dudarenko, Prof., MD, PhD (St. Petersburg)

E.I. Ermolenko, Prof., MD, PhD (St. Petersburg)

L.A. Zvenigorodskaya, Prof., MD, PhD (Moscow)

Рецензируемый научно-практический журнал University therapeutic journal (Университетский терапевтический вестник)

Основан в 2019 году в Санкт-Петербурге

ISSN 2713-1912
eISSN 2713-1920

Выпускается 4 раза в год

Журнал входит в Перечень ведущих научных журналов и изданий ВАК, в которых должны быть опубликованы основные результаты диссертаций на соискание ученых степеней кандидата и доктора наук (Распоряжение № 239-р от 25.05.2022).

Журнал реферируется РЖ ВИНТИ

Учредители:

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего профессионального образования

«Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» Минздрава России (адрес: Литовская ул., 2, Санкт-Петербург, 194100)

Фонд НОИ «Здоровые дети — будущее страны» (адрес: 197371, Санкт-Петербург, ул. Парашютная, д. 31, к. 2, кв. 53).

Журнал зарегистрирован Федеральной службой по надзору в сфере связи, информационных технологий и массовых коммуникаций (РОСКОМНАДЗОР), ПИ № ФС77-76938 от 09 октября 2019 г.

Проект-макет: Титова Л.А.

Электронная версия — <http://elibrary.ru>

Издатели:

ФГБОУ ВО СПбГПМУ Минздрава России (адрес: Литовская ул., 2, Санкт-Петербург, 194100)

Фонд НОИ «Здоровые дети — будущее страны» (адрес: ул. Парашютная, д. 31, к. 2, кв. 53, Санкт-Петербург, 197371).

Титова Л.А. (выпускающий редактор)
Варламова И.Н. (верстка)

Адрес редакции: Литовская ул., 2, Санкт-Петербург, 194100; тел./факс: (812) 295-31-55; e-mail: tervestnik@mail.ru

Статьи просьба направлять по адресу: tervestnik@mail.ru

Address for correspondence:

2, Litovskaya St., St. Petersburg, 194100, Russia. Tel/Fax: +7 (812) 295-31-55. E-mail: tervestnik@mail.ru.

Формат 60 × 90/8. Усл.-печ. л. 33.

Тираж 100 экз. Распространяется бесплатно.

Оригинал-макет изготовлен ФГБОУ ВО СПбГПМУ Минздрава России. Отпечатано ФГБОУ ВО СПбГПМУ Минздрава России. Литовская ул., 2, Санкт-Петербург, 194100.

Заказ 163. Дата выхода 19.12.2023.

Полное или частичное воспроизведение материалов, содержащихся в настоящем издании, допускается только с письменного разрешения редакции. Ссылка на журнал «University therapeutic journal» обязательна.

- Д.м.н., профессор **А.М. Королюк** (СПб)
 Д.м.н., профессор **Н.Ю. Коханенко** (СПб)
 Д.м.н., профессор **А.Н. Куликов** (СПб)
 Д.б.н., профессор **А.В. Лысенко**
 (Ростов-на-Дону)
 Д.м.н., профессор **В.Н. Марченко** (СПб)
 Д.м.н., профессор **С.Н. Мехтиев** (СПб)
 Д.м.н., профессор **В.Н. Минеев** (СПб)
 Д.м.н., профессор **И.Б. Михайлов** (СПб)
 Д.м.н., профессор **В.С. Мякотных** (Екатеринбург)
 Д.м.н., профессор **В.П. Новикова** (СПб)
 Д.м.н., профессор **А.Г. Обрезан** (СПб)
 Д.м.н., доцент **Я.А. Орлова** (Москва)
 Д.м.н., профессор **М.А. Осадчук** (Москва)
 Д.м.н., профессор **М.Ф. Осипенко** (Новосибирск)
 Д.м.н., доцент **О.А. Осипова** (Белгород)
 Д.м.н., проф. **В.Д. Пасечников** (Ставрополь)
 Д.м.н., профессор **С.В. Петров** (СПб)
 Д.м.н., профессор **А.О. Поздняк** (Казань)
 Д.м.н., профессор **М.О. Ревна** (СПб)
 Д.м.н., профессор **Р.Г. Сайфутдинов** (Казань)
 Д.м.н., доцент **А.А. Самсонов** (Москва)
 Д.м.н., профессор **Н.Н. Смирнова** (СПб)
 Д.м.н., профессор **Л.Н. Сорокина** (СПб)
 Д.м.н., профессор **Р.И. Стрюк** (Москва)
 Д.м.н., профессор **Г.А. Сулова** (СПб)
 Д.м.н., профессор **А.В. Ткачев** (Ростов-на-Дону)
 Д.м.н., профессор **В.И. Трофимов** (СПб)
 Д.м.н., профессор **В.В. Тыренко** (СПб)
 Д.м.н., доцент **В.Н. Федорец** (СПб)
 Д.м.н. **И.Е. Хорошилов** (СПб)
 Д.м.н., профессор **Л.П. Хорошинина** (СПб)
 Д.м.н., профессор **Н.Л. Шапорова** (СПб)
 Д.м.н., доцент **М.А. Шевяков** (СПб)
 Д.м.н. **К.А. Шемеровский** (СПб)
 Д.м.н., профессор **А.Н. Шишкин** (СПб)
 Д.м.н., профессор **Ю.В. Шубик** (СПб)
 Д.м.н., доцент **О.Б. Щукина** (СПб)
 Д.м.н., профессор **А.С. Эйберман** (Саратов)
 Д.м.н., профессор **Р.Р. Бектаева** (Казakhstan)
 Д.м.н., профессор **С.И. Пиманов** (Белоруссия)
 PhD **M. Arumugam** (Дания)
 PhD **M. Baldassare** (Италия)
 Prof., MD, PhD **M. Leja** (Латвия)
 Prof., MD **Y. Niv** (Израиль)
 Prof., MD, PhD **A. Lawson** (Швеция)
 К.м.н., доцент **Н.В. Барышникова** (СПб)
 К.м.н. **А.В. Вовк** (СПб)
 К.м.н. **А.С. Галенко** (СПб)
 К.м.н. **Д.В. Захаров** (СПб)
 К.м.н. **Д.Д. Зотов** (СПб)
 К.м.н. **С.В. Иванов** (СПб)
 К.м.н., доцент **В.А. Исаков** (СПб)
- A.M. Korolyuk**, Prof., MD, PhD (St. Petersburg)
N.Yu. Kokhanenko, Prof., MD, PhD (St. Petersburg)
A.N. Kulikov, Prof., MD, PhD (St. Petersburg)
A.V. Lysenko, Prof., Dr. of biol. science, PhD
 (Rostov-on-Don)
V.N. Marchenko, Prof., MD, PhD (St. Petersburg)
S.N. Mekhtiev, Prof., MD, PhD (St. Petersburg)
V.N. Mineev, Prof., MD, PhD (St. Petersburg)
I.B. Mikhaylov, Prof., MD, PhD (St. Petersburg)
V.S. Myakotnykh, Prof., MD, PhD (Yekaterinburg)
V.P. Novikova, Prof., MD, PhD (St. Petersburg)
A.G. Obrezan, Prof., MD, PhD (St. Petersburg)
Y.A. Orlova, MD, PhD (Moscow)
M.A. Osadchuk, Prof., MD, PhD (Moscow)
M.F. Osipenko, Prof., MD, PhD (Novosibirsk)
O.A. Osipova, Prof., MD, PhD (Belgorod)
V.D. Pasechnikov, Prof., MD, PhD (Stavropol)
S.V. Petrov, Prof., MD, PhD (St. Petersburg)
A.O. Pozdnyak, Prof., MD, PhD (Kazan)
M.O. Revnova, Prof., MD, PhD (St. Petersburg)
R.G. Sayfutdinov, Prof., MD, PhD (Kazan)
A.A. Samsonov, MD, PhD (Moscow)
N.N. Smirnova, Prof., MD, PhD (St. Petersburg)
L.N. Sorokina, Prof., MD, PhD (St. Petersburg)
R.I. Stryuk, Prof., MD, PhD (Moscow)
G.A. Suslova, Prof., MD, PhD (St. Petersburg)
A.V. Tkachev, Prof., MD, PhD (Rostov-on-Don)
V.I. Trofimov, Prof., MD, PhD (St. Petersburg)
V.V. Tyrenko, Prof., MD, PhD (St. Petersburg)
V.N. Fedorets, MD, PhD (St. Petersburg)
I.E. Khoroshilov, MD, PhD (St. Petersburg)
L.P. Khoroshinina, Prof., MD, PhD (St. Petersburg)
N.L. Shaporova, Prof., MD, PhD (St. Petersburg)
M.A. Shevyakov, MD, PhD (St. Petersburg)
K.A. Shemerovskiy, MD, PhD (St. Petersburg)
A.N. Shishkin, Prof., MD, PhD (St. Petersburg)
Y.V. Shubik, Prof., MD, PhD (St. Petersburg)
O.B. Shchukina, MD, PhD (St. Petersburg)
A.S. Eyberman, Prof., MD, PhD (Saratov)
R.R. Bektaeva, Prof., MD, PhD (Kazakhstan)
S.I. Pimanov, MD, PhD (Belarus)
M. Arumugam, PhD (Denmark)
M. Baldassare, PhD (Italy)
M. Leja, PhD (Latvia)
Y. Niv, Prof., MD (Israel)
A. Lawson, Prof., MD, PhD (Sweden)
N.V. Baryshnikova, PhD (St. Petersburg)
A.V. Vovk, PhD (St. Petersburg)
A.S. Galenko, PhD (St. Petersburg)
D.V. Zakharov, PhD (St. Petersburg)
D.D. Zotov, PhD (St. Petersburg)
S.V. Ivanov, PhD (St. Petersburg)
V.A. Isakov, PhD (St. Petersburg)

**СБОРНИК МАТЕРИАЛОВ
VI РОССИЙСКОГО ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЧЕСКОГО КОНГРЕССА С МЕЖДУНАРОДНЫМ УЧАСТИЕМ
«ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЯ РОССИИ ОТ РОЖДЕНИЯ ДО СТАРОСТИ»
26–27 ОКТЯБРЯ 2023 ГОДА**

<p><i>Абдурашидов Б.Б., Турдиева Ш.Т.</i> Клинические особенности гельминто- протозойных инфекций у подростков 11</p> <p><i>Агзамова Ш.А., Умаров Д.Т.</i> Особенности питания детей со сколиозом 13</p> <p><i>Гордиенко Л.М., Лебедева Л.Ю., Галактионова Д.М.</i> Метаболизм кишечника у детей с расстройством аутистического спектра: что должен знать педиатр 15</p> <p><i>Зотов Д.Д., Сизов А.В., Егай Ю.В.</i> Вазоспастическая стенокардия как клиническая маска грыжи пищеводного отверстия диафрагмы у пожилой пациентки (описание клинического случая) 17</p> <p><i>Каскабаева А.Ш., Кеукенова М.М., Пайзрахманова С.Ж., Айтмухамбетова А.М., Жанаева А.Р., Дусибекова А.Д.</i> Роль коморбидности у больных с лекарственным поражением печени 19</p> <p><i>Колесова Т.А., Астафьева Т.О., Кулагина И.Г., Ушакова Т.В., Калужских И.А., Викулова О.В., Новикова Е.Н.</i> Оценка эффективности препарата Урсосан в лечении больных с первичным билиарным холангитом 21</p> <p><i>Медведев О.С., Понуровский Я.Я., Ставровский Д.Б., Литвинов А.В., Широков И.В.</i> Новые возможности для проведения водородно- метанового дыхательного теста с целью повышения его информативности 22</p> <p><i>Мешков А.В., Гандуров С.Г., Пинигин А.Г., Завьялова А.Н.</i> Перкутанная эндоскопическая гастростомия — современная методика для обеспечения адекватного энтерального питания у детей с эзофагеальной дисфагией 24</p>	<p><i>Мусаева Б.И.</i> Вариабельность биоэлектрических параметров активности головного мозга при целиакии у детей 26</p> <p><i>Первишко О.В., Маталаева С.Ю., Трубиллина М.М., Иваненко А.С., Юревич Н.О., Власова М.Л.</i> Частота встречаемости желчнокаменной болезни у детей разных возрастных групп 28</p> <p><i>Пивченко Т.П., Горячко А.Н., Уварова Е.В., Ткаченко А.К., Шалькевич О.В., Болбатовская Е.В.</i> Характеристика гепатобилиарной и панкреатической систем у доношенных новорождённых от матерей с сахарным диабетом 30</p> <p><i>Садовникова И.В., Конторщикова К.Н., Кисурин А.С.</i> Оценка оксидативного стресса у детей с низким уровнем нутритивного статуса 32</p> <p><i>Сурдина Э.Д., Силин А.В., Болотова М.Е.</i> Связь повышенной кислотообразующей функции желудка с развитием буллезной формы красного плоского лишая слизистой оболочки рта 33</p> <p><i>Томчик Н.В., Баранова Е.Г., Сенкевич Н.В., Онегин Е.Е.</i> Частота некоторых функциональных гастроинтестинальных нарушений у детей в первые месяцы жизни при различных видах вскармливания 34</p> <p><i>Тонконог Д.В.</i> Современные методы патоморфологической диагностики болезни Гиршпрунга у детей 36</p> <p><i>Умарходжаев Ф.Р., Комилов М.К., Усмоналиев Ф.Ш.</i> Клинико-неврологические проявления сколиоза у детей и подростков 37</p>
--	--

<i>Умарходжаев Ф.Р., Усмоналиев Ф.Ш., Комилов М.К.</i>	
Хирургическая коррекция сколиотической болезни грудной локализации.....	39
<i>Фомин А.В., Кирпиченко А.А., Фомин Ф.А., Подолинский С.Г., Балейко В.И.</i>	
Желчнокаменная болезнь у лиц разного возраста. Мультидисциплинарный подход в лечении пациентов.....	40
<i>Аль-Кубайси Ш.-А.С., Мышкина Н.А., Хачатуров М.Ю., Худайберенова О.Д., Шиндаков В.Г.</i>	
Нарушение системы гемостаза при остром панкреатите на фоне коронавирусной инфекции ...	42
<i>Аманжолова Г.Е.</i>	
Психосоматические аспекты в развитии язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки....	44
<i>Атабаева С.М.</i>	
Показатели системного иммунитета у больных с гастропатиями хеликобактериозной этиологии	46
<i>Балакина И.В.</i>	
Применение ультразвуковых технологий при язвенной болезни.....	47
<i>Барова Н.К., Стрюковский А.Е., Федоренко А.Д., Мащенко В.Н., Науменко В.Н., Волошин Б.Д.</i>	
Актуальность синдрома раздраженного кишечника у детей в детской хирургии.....	48
<i>Бауло Е.В., Белостоцкий Н.И., Парфенов А.И.</i>	
Эффект Ребамипида и диеты low-FODMAP на активность карбогидраз тонкой кишки и уровень качества жизни у пациентов с энтеропатией с нарушением мембранного пищеварения.....	49
<i>Беделов Н.Н., Керимханов К.А., Иорданишвили А.К.</i>	
Личностное реагирование пожилых пациентов на съёмные зубные протезы	51
<i>Богодухова Е.С., Байке Е.Е., Аюшиева А.А., Овчинникова А.А.</i>	
Поражение желудочно-кишечного тракта у пациентов с туберкулезом органов дыхания...	53
<i>Брус Т.В., Брус Ю.С., Баннова А.В.</i>	
Экспериментальное моделирование жировой дегенерации печени	55
<i>Бурлуцкая А.В., Богачева С.М., Гурина Е.С.</i>	
Диагностика хронических запоров у детей города Краснодара в практике врача-педиатра.....	57
<i>Гавицук М.В., Орел В.И., Протченков М.А., Кожевников В.Б., Захарова П.А., Питерцев М.Ю., Перова М.И., Петросян А.А.</i>	
Пилотный проект по маршрутизации паллиативных больных, нуждающихся в гастростомии.....	59
<i>Ганузин В.М., Мозжухина Л.И., Маскова Г.С.</i>	
Актуальность выбора профессиональной траектории для подростков с заболеваниями органов пищеварения	61
<i>Гнутов А.А., Фоминых Ю.А., Калинина Е.Ю.</i>	
Клинико-морфологические особенности патологии пищевода у пациентов с перенесенной холецистэктомией.....	63
<i>Грицинская В.Л., Макоева Ф.К.</i>	
Вариативность неполноценного питания детей дошкольного возраста в Санкт-Петербурге.....	64
<i>Дондоков А.Ю., Сериков А.А., Иорданишвили А.К., Нестеров В.Д.</i>	
Состояние пародонта на фоне заболеваний желудочно-кишечного тракта	66
<i>Ершова И.Б., Левчин А.М., Роговцова А.Г.</i>	
Особенности нарушений пищеварительной системы у детей с реактивным астеническим синдромом	67
<i>Есаян М.О., Барова Н.К., Стрюковский А.Е., Григорова А.Н., Вардосонидзе Ш.В.</i>	
Коррекция дисбиоза кишечника у детей с аноректальными мальформациями.....	69
<i>Жаббарова Д.Х., Юлдашева Г.Р.</i>	
Диагностика нарушений углеводного и липидного обмена у больных со стеатозом печени и поджелудочной железы.....	71
<i>Жумадилова З.К., Каскабаева А.Ш., Муздубаева Ж.Е., Муздубаев Д.К., Тогайбекова М.Т.</i>	
Характеристика билиарных нарушений при тизеографическом исследовании желчи	72
<i>Замыслова Л.Р.</i>	
Целесообразность применения метода транскраниальной электростимуляции в лечении пациентов с дискинезией желчевыводящих путей по гиперкинетическому типу	73
<i>Звенигородская Л.А., Шинкин М.В., Сильвестрова С.Ю.</i>	
Биомаркеры воспаления и их роль в развитии неалкогольного стеатогепатита у больных сахарным диабетом 2-го типа.....	75

<i>Звенигородская Л.А., Шинкин М.В., Сильвестрова С.Ю.</i> Роль иммунитета и бактериального метаболизма толстой кишки у больных сахарным диабетом 2-го типа и неалкогольной жировой болезнью печени (СД2 и НАЖБП).....	76	<i>Кизимова О.А., Фоминых Ю.А., Насыров Р.А.</i> Морфологические особенности хронического гастродуоденита у пациентов после холецистэктомии: результаты оригинального исследования	93
<i>Знахаренко Е.А., Мишина Я.С., Зимина Ю.Д., Горбунова А.М., Ихаб А.С., Тугулева Т.А., Кондратова М.А., Толмачева А.А., Герасименко О.Н., Кривошеев А.Б.</i> Клинико-нутрицивные аспекты и реабилитация пациентов с коморбидной патологией внутренних органов на фоне инфекции, вызванной вирусом SARS-CoV-2.....	77	<i>Ковалевский А.Д.</i> Лечение доброкачественных стриктур холедоха с использованием антеградной чресфистульной холангиоскопии у больных с постхолецистэктомическим синдромом.....	94
<i>Иванова И.И.</i> Как правильно оценивать проявления дисплазии соединительной ткани со стороны пищеварительного тракта у детей	79	<i>Ковалевский А.Д.</i> Лечение холедохолитиаза с применением антеградного чресфистульного доступа	96
<i>Иванова И.И.</i> Патология пищевода у детей с дисплазией соединительной ткани.....	81	<i>Колодкин А.М., Ардатская М.Д.</i> Изучение содержания короткоцепочечных жирных кислот в кале у детей с функциональными нарушениями ЖКТ при воздействии метапребиотика	98
<i>Иорданишвили А.К.</i> Особенности клинического течения и эффективность лечения острых одонтогенных гнойно-воспалительных заболеваний у пожилых людей.....	83	<i>Колосюк В.А., Лисовский О.В.</i> Проблема лечения больных опухолями панкреатодуоденальной и гепатобилиарной зоны в хирургическом стационаре	100
<i>Исаев Г.О., Юраж М.В., Исайкина М.А., Миронова О.Ю.</i> Болезнь Крона как фактор риска развития атеросклероза	85	<i>Кондрашова Е.А., Парфенов А.И., Белостоцкий Н.И.</i> Исследование активности карбогидраз в дистальном отделе тонкой кишки как метод дифференциальной диагностики энтеропатии с нарушением мембранного пищеварения и синдрома раздраженного кишечника.....	102
<i>Калимолдина Г.К., Жумадилова З.К., Каскабаева А.Ш., Муздубаева Ж.Е.</i> Об эффективности генной инженерной биологической терапии при хронических воспалительных заболеваниях кишечника.....	86	<i>Красноперова А.И., Дударева В.А., Бурлачко Я.О., Дядикова И.Г.</i> Обонятельная и вкусовая дисфункция при COVID-19 как предиктор патологии желудочно-кишечного тракта	103
<i>Ахмедова И.М., Умарназарова З.Е., Абдуллаева Д.А., Султанходжаева Ш.С., Геллер С.И.</i> Оценка роли факторов риска в формировании гастроинтестинальной формы пищевой аллергии у детей раннего возраста.....	88	<i>Кривошеев А.Б., Хван Л.А., Тугулева Т.А., Кондратова М.А., Кривошеева И.А.</i> Цирроз печени и инфекция, вызванная вирусом SARS-CoV-2	105
<i>Карелина А.М., Фёдоров И.Г., Ильченко Л.Ю., Толоян Г.Г., Никитин И.Г.</i> Выявление гипертрансаминаземии при скрининге целиакии у молодых мужчин 18–27 лет	89	<i>Кривошеев А.Б., Тугулева Т.А., Герасименко О.Н., Ихаб А.С., Кривошеева И.А., Кондратова М.А.</i> Коморбидная патология у пациентов с перенесенной инфекцией, вызванной вирусом SARS-CoV-2	107
<i>Кацова Г.Б., Малеева Н.П.</i> О подготовке медицинских сестер оказанию паллиативной помощи пациентам	91	<i>Кривошеев А.Б., Куимов А.Д., Герасименко О.Н., Попов К.В., Гантимурова О.Г., Кондратова М.А., Толмачева А.А., Горбунова А.М., Тугулева Т.А., Зимина Ю.Д., Ихаб А.С., Мишина Я.С., Знахаренко Е.А.</i> Немедикаментозная коррекция обменных нарушений у больных неалкогольной жировой болезнью печени	109

<i>Кузнецова Ю.В., Завьялова А.Н., Лисовский О.В., Смирнова К.И.</i> Нарушение микробиоты ротовой полости и желудка у детей, питающихся через гастростому 111	<i>Нечаев В.Н., Черненко Ю.В., Эйберман А.С., Вологина А.П.</i> Врожденные аномалии развития органов пищеварения по данным перинатального центра Саратовской области 129
<i>Леонтьев В.К., Иорданишвили А.К.</i> Особенности пользования съемными зубными протезами 113	<i>Островский И.М.</i> Современные особенности течения язвенной болезни (по данным республиканской больницы) 131
<i>Лисовский О.В., Панкратова П.А., Лисица И.А., Близнякова Д.С.</i> Особенности пищевого поведения выпускников как проявление когнитивных стратегий. 115	<i>Павловская Е.В., Багаева М.Э., Зубович А.И., Строчкова Т.В.</i> Течение неалкогольного стеатогепатита у детей с ожирением при катамнестическом наблюдении 133
<i>Малеева Н.П., Кацова Г.Б.</i> Анализ амбулаторной педиатрической гастроэнтерологической помощи в течение 3 лет (2020–2022 годы) 116	<i>Павловская О.Г.</i> Эпидемиологические аспекты болезней органов пищеварения 134
<i>Мальцев С.Б., Леонтьев В.К., Иорданишвили А.К., Рубникович С.П., Ризаев Ж.А., Шомуродов К.Э.</i> Стоматологический аспект эрготерапии гериатрических пациентов при постинсультных нарушениях 118	<i>Панкратова П.А., Лисовский О.В., Лисица И.А., Близнякова Д.С.</i> Особенности нарушений пищевого поведения у обучающихся в динамике 135
<i>Мамедова С.Н.</i> Ювенильный идиопатический артрит у детей подросткового возраста и поражение верхних отделов пищеварительного тракта 120	<i>Пелипенко Н.В., Барова Н.К., Стрюковский А.Е., Григорова А.Н., Швец М.В.</i> Эндоскопические методы лечения химических ожогов у детей 136
<i>Махмутов Р.Ф., Лихобабина О.А., Бобровицкая А.И., Лихобабин А.А., Ильняная Э.Ф.</i> Значимость некоторых интегральных индексов реактивного потенциала и эндогенной интоксикации у детей при COVID-19 инфекции с поражением желудочно-кишечного тракта 121	<i>Перфилова К.М., Бутина Т.Ю., Неумоина Н.В., Шутова И.В., Шмакова Т.В., Кузнецова И.В., Трошина Т.А., Левина С.Н.</i> Исследование полиморфизма гена P450 у пациентов с <i>H. pylori</i> -инфекцией 138
<i>Морозов М.А., Сериков А.А., Иорданишвили А.К.</i> Лечение периимплантата при вторичном иммунодефиците 123	<i>Петухова М.М., Головина А.А., Барова Н.К., Григорова А.Н.</i> Особенности хронического органического запора, связанного с долихосигмой у детей 140
<i>Мусаева М.И.</i> Влияние безглютеновой диеты для детей с расстройством аутистического спектра 125	<i>Пономарева А.В., Ивахненко И.В., Доценко А.М., Разваляева О.В., Петров В.И.</i> Фармакогенетическое тестирование полиморфизмов гена <i>CYP2C19</i> как основа персонализированного лечения кислотозависимых заболеваний 142
<i>Наджафова К.Н., Фоминых Ю.А., Родионов Г.Г.</i> Влияние холецистэктомии на метаболизм липидов и желчных кислот: данные оригинального исследования 126	<i>Прилуцкая В.А., Якимович Н.И.</i> Оценка пищевого поведения детей с использованием опросника SEBQ: валидация, связь с возрастом, полом младенцев и индексом массы тела родителей 144
<i>Налетов А.В., Пушкарук В.В., Масюта Д.И.</i> Частота неалкогольной жировой болезни печени у детей с ожирением, проживающих в Донбассе 127	<i>Прошин С.Н., Курбанов Р.А., Багатурия Г.О., Лоскутов С.И.</i> Влияние метилнитрозомочевинны на состав микробиоты ЖКТ и частоту возникновения фокусов аберрантных крипт 146

<i>Разуваева Ю.Ю., Леднева В.С., Ульянова Л.В., Разуваев О.А.</i>	<i>Успенский Ю.П., Фоминых Ю.А., Кизимова О.А., Гнутов А.А., Калинина Е.Ю., Федотова Е.П., Насыров Р.А., Козобин А.А., Гучашиев Р.А.</i>
Особенности структуры заболеваний желудочно-кишечного тракта у детей в отделении паллиативной помощи..... 148	Клинический случай развития гангренозной пиодермии у пациентки с язвенным колитом ... 166
<i>Ризаев Ж.А., Хазратов А.И., Швецов М.М., Иорданишвили А.К.</i>	<i>Успенский Ю.П., Фоминых Ю.А., Наджафова К.Н.</i>
Возможность средств для домашнего использования в профилактике кариеса у взрослых людей 149	Сигаретный дым и кишечная микробиота человека 168
<i>Рочас Е.А., Альшин Т.Р., Лисица И.А., Лисовский О.В., Фокин А.А.</i>	<i>Фоминых Ю.А., Успенский Ю.П., Наджафова К.Н.</i>
Возможности хирургического лечения желчнокаменной болезни у пожилых пациентов 151	Взаимосвязи между липидным обменом и микробиотой кишечника 169
<i>Рухляда Н.Н., Винникова С.В., Цечоева Л.Ш., Луфт В.М., Полякова А.С., Перунова Д.Н., Дудова К.А.</i>	<i>Фоминых Ю.А., Насыров Р.А., Калинина Е.Ю., Кизимова О.А., Ковтун Д.П., Щербакова Е.В., Минина О.С., Завитаева А.П.</i>
Кишечная микробиота у женщин с неразвивающейся беременностью до и после коррекции стандартной терапии..... 152	Клинико-морфологические особенности и дифференциальная диагностика билиарного гастрита..... 170
<i>Сапожникова Т.В., Сапожников К.В., Парфенов С.А., Седов А.В.</i>	<i>Шабан Н.И., Махмутов Р.Ф.</i>
Пути совершенствования терапии функциональных заболеваний желудочно-кишечного тракта..... 154	Анализ гемодинамических изменений в печени при дискинезии желчевыводящих путей у детей с сахарным диабетом 1-го типа 171
<i>Седых А.В., Останкова Ю.В.</i>	<i>Шкляев А.Е., Галиханова Ю.И., Казарин Д.Д., Пантюхина А.С., Дударев В.М.</i>
Подбор праймеров и условий ПЦР для дифференциальной диагностики наследственного ангиоотека 156	Влияние вредных привычек и стресса на развитие функциональной диспепсии 172
<i>Струков Е.Л., Лисовский О.В., Лисица И.А., Панкратова П.А., Колосюк В.А.</i>	<i>Юлдашева Г.Р.</i>
Влияние ожирения на индивидуальное и общественное здоровье 157	Адипокины в патогенезе хронического панкреатита у больных метаболическим синдромом. 174
<i>Теплякова О.В.</i>	<i>Юсубова А.А., Петрова Э.М., Аксенова О.А., Игнатова Н.С., Рудницкий М.В., Шевлякова А.А., Еловских Н.Б., Селезнева Т.К., Шакурова М.А., Богданова О.А., Нагиева Х.М., Щанова Н.О., Прохорова Л.В., Теплякова О.В.</i>
Распространенность гастроэнтерологических симптомов у пациентов с фибромиалгией 159	Генно-инженерная биологическая терапия, воспалительные заболевания кишечника и спондилоартриты — ассоциации терапевтического ответа 175
<i>Тимофеев Е.В., Коришнова А.Л., Суханов Д.С.</i>	<i>Успенский Ю.П., Барышникова Н.В., Фоминых Ю.А., Краснов А.А., Петленко С.В., Апрятина В.А.</i>
Нутритивная коррекция гастроинтестинальных и метаболических изменений у детей при наследственных нарушениях соединительной ткани (на примере клинического случая) 160	Применение альфа-глутамил-триптофана для профилактики постэрадикационного гастрита ... 177
<i>Улитовский С.Б., Солдатов В.С., Солдатова Л.Н.</i>	<i>Бойкова Д.В., Власенко Н.Н., Жарова М.Е., Идрисова М.А., Космина М.П., Магомедова Д.Д., Амрахова Ф.Б., Габидуллаев Р.М.</i>
Гигиеническое состояние полости рта у пациентов с язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки как маркер здоровья пищеварительной системы 162	Клинический случай тяжелого псевдомембранозного колита: призыв к активному тестированию у пациентов из группы высокого риска 179
<i>Ульянова Л.В., Леднева В.С., Разуваева Ю.Ю.</i>	
Оценка белково-энергетической недостаточности у больных муковисцидозом..... 164	

<i>Булычева Е.В.</i> Новые подходы к оценке рисков, связанных с питанием, у современной молодежи 180	<i>Мальцева Ю.В.</i> Тактика регидратационной терапии у детей с острой кишечной инфекцией..... 199
<i>Булычева Е.В.</i> Заболеваемость подростков Оренбургской области болезнями органов пищеварения 182	<i>Матвеев В.С., Успенская Ю.К., Матвеев С.В.</i> Метод высокочастотной осцилляции грудной клетки у пациентов со смешанной формой муковисцидоза 201
<i>Власов А.П., Аль-Кубайси Ш.-А.С., Хачатуров М.Ю., Кумакшева Т.Н., Синявина К.М., Абрамов А.А.</i> Сопряженность течения острого панкреатита с полиморфизмом гена <i>VEGF (C2578A)</i> 183	<i>Матвеев В.С., Успенская Ю.К., Матвеев С.В.</i> Медицинский массаж и гимнастика в программах реабилитации детей раннего возраста с муковисцидозом 203
<i>Вржесинская О.А., Коденцова В.М., Кошелева О.В., Бекетова Н.А., Леоненко С.Н., Пилипенко В.И., Шарафетдинов Х.Х.</i> Двухуровневая оценка витаминного статуса пациентов с заболеваниями желудочно-кишечного тракта 185	<i>Матвиенко Е.В., Крючкова Т.А., Балакирева Е.А.</i> Клинические проявления и коморбидная патология желудочно-кишечного тракта у подростков..... 205
<i>Гавцук М.В.</i> Актуальные технологии импортозамещения для малоинвазивной гастростомии 187	<i>Мошкина А.Ю., Мартиросян М.Э., Анисифорова Е.В., Герасимова А.П.</i> Зарубежный опыт применения тримебутина малеата в сочетании с лактоулозой в лечении синдрома раздраженного кишечника с преобладанием запоров у пожилых людей..... 207
<i>Дуданова О.П., Родина А.С., Шубина М.Э., Курбатова И.В.</i> Фиброгенез в механизмах декомпенсации цирроза печени..... 189	<i>Пиманов С.И., Дикарева Е.А.</i> Ультразвуковые маркеры высокой степени активности язвенного колита 208
<i>Иванов С.В., Кокорев А.В., Корепин С.А., Охотникова К.Д., Немчианова Д.А.</i> Клинико-эндоскопические особенности язвенного колита: результаты поперечного исследования 190	<i>Старостин Б.Д.</i> Алгоритм обследования пациентов с изолированным повышением γ -глутамилтранспептидазы 210
<i>Иорданишвили А.К.</i> Новый подход к оценке стоматологического здоровья взрослого человека 192	<i>Старостин Б.Д.</i> Тройная антихеликобактерная терапия при <i>H. pylori</i> -индуцированном гастродуодените..... 212
<i>Иорданишвили А.К.</i> Определение уровня стволовых клеток в периферической крови для оценки эффективности лечения и прогнозирования течения хронического пародонтита у взрослого человека..... 194	<i>Старостин Б.Д., Марченко Т.Н.</i> Водородный дыхательный тест с лактулозой у пациентов с повышенным газообразованием, вздутием живота, флатуленцией..... 214
<i>Колодкин А.М., Мехтиев С.Н.</i> Опыт применения метапребиотика у пациентов с функциональной диареей и синдромом раздраженной кишки..... 196	<i>Старостин Б.Д., Марченко Т.Н.</i> Водородный дыхательный тест с лактозой при подозрении на лактазную недостаточность и лактазную непереносимость 216
<i>Крашенков О.П., Иваников И.О., Виноградова Н.Н., Мясникова Е.В., Коцеларова Э.Ю., Жарова М.Е.</i> Оценка заболеваемости и учет пациентов с диагнозом «рак печени» в медицинских организациях, подведомственных управлению делами Президента Российской Федерации 198	<i>Старостин Б.Д., Петрутик А.В.</i> Сравнительный анализ AMA RUT Expert и Quick-test Biochit 218
	<i>Старостин Б.Д., Петрутик А.В.</i> Сравнительный анализ AMA RUT Pro и Biochit UFT300..... 220

<i>Старостин Б.Д., Петрутик А.В.</i> Сравнительный анализ АМА RUT Pro и индикаторной бумаги (геликобактер тест) 222	<i>Чайковская М.В., Губин Д.Г., Куимова Ж.В., Елфимов Д.А., Мошкина А.Ю.</i> Зарубежный опыт использования модифицированного индекса Frailty для оценки риска у пожилых пациентов, перенесших дистальную панкреатэктомию232
<i>Старостин Б.Д.</i> Комбинированная терапия неалкогольного стеатогепатита..... 224	<i>Чайковская М.В., Губин Д.Г., Мошкина А.Ю., Куимова Ж.В., Елфимов Д.А.</i> Зарубежный опыт лапароскопического лечения перфоративной язвы желудка у пожилых людей..... 233
<i>Старостин Б.Д.</i> Структура генотипического полиморфизма Сур2с19 в Санкт-Петербурге на 2023 год и направленная анти-Нр.-терапия..... 226	<i>Чайковская М.В., Губин Д.Г., Елфимов Д.А., Мошкина А.Ю., Куимова Ж.В.</i> Зарубежный опыт исследования депрессии и заболеваний желудочно-кишечного тракта у гериатрических пациентов 234
<i>Старостин Б.Д., Марченко Т.Н.</i> Влияние ингибиторов протонной помпы на кислотный индекс пищевода. Не все ИПП одинаковы 228	<i>Оттедизано М.Д.Л., Орлова Е.В., Захаров Д.В., Успенский Ю.П., Галагудза М.М.</i> Адиipoцит — ключ к прогнозированию метаболического синдрома?235
<i>Стрижелецкий В.В., Султанова Ф.М., Каценко В.А., Рутенбург Г.М.</i> Особенности диагностики острого аппендицита у пациентов с COVID-19 230	

СБОРНИК МАТЕРИАЛОВ

**ВСЕРОССИЙСКОЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКОЙ КОНФЕРЕНЦИИ С МЕЖДУНАРОДНЫМ УЧАСТИЕМ
«СОВРЕМЕННАЯ АРИТМОЛОГИЯ: ОТ ФУНДАМЕНТАЛЬНЫХ ОСНОВ К КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ»
23–24 НОЯБРЯ 2023 ГОДА**

<i>Галенко А.С., Успенский Ю.П., Егай Ю.В., Зотов Д.Д.</i> Жизнеугрожающая аритмия в постковидном периоде у пациента с системным заболеванием соединительной ткани..... 237	<i>Осадчий А.М., Семенюта В.В., Каменев А.В., Махмудова П.Х., Уразов С.П., Анисенкова А.Ю., Павлова Н.Е., Мамаева О.П., Гусева О.А., Лазокович Д.Н., Лебедев Д.С., Щербак С.Г.</i> Ведение пациентов с тахикардиями и тромбом в полостях сердца..... 244
<i>Гурьев В.В., Лазокович Д.Н., Власенко С.В., Осадчий А.М.</i> Окклюдеры ушка левого предсердия — новый подход в профилактике тромбозов у больных фибрилляцией предсердий..... 239	<i>Осадчий А.М., Семенюта В.В., Каменев А.В., Осадчий Ал.М., Анисенкова А.Ю., Павлова Н.Е., Мамаева О.П., Гусева О.А., Лазокович Д.Н., Щербак С.Г., Лебедев Д.С.</i> Отдаленные результаты катетерной радиочастотной абляции субстрата фибрилляции предсердий у реконвалесцентов SARS-CoV-2 инфекции 246
<i>Денисюк Д.О., Шомротов Н., Сичинава Л.Б., Хван Н.Е., Пайвин О.А., Пайвин А.А., Павлова Н.Е., Мамаева О.П.</i> Торакоскопическая радиочастотная абляция левого предсердия как метод лечения изолированной формы фибрилляции предсердий в условиях городского стационара..... 240	<i>Осадчий А.М., Лазокович Д.Н., Семенюта В.В., Каменев А.В., Гурьев В.В., Власенко С.В., Павлова Н.Е., Новикова-Еничева Е.С., Анисенкова А.Ю., Зеленина Л.И., Лебедев Д.С., Щербак С.Г.</i> Транссептальный доступ у пациентов с показаниями к интервенционным вмешательствам 248
<i>Королева М.И., Белевитин А.Б., Бидерман Г.Ф.</i> Частота и риски развития фибрилляции предсердий у пациентов с раком молочной железы, получающих химиотерапию 242	

*Решетник Д.А., Литвинова Е.В.,
Белевитина А.А., Королева М.И.*
Клиническая характеристика пациентов
пожилого возраста с новой коронавирусной
инфекцией COVID-19 и осложненным
аритмогенным течением 250

*Решетник Д.А., Литвинова Е.В.,
Белевитина А.А., Королева М.И.*
Определение частоты пароксизмальной
и постоянной формы фибрилляции предсердий
при сопутствующих заболеваниях у умерших
больных от новой коронавирусной инфекции
COVID-19 в условиях стационара 252

*Решетник Д.А., Литвинова Е.В.,
Белевитина А.А., Королева М.И.*
Частота различных видов нарушений ритма
как сопутствующие заболевания у больных
от новой коронавирусной инфекции
COVID-19 254

*Успенский Ю.П., Егай Ю.В.,
Галенко А.С., Зотов Д.Д.*
Особенности ведения и имплантации
у пациентов старческого возраста 256

Шишкин А.Н.
Метаболический синдром и риск развития
сердечно-сосудистых осложнений 258

ИНФОРМАЦИЯ

Правила для авторов..... 259

INFORMATION

Rules for authors..... 259

СБОРНИК МАТЕРИАЛОВ
VI Российского гастроэнтерологического конгресса
С МЕЖДУНАРОДНЫМ УЧАСТИЕМ
«ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЯ РОССИИ
ОТ РОЖДЕНИЯ ДО СТАРОСТИ»
26–27 октября 2023 года

**«КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ГЕЛЬМИНТО-ПРОТОЗОЙНЫХ ИНФЕКЦИЙ
У ПОДРОСТКОВ**

Бахромбек Ботир угли Абдурашидов, Шохида Толкуновна Турдиева

Ташкентский педиатрический медицинский институт, 100140, Узбекистан, г. Ташкент, ул. Боги-шамол, 223

E-mail: shohidahon69@mail.ru

Ключевые слова: аскаридоз, дети, гельминтоз, желудочно-кишечный тракт, подростки.

Введение. Гельминтозы являются одним из древних заболеваний. Впервые клиническую картину гельминтозов описал Гиппократ ещё V веке до н. э., а также он же ввел в медицинскую практику термин «гельминтоз». В современной медицине известны более 500 гельминто-протозойных инфекций человека. По данным ВОЗ более 2 млрд население земли инфицированы кишечными паразитами. Особенностью клиники гельминтозов у подростков является хроническое течение, нередко с длительной компенсацией.

Цель. Изучение особенностей клинического проявления гельминто-протозойных инфекций у школьников-подростков.

Материалы и методы исследования. Обследование и дальнейшее лечение проводилось в семейных поликлиниках города Ташкента, среди подростков. По критериям ВОЗ подростками считаются дети в возрасте 10–19 лет (WHO/FCH/САН/02.21). В исследовательскую группу были включены 167 пациентов от 10 до 16 лет (сред. $12,4 \pm 0,7$ лет), заражённых гельминтозами. Пациентам проведены стандартные амбулаторно-поликлинические исследования (общий анализ крови, копрологическое обследование фекалий, с выявлением яиц глистов). Копроовоскопическая диагностика аскаридоза проводилась методом нативного мазка по Като — Кац, трёхкратно с интервалом 3 дня, обследование на энтеробиоз — методом прианального соскоба на липкую ленту. Обследование проводилось совместно со специалистами узкого профиля (аллерголог — иммунологом, невропатолог, и др.). Все обследуемые пациенты в зависимости от возрастной категории были разделены на 3 группы: I-группа, пациенты ранней подростковой группы (10–12 лет) — $n=68$ (40,7%); II-группа, — средняя подростковая (12–14 лет) — $n=56$ (33,5%); III-группа, старшая подростковая (14–15 лет) — $n=43$ (25,8%). Исследование проводилось с соблюдением всех этических норм.

Результаты и обсуждение. По результатам исследования, у 34,7% ($n=58$) пациентов диагностировали ассоциацию несколькими видами паразитов. При этом, наиболее часто встречаемыми паразитами были круглые черви, или нематоды, *Ascaris lumbricoides* — 60,1% ($n=102$) и *Necator americanus* — 38,3% ($n=64$). Также выявляли: ленточные черви *Diphyllobothrium latum* — 7,8% ($n=13$), *Taenia saginata* — 3,6% ($n=6$) и *Taenia solium* — 1,8% ($n=3$), амеба *Entamoeba histolytica* — 1,2% ($n=2$) и жгутиковые *Giardia lamblia* — 13,2% ($n=22$). В кале также обнаруживали циклоспоридии и их ооцисты. У подростков из первой группы ассоциация нескольких видов паразитов диагностирована в 42,6% ($n=29$) случаев, при том, как у подростков из старшей возрастной группы данный показатель составил — 25,6% ($n=11$) случаев,

что характеризует наиболее высокую ассоциацию гельминтозов у подростков более раннего возраста.

Как показали исследования, частым клиническим синдромом при гельминто-протозойной инфекции, особенно при заражении *Ascaris lumbricoides* и *Necator americanus*, являются дисфункция пищеварительного тракта. В частности, у пациентов отмечали, неустойчивый стул — 97,3% (n=144 из 148 случаев заражения), периодическую абдоминальную боль — 93,2% (n=138), а также эпизоды метеоризма — 75,7% (n=112), тошноты — 18,2% (n=27), снижение аппетита — 46,6% (n=69).

У всех пациентов одновременно отмечали неврологические нарушения в виде нарушения ночного сна — 68,3% (n=114), бруксизма (скрежет зубами) — 83,2% (n=139), раздражительность — 85,0% (n=142), капризность — 64,1% (n=107), агрессивность — 28,7% (n=48), периодическая миалгия — 51,5% (n=86). Данные симптомы являлись признаками хронической интоксикации организма подростка.

Как показали исследования, на фоне гельминтозной инфекции развивались ряд аллергических заболеваний, были выявлены наличие атопического дерматита — 25,1% (n=42), экземы 10,8% (n=18), аллергического конъюнктивита 3,6% (n=6), нейродермитов 2,4% (n=4), а также аллергический ринит был выявлен у 34,7% (n=58) и бронхиальная астма у 6,6% (n=11) пациентов. Всего аллергические заболевания были выявлены у 139 (83,2%) из 167 пациентов. Если полученные данные распределить по возрастным группам, то отмечается тенденцию снижения аллергических заболеваний с возрастом: среди подростков из I-группы — в 86,8% (n=59), во II-группе — 82,1% (n=46), и в III-группе — 79,1% (n=34) случаев. Данную тенденцию можно обосновать возрастными гормональными и адаптационными перестройками организма.

Заключение. Клинического проявления гельминто-протозойных инфекций у школьников-подростков характеризуется диспепсическими (97,3%), астено-вегетативными (85,2%) нарушениями на фоне высокой встречаемости аллергических заболеваний, в частности в виде атопического дерматита (25,1%), экземы (10,8%), аллергического конъюнктивита (3,6%) и ринита (34,7%), нейродермитов (2,4%), и бронхиальной астмы (6,6%).

ОСОБЕННОСТИ ПИТАНИЯ ДЕТЕЙ СО СКОЛИОЗОМ

Шоира Абдусаламовна Агзамова, Джахонгир Таирович Умаров

Ташкентский педиатрический медицинский институт, Узбекистан, г. Ташкент, Юнусабадский район, ул. Богишамол, 223

Контактный e-mail: Shoira_agzamova@mail.ru

Ключевые слова: нарушение осанки, деформация позвоночного столба, сколиоз, дети, питание.

Введение. Большое значение для профилактики и лечения сколиоза, как и других заболеваний опорно-двигательного аппарата, имеет правильное питание. Употребление в пищу продуктов, обогащенных кальцием и витаминами, способствует укреплению костной массы ребенка и уменьшает риск развития сколиоза. Дети, которые едят мало сыра, молока, творога, находятся в группе риска по заболеваниям опорно-двигательного аппарата. В подавляющем большинстве случаев дефектов осанки диетотерапия и прием медикаментов являются «вспомогательными» методами терапии. С другой стороны, полное игнорирование или нерациональное применение перечисленных методов лечения способно усугубить то или иное патологическое состояние.

Цель исследования: оценить уровень питания детей с деформацией позвоночного столба у детей школьного возраста.

Материалы и методы исследования: в основу исследования положены данные профилактического осмотра среди школьников г. Ташкента. В исследовании приняли участие 1256 школьников в возрасте от 7 до 16 лет. Нарушения осанки были установлены у 69% детей (867 детей), сколиоз I и II степени выделен у 35% детей (440 детей), при этом хочется отметить, что в 85% (374 детей) случаях возраст детей варьировал от 7 до 11 лет. Среди детей с деформацией позвоночного столба преобладали мальчики, соотношение мальчиков над девочками составило 1:2,8 (117 (26,6%) — девочки и 323 (73,4%) — мальчики).

Оценку питания проводили в 3-х группах детей: 1 группу составили — 35 детей со сколиозом, 2 группу — 45 детей с нарушением осанки и 3 группу — 30 детей без признаков нарушения осанки и деформации позвоночного столба.

Результаты: в результате опроса детей и их родителей нами установлено, что дети 1 и 2 группы достоверно реже (33,5% и 41,6% соответственно) употребляли в своем рационе продукты богатые белками (арахис, фасоль, горох, творог, мясо тунца, горбуши, палтуса, а также куриное мясо, мясо кролика, говядина, индейка, нежирная баранина), тогда как в группе 3 этот процент составил 65,4%.

Также достоверно реже дети из 1 и 2 группы (29,6% и 39,5% соответственно) употребляли достаточное количество овощей и фруктов, тогда как в 3 группе этот процент был в 2,3 и 1,7 раз выше ($P < 0,05$). Редкое употребление фруктов и овощей среди детей школьников с нарушением осанки и сколиозом свидетельствует о том, что в их организм не в полной мере поступают витамины и микроэлементы.

Такие продукты как куриные яйца, сметана и сливочное масло содержат большое количество витамина Д, содержание которого положительно влияет на рост костной ткани и отвечает за регуляцию обмена фосфора и кальция. 56,2% детей 1 группы и 63,6% детей во 2 группе в своем рационе употребляли данные продукты, однако хочется отметить, что в большинстве случаев только куриные яйца. В 3 группе 85,6% детей в своем рационе регулярно принимали продукты с высоким содержанием витамина Д.

Установлено низкое употребление морепродуктов и морской капусты детьми во всех группах, особенно среди детей 1 и 2 групп (15,6%, 23,4% и 32,5% соответственно по группам). В научной литературе доказано, что данные продукты содержат большое количество фосфора и полиненасыщенных жирных кислот, которые способствуют укреплению позвонков и улучшают работу межпозвоночных дисков.

Продукты, обогащающие организм детей кальцием (молочные продукты, творог, сыр, разные виды орехов, бобовые, овсянка и ячневая крупы), который играет основную роль в формировании костей, употребляют 54,0% детей 1 группы, 64,8% детей из 2 группы и 85,6% детей из 3 группы.

Как известно употребление витамина А способствует усвоению в организме кальция и фосфора. Данный витамин содержится в таких продуктах как морковь, дыня, абрикосы, желтая тыква, печень животных. Среди обследованных детей данный витамин в организм поступает в малых дозах, так как только 49,5% детей 1 группы, 65,7% детей 2 группы и 74,3% детей 3 группы употребляли в рационе вышеперечисленные продукты в достаточном количестве.

Очень важно для организма детей школьного возраста употребление витаминных комплексов с содержанием витаминов группы В, которые непосредственно участвуют не только в обменных процессах, но укрепляют коллагеновый каркас костей. Согласно полученным нами результатам в течение года витаминный комплекс с содержанием витаминов группы В получали 31,2% детей в 1 группе, 45,6% детей во 2 группе и 63,5% детей 3 группы.

Заключение: частота встречаемости нарушения осанки и сколиоза среди школьников г. Ташкента составляет 69% и 35% соответственно. Пик заболеваемости приходится на возраст от 7 до 11 лет, с преобладанием среди мальчиков. При опросе детей и родителей нами установлено, что рацион детей с нарушением осанки и сколиозом недостаточно оснащен продуктами, которые способствуют достаточному насыщению организма необходимыми витаминами и минералами для формирования костной ткани, укреплению позвонков и улучшению работы межпозвоночных дисков.

МЕТАБОЛОМ КИШЕЧНИКА У ДЕТЕЙ С РАССТРОЙСТВОМ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА: ЧТО ДОЛЖЕН ЗНАТЬ ПЕДИАТР

Любовь Михайловна Гордиенко^{1,2}, Любовь Юрьевна Лебедева¹,
Дарья Михайловна Галактионова³

¹Оренбургский Государственный Медицинский Университет Минздрава России. 460014, Оренбург, ул. Советская, зд. 6

²Общество с ограниченной ответственностью «Медгард — Оренбург». 460014, Оренбург, ул. Берег Урала, д. 4

³Государственное автономное учреждение здравоохранения “Детская городская клиническая больница” города Оренбурга. 460001, Оренбург, ул. Туркестанская, д. 43

E-mail: gordienkolmoren@mail.ru

Ключевые слова: расстройство аутистического спектра, желудочно-кишечный тракт, микробиом, ось мозг-кишечник, короткоцепочечные жирные кислоты.

Введение. Расстройство аутистического спектра (РАС) — сложное мультисистемное заболевание, которое затрагивает обменные и нейробиологические процессы. Встречаемость РАС у детей в возрасте до 2 лет составляет 5:10000, в возрасте до 4 лет — 18:10000, при этом достаточно часто (55–80%) имеют место гастроинтестинальные расстройства.

В основе высокой распространённости дисфункции желудочно-кишечного тракта при РАС и его значимое соотношение со сложными поведенческими реакциями лежат патофизиологические механизмы оси «мозг-кишечник». Кишечный микробиом — один из ключевых модуляторов связи между кишечником и мозгом у детей, страдающих аутизмом.

Микробиота желудочно-кишечного тракта детей с аутизмом имеет большее количество *Lactobacillus*, *Clostridium*, *Bacteroidetes*, *Desulfovibrio*, *Caloramator*, *Sarcina*, но более низкие уровни *Bifidobacterium*, *Firmicutes*, *Prevotella*, *Coprococcus* и *Veillonellaceae*.

Кишечная микробная ферментация пищевых волокон и резистентного крахмала приводит к образованию короткоцепочечных жирных кислот, особенно масляной, пропионовой и уксусной. Метаболиты способствуют пролиферации эпителиальных клеток слизистой оболочки кишечника, предотвращают атрофию эпителиальных клеток слизистой оболочки кишечника для поддержания нормального барьера слизистой оболочки и ингибируют выработку провоспалительных цитокинов.

Ацетат повышает поглощение кислорода, пропионат участвует в энергообеспечении эпителия, обеспечивает антибактериальный эффект, регулирует пролиферацию и дифференцировку эпителия, блокирует адгезию патогенов к эпителию. Валериат образуется при действии кишечной микрофлоры на пищевые волокна и участвует в регуляции иммунного ответа и пролиферации кишечных стволовых клеток.

Кишечный метаболом модулирует созревание и функцию тканевых иммунных клеток центральной нервной системы, включая микроглию и астроциты. Данные продукты метаболизма (КЦЖК), проходя через энтероциты, могут активировать нейроны головного мозга и влиять на функции мозга через блуждающие нервы.

Цель исследования. Оценить метаболомный статус кишечника у детей с РАС.

Материалы и методы. Проведено клиническое обследование пациентов с РАС и ретроспективный анализ медицинской документации (ф112/у) у 28 детей, находившихся на консультативном приеме врача-педиатра-гастроэнтеролога на базе ООО Медгард — Оренбург и Клиники адаптационной терапии ОрГМУ за 2018 — 2023 годы.

Результаты. Возрастно-половая характеристика наблюдаемых детей: от 4-х до 6 лет — 65,1%, в возрасте от 7 до 13 лет — 23,4%, старше 13 лет — 11, 5%; 25 мальчиков (89,2%) и 3 девочки (10,8%).

У детей, имеющих расстройство аутистического спектра, в 44% случаев наблюдается повышение уровня фекального кальпротектина от 80 мкг/г до 1000 мкг/г, что свидетельствует о наличии воспалительного процесса в толстом кишечнике, и напрямую связано с составом микробиоты и характером метаболома кишечника.

При нарушениях микробиоты кишечника у группы детей с РАС ($n=28$), проходивших исследование копрофильтров на предмет коротко-цепочечных жирных кислот, установлены изменения гомеостаза микробных метаболитов, а именно более низкие уровни короткоцепочечных жирных кислот (КЦЖК): ацетата, пропионата и валериата в фекалиях. КЦЖК продуцирует микробиота кишечника для переваривания некоторых белков и полисахаридов растительного происхождения. Абсолютное содержание уксусной кислоты (С2) — 2.048 мг/г (при $N=5.88 \pm 1.22$ мг/г) отмечается снижение в 64% случаев; абсолютное содержание пропионовой кислоты (С3) — 0.022 мг/г (при $N=1.79 \pm 0.95$ мг/г) отмечается снижение в 82% случаев; абсолютное содержание масляной кислоты (С4) — 0.018 мг/г (при $N=1.75 \pm 0.85$ мг/г) отмечается снижение в 68% случаев.

Заключение. Ранняя диагностика РАС в младенческом и раннем возрасте с оценкой метаболомного статуса имеет чёткое обоснование с учётом патогенетического процесса — ось “кишечник-мозг”. У пациентов с расстройством аутистического спектра имеет место нарушение метаболомного статуса за счёт резкого снижения пропионовой кислоты (82%), а также снижения масляной (68%) и уксусной кислоты (64%). Своевременная коррекция микробиоты кишечника уже с периода внутриутробного развития в определённой степени может повлиять на качество жизни маленького пациента.

ВАЗОСПАСТИЧЕСКАЯ СТЕНОКАРДИЯ КАК КЛИНИЧЕСКАЯ МАСКА ГРЫЖИ ПИЩЕВОДНОГО ОТВЕРСТИЯ ДИАФРАГМЫ У ПОЖИЛОЙ ПАЦИЕНТКИ (ОПИСАНИЕ КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ)

Дмитрий Дмитриевич Зотов, Алексей Викторович Сизов, Юрий Владимирович Егай

Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет. 194100, Санкт-Петербург, ул. Литовская, д. 2

E-mail: ddzotov@mail.ru

Ключевые слова: вазоспастическая стенокардия, грыжа пищеводного отверстия диафрагмы, пожилые пациенты, диагностика, лечение.

Введение. Грыжа пищеводного отверстия диафрагмы (ГПОД) — широко распространенное заболевание, частота которого особенно высока у пожилых, тучных пациентов. Наряду с типичной симптоматикой (боли в эпигастрии, изжога, отрыжка, срыгивание) она может проявлять себя признаками анемии, сердечной недостаточности и ИБС.

Нами наблюдалась больная Н., 85 лет, поступившая в клинику с жалобами на сжимающие загрудинные боли, ощущение удушья, возникающие в положении лежа, из-за чего она вынуждена была постоянно сидеть, спать в полусидячем положении, на одышку при небольшой нагрузке, периферические отеки, перебои в работе сердца; а кроме того — частые изжогу, отрыжку, срыгивание после приема пищи.

В анамнезе и объективном статусе — длительно существующая артериальная гипертензия, сахарный диабет 2 типа, легкая гипохромная анемия, ожирение 1 степени (ИМТ — 32,4 кг/м²), полиостеоартроз, проведенная 14 лет назад холецистэктомия. Наблюдавший пациентку терапевт районной поликлиники расценил имеющуюся у нее кардиальную симптоматику как «стенокардию», в связи с чем — наряду с лозартаном, индапамидом, метформинном, больная получала метопролол, изосорбида мононитрат, аспирин. Кроме того — в связи с выраженными суставными болями — пациентка длительно и неконтрольно пользовалась нестероидными противовоспалительными препаратами.

При попытке зарегистрировать ЭКГ в условиях кабинета функциональной диагностики через две минуты после того, как пациентка приняла горизонтальное положение тела, у нее развился приступ интенсивных сжимающих загрудинных болей, а на ЭКГ — признаки распространенной трансмуральной ишемии миокарда с элевацией ST на 5–6 мм в отведениях I, II, aVL, V 3–6. Проба с нитроглицерином оказалась отрицательной. Болевой приступ был купирован и изменения ЭКГ исчезли через пять минут после того, как пациентка села. Описанный эпизод был расценен как проявление вазоспастической стенокардии, провоцируемой клиностазом.

Наряду с полным лабораторным обследованием, выявившим в частности дислипидемию и дефицит железа, УЗИ органов брюшной полости (стеатоз печени) пациентке были проведены ФЭГДС и полипозиционное рентгенологическое исследование пищевода и желудка с контрастированием сульфатом бария на трахоскопе, что позволило диагностировать у нее ГПОД 3 ст., осложненную рефлюкс-эзофагитом.

Учитывая пожилую возраст больно́й и отмеченную полиморбидность, а также в связи с отсутствием технической возможности, решено было не проводить коронароангиографию и ограничиться консервативным лечением. В терапию ангиального синдрома были внесены существенные изменения. Нитраты и метопролол были отменены, так как хорошо известно, что бета-блокаторы, являющиеся препаратами выбора при классической стенокардии напряжения, ухудшают течение истинной стенокардии покоя, усугубляя спазм коронарных артерий. Вместо метопролола был назначен верапамил в дозе 240 мг / сут. В связи с опасностью пищеводных кровотечений на фоне ГПОД аспирин был заменен на клопидогрел. Назначена терапия препаратами железа, статинами, ингибиторами протонной помпы и прокинетиками. Пациентке были даны четкие разъяснения и рекомендации по режиму приема пищи и характеру питания и значительному ограничению приема нестероидных противовоспалительных средств.

Было достигнуто некоторое улучшение самочувствия больной, которая могла теперь спать с высоким изголовьем без тяжелых ангинальных болей. Кроме того, уменьшились изжога, срыгивание и отрыжка.

Заключение. Таким образом, ГПОД у пожилых пациентов может выступать под клинической маской стенокардии покоя, что требует своевременного комплексного обследования таких больных и решения вопроса об адекватной консервативной терапии, а при наличии возможностей и показаний — и хирургического лечения ГПОД и ИБС.

РОЛЬ КОМОРБИДНОСТИ У БОЛЬНЫХ С ЛЕКАРСТВЕННЫМ ПОРАЖЕНИЕМ ПЕЧЕНИ

*Алида Шариповна Каскабаева, Мадина Максатовна Кеукенова,
Сая Жанарбекқызы Пайзрахманова, Арайлым Маратқызы Айтмухамбетова,
Арайлым Радикқызы Жанаева, Арайлым Дүсіпбекқызы Дүсіпбекова*

Некоммерческое акционерное общество «Медицинский университет Семей», город Семей, Республика Казахстан
071400, ул. Абая, 103

Кафедра внутренних болезней и ревматологии

E-mail: alida.71@mail.ru

Ключевые слова: коморбидность, полипрагмазия, лекарственные поражения печени.

Введение. Коморбидность как проблема современной медицины, часто ведет к полипрагмазии и как следствие к лекарственно индуцированному поражению печени. Клиницисту часто приходится встречаться не с одним заболеванием, а, как минимум, сочетанием двух и более болезней, что создает сложности в лекарственной терапии и влияет на качество жизни пациентов. При наличии даже 3 нозологических форм пациент порой вынужден одновременно принимать от 8 до 16 лекарственных препаратов, а иногда и более. При сочетанном приеме 5 лекарственных препаратов индуцированные ими нарушения функции печени встречаются в 4% случаев, при приеме 5–10 препаратов — в 10% случаев, при приеме 10–16 медикаментов — в 28% случаев, а при приеме >16 препаратов ожидаемая частота поражений печени составляет >60%.

Цель работы: изучить роль коморбидности у пациентов с лекарственным поражением печени.

Материалы и методы. Дизайн исследования одномоментное ретроспективное поперечное исследование, проведен анализ историй болезни пациентов терапевтического отделения Восточно-Казахстанский Специализированный Медицинский Центр г. Усть-Каменогорска за период 2017–2023 год с диагнозом Токсическое поражение печени. Применена диагностическая шкала CIOMS/RUCAM, определение показателя RUCAM и клинического типа лекарственного повреждения печени — R value. Индекс коморбидности Чарлсона вычислялся в сумме баллов за соматические заболевания и за каждое десятилетие жизни после 40 лет. Статистическая обработка выполнена с использованием программы SPSS Statistics for Windows 8.0. Вычисление значения средней арифметической (M) и стандартной ошибки (m).

Результаты. Проанализировано 75 историй болезни с диагнозом «Токсическое поражение печени», из них выбрано 33 истории, где указаны причина поражения печени — лекарственный препарат. Отмечено преимущественное поражение у женщин—57,6%, чем у мужчин—42,4% и средний возраст составил $55 \pm 13,32$ лет. Пациенты имели вредные привычки курение —3%, алкоголь 6%, что повышает риск поражения печени. В соответствии с диагностической шкалой CIOMS/RUCAM, определение показателя RUCAM и клинического типа лекарственного повреждения печени — R value определены следующие типы: гепатоцеллюлярный 57,6%, смешанный 24,2%, холестатический 18,2%.

Следует отметить, что количество больных, у которых наблюдалось более 3 сопутствующих заболеваний и имеющие высокий коморбидный индекс, составил 33,3%. Процент больных имеющих 2 сопутствующих заболеваний 21,2%. С одним сопутствующим заболеванием 15,2%. Без сопутствующей патологии наблюдались поражения печени у молодых пациентов и составили 30,3%

Коморбидность была представлена следующими заболеваниями: артериальная гипертония 15,1%, железодефицитная анемия 15,1%, ишемическая болезнь сердца 15,1%, хронический панкреатит 15,1%, сахарный диабет 9%, тиреоидит 9%, бронхиальная астма 6%, хроническая сердечная недостаточность 6%, эхинококкоз печени 6%, смешанная нефропатия 6%. Определяется положительная корреляционная связь между возрастом больных и количеством соматических заболеваний, соответственно индекс коморбидности составлял $9 \pm 2,8$.

Наибольшим гепатотоксическим потенциалом обладают лекарственные средства, интенсивно (>60%) метаболизирующиеся в печени, то есть вещества с высоким печеночным кли-

ренсом: нестероидные противовоспалительные средства (НПВС). Пациенты с лекарственным поражением НПВС (в данном случае парацетамол, диклофенак, аспирин) составили 36,4%, растительными препаратами, в большинстве случаев это прием овса — 18,2%, поражение, вызванное биологическими активными добавками, — 21,2%, противотуберкулезными препаратами — 3%, кардиологическими препаратами — 6,1%, противопаразитарные препараты — 3%, препараты железа — 3%.

За период 2017–2023 год включительно процент умерших больных составил 6,1%, из них заслуживает внимание летальный случай на фоне приема китайских биологических активных добавок для похудения.

Заключение. Таким образом, коморбидность у больных с лекарственным поражением печени наблюдалась у 69,7% больных и преимущественно представлена ишемической болезнью сердца, артериальной гипертонией, хроническим панкреатитом и анемией. Определяется положительная корреляционная связь между возрастом больных и количеством соматических заболеваний. Такие факторы как возраст, пол, коморбидные состояния, хроническое злоупотребление алкоголем, повышают риск развития лекарственного поражения печени при использовании отдельных лекарственных средств и должны учитываться при назначении конкретных препаратов.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРЕПАРАТА УРСОСАН В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ПЕРВИЧНЫМ БИЛИАРНЫМ ХОЛАНГИТОМ

Татьяна Александровна Колесова¹, Татьяна Олеговна Астафьева¹, Ирина Геннадьевна Кулагина¹, Татьяна Владимировна Ушакова¹, Ирина Александровна Калужских¹, Ольга Владимировна Викулова¹, Екатерина Николаевна Новикова²

¹Самарская областная клиническая больница имени В.Д. Середавина, 443095, г. Самара, ул. Ташкентская д. 159

²Самарский областной клинический онкологический диспансер, 443031 г. Самара, ул. Солнечная, д. 50

E-mail: Kolesova@sokb.ru

Ключевые слова: первичный билиарный холангит, лечение, урсосан.

Введение: Первичный билиарный холангит (раннее — первичный билиарный цирроз) — воспалительное заболевание междольковых и септальных желчных протоков иммунной природы, при котором постепенно разрушаются внутрипеченочные желчные протоки, что ведет к дуктопении и персистирующему холестазу с развитием терминальной стадии печеночной недостаточности. Чаще болеют женщины в возрасте 35–60 лет — 90% из всех выявленных случаев. Соотношение женщин и мужчин при ПБХ — 9:1. Патогенетическая терапия основывается на назначении урсодезоксихолевой кислоты (УДХК)

Цель исследования: оценка эффективности использования препарата урсосана для лечения пациентов с ПБХ.

Материалы и методы: В исследовании включены 37 больных с ПБХ (35 женщин, 2 мужчин, средний возраст (47,4+5,7) года с анамнезом заболевания 3–7 лет. Все (100%) обследованы клинически, лабораторно, инструментально. Все пациенты (100%) отмечали зуд кожи различной интенсивности от 0–5 баллов, общую слабость и недомогание, тяжесть в правом подреберье у 26 больных (70%). При объективном осмотре желтушность кожных покровов и склер у 16 больных (43%), ксантелазмы век у 8 больных (21%), асцит у 4 больных (10,8%) гепатомегалия (100%) спленомегалия у 13 больных (35%). По лабораторным данным повышение уровня ЩФ и ГГТП и более 5N у 23 больных (62%), более 3N у 14 больных (38%), повышение АЛТ и АСТ выше 3N (100%), повышение билирубина у 16 больных (43%). АМА-M2 повышены у 100% пациентов. Пункционная биопсия печени (позволяет выявить патогномоничные поражения желчных протоков, даже на ранних стадиях) выполнена 12 больным (32%) Диагноз ПБХ верифицирован у 100%. Всем больным назначена базисная терапия препаратом урсосан в дозе 15 мг/кг веса.

Результаты: На фоне терапии УДХК обследование пациентов проводилось 1–3–6–12 месяцев. Оценивалась динамика клинических симптомов (общая слабость, кожный зуд), биохимических показателей крови (билирубин, АЛТ, АСТ, ЩФ, ГГТ, холестерин, общ белок и фракции). Через 6 мес у всех больных (100%) уменьшилась общая слабость, кожный зуд у 23 больных (62%), нормализовался билирубин у 13 больных (35%), у 3 больных (8%) снизился до 2N. Показатели АЛТ, АСТ снизились до нормальных цифр у 24 пациентов (64%) ЩФ и ГГТ уменьшились до 3N у 32 больных (86%). По результатам обследования через 12 мес отмечалась положительная лабораторная и клиническая динамика у 34 больных (92%), у 3 пациентов (8%) сохранялись по биохимическим показателям крови повышение ЩФ и ГГТ до 3N. Существенных изменений содержания белков и фракций в сыворотке крови на фоне приема УДХК не отмечалось.

Заключение: Препарат урсосан продемонстрировал хорошую эффективность при лечении больных ПБХ и является препаратом выбора в лечении данной нозологии.

Длительный (пожизненный) прием УДХК уменьшает клинические симптомы, снижает показатели холестаза и цитолиза, обладает хорошей переносимостью и способствует увеличению продолжительности жизни пациентов с ПБХ.

НОВЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ВОДОРОДНО-МЕТАНОВОГО ДЫХАТЕЛЬНОГО ТЕСТА С ЦЕЛЬЮ ПОВЫШЕНИЯ ЕГО ИНФОРМАТИВНОСТИ

Олег Стефанович Медведев¹, Яков Яковлевич Понуровский², Дмитрий Борисович Ставровский², Артур Васильевич Литвинов³, Иван Витальевич Широков¹

¹Московский государственный университет им. М.В. Ломоносова. 119991, Москва, Ломоносовский пр., д. 27, корп. 1

²Институт общей физики им. А.М. Прохорова РАН, 119991 Москва, ул. Вавилова, д. 38

³Национальный исследовательский ядерный университет «МИФИ», 115409, Москва, Каширское ш., 31

E-mail: oleg.omedvedev@gmail.com

Ключевые слова: водородно-метановый дыхательный тест, вода, насыщенная водородом и метаном, окислительный стресс; сенсор водорода, диодный лазерный многоканальный спектрометр, диагностика.

Введение. Водородный дыхательный тест широко используется в гастроэнтерологических клиниках для диагностики СИБРА, мальабсорбции основных типов простых углеводов, лактазной недостаточности и ряда других состояний. В основе теста лежит допущение, что водород, регистрируемый в выдыхаемом воздухе, отражает его концентрацию в венозной крови, притекающей к легким. В свою очередь, концентрация газа в крови является производной от его содержания в просвете кишки и определяется скоростью ферментации углеводов компонентами кишечной микробиоты. Подобное допущение не всегда соответствует реальной клинической ситуации и может приводить к ложно-положительным результатам оценки водородного дыхательного теста. Примерами таких ошибок могут быть тесты с нагрузкой глюкозой, лактозой и другими простыми углеводами, при которых не удается зарегистрировать рост содержания водорода в выдыхаемом воздухе. При этом делается вывод об отсутствии мальабсорбции, хотя углеводы при этом могут достигать микробиоты толстой кишки, подвергаться ферментации, образовывать водород, который полностью может поглощаться гидрогенотрофными микроорганизмами, синтезирующими ацетат, метан, сероводород. Кроме того, следует учитывать, что такие факторы, как низкая растворимость водорода в воде/крови, его захват тканями на пути от его генерации и до выделения легкими делают такой тест малоточным, ведь концентрация водорода в просвете кишки может составлять до 50% (Modesto et al., Dig Dis Sci. 2022; 67(8):3842–3859), а концентрация в выдыхаемом воздухе от 1 до 100 ppm, т.е. на несколько порядков меньше.

Цель исследования.

1. Оценить возможное влияние метаногенных Архей на результаты водородного дыхательного теста с нагрузкой лактулозой и пищевыми волокнами разного состава.
2. Разработка подходов к оценке захвата водорода и метана печенью с целью более точного определения количества газов, производимых микробиотой кишки.

Материалы и методы. Выполнены 2 группы исследований.

1. Экспериментальное исследование выполнено на 2-х группах крыс, из которых одна группа генерировала преимущественно водород, тогда как вторая группа генерировала метан. Подобные группы имитируют наличие людей производящих преимущественно водород или метан (Pimentel M, et al., Am J Gastroenterol. 2020;115(2):165–178). Бодрствующие крысы помещались в специальный пенал (nose-only), позволявший собирать у них выдыхаемый воздух. В качестве нагрузки использовали внутрижелудочное введение лактулозы или инулина. Образцы выдыхаемого воздуха крысами анализировали на содержание водорода и метана с использованием газового хроматографа (TRUyzer mBA-3000, Taiyo, Japan). Тахомический состав микробиоты оценивали в кале методом 16SrRNA секвенирования.

2. Исследование на 12 добровольцах обоего пола включало приготовление насыщенной водородом воды. Концентрацию водорода в воде оценивали с раствором метиленового синего, содержащего коллоидную платину в качестве катализатора (Seo et al., Med Gas Res. 2012 Jan 24;2:1) или с помощью газового хроматографа. Измерение уровня водорода в выдыхаемом воз-

духе производили в течение 10 мин до- и 60 мин после приема вводы, насыщенной водородом в дозе 5 мл/кг. При изучении эффектов приема воды, насыщенной водородом и метаном, использовали диодный лазерный спектрометр (Ponurovsky et al. *Sovremennye tehnologii v medicine* 2020; 12(5): 71) с дополнительным датчиком водорода в воздухе (разработка Литвинова А.В., МИФИ). Сравнение количества принятого водорода или метана и выделенных через легкие с воздухом позволяет оценить % газовых биомаркеров, захваченных печенью.

Результаты. 1. Водородно/метановый тест у крыс с разной активностью метаногенов показал, что у высоко-метаногенных крыс нагрузка любым из исследованных углеводов не вызвала повышения уровня водорода, тогда как уровень метана существенно возрастал. У крыс с низкой метаногенной активностью нагрузка углеводами вызывала субстрат-зависимое повышение уровня водорода. Результаты опытов свидетельствуют о необходимости исследования как водорода, так и метана при оценке ферментативной функции микробиоты для предупреждения ложно-положительных результатов дыхательных тестов. Отсутствие водородной реакции на прием неперевариваемых углеводов может быть связано с губчатой структурой взаимодействия между водород-продуцируемыми бактериями и метан-продуцирующими Археями и фактом потребления 4-молекул водорода для синтеза одной молекулы метана. Была выявлена проблема несоответствия между наличием метана в выдыхаемом воздухе и отсутствием метаногенных Архей по результатам секвенирования, что связано со значительно более низкой чувствительностью стандартного метода 16SrRNA при детекции Архей.

2. Сравнение количеств принятого с водой водорода и выделенного с выдыхаемым воздухом показало, что от 40 до 60% введенной дозы задерживается печенью, что связывают с уровнем оксидативного стресса в печени, т.к. наиболее вероятной причиной уменьшения содержания водорода является его реакция с гидроксильным радикалом, что ведет к образованию воды. В пилотных исследованиях с анализом кинетики метана было показано, что захват метана печенью зависит от базового уровня генерации метана микробиотой. Чем выше базовый уровень метана, тем меньше % захвата печенью.

Заключение. Одновременное измерение уровня водорода и метана позволяет избежать ложных заключений о мальабсорбции углеводов. Традиционные методы выполнения секвенирования кишечной микробиоты имеют низкую чувствительность при детекции метаногенных Архей и должны быть усовершенствованы. Тест с потреблением воды, насыщенной водородом и метаном позволяет оценить % их захвата печенью при оценке в ней уровня оксидативного стресса. Использование многоканального диодного лазерного спектрометра с датчиком водорода значительно расширяет возможности и точность дыхательных тестов для оценки функции микробиоты в условиях клиники.

ПЕРКУТАННАЯ ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ ГАСТРОСТОМИЯ — СОВРЕМЕННАЯ МЕТОДИКА ДЛЯ ОБЕСПЕЧЕНИЯ АДЕКВАТНОГО ЭНТЕРАЛЬНОГО ПИТАНИЯ У ДЕТЕЙ С ЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ ДИСФАГИЕЙ

*Алексей Владимирович Мешков¹, Сергей Геннадьевич Гандуров²,
Алексей Геннадьевич Пинигин³, Анна Никитична Завьялова¹*

¹Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет, 194100, г. Санкт-Петербург, ул. Литовская, 2

²Детская краевая клиническая больница имени А.К. Пиотровича, 680003, г. Хабаровск, ул. Прогрессивная, 6

³Дальневосточный государственный медицинский университет, 680000, г. Хабаровск, ул. Муравьева-Амурского, 35

E-mail: Alexey.Meshkov@gmail.com

Ключевые слова: дисфагия, гастростома, перкутанная эндоскопическая гастростомия.

Введение. Дисфагия — расстройство акта глотания, рассматривается как затруднение в начале глотания (определяется как ротоглоточная дисфагия), либо как ощущение наличия препятствия прохождению пищи или жидкости от рта до желудка (определяется как пищеводная дисфагия). Частый спутник дисфагии — дефицит массы тела (вплоть до тяжелого нутритивного дефицита). С целью коррекции состояния используют гастростомию. Показанием к гастростомии в этом случае являются длительное стояние назогастрального зонда, паллиативный статус пациента и длительность восстановления глотания, тяжелый нутритивный дефицит, трудности в кормлении ребенка, облегчение ухода за пациентом. В современной литературе достаточно часто упоминается о применении перкутанной эндоскопической гастростомии (ПЭГ) у взрослых, однако, публикации о применении методики у детей встречаются достаточно редко.

Цель исследования. Проанализировать современное состояние вопроса о возможности использования перкутанной эндоскопической гастростомии в лечении пациентов с эзофагеальной дисфагией. Изучить возможность установки и использования ПЭГ у детей разного возраста.

Материалы и методы. За период с 2013 по 2021 год нами выполнено 38 ПЭГ. Большую часть пациентов (34) составили дети неврологического профиля с различными нарушениями глотания, дисфагией, получавшие до этого длительное зондовое питание. Два пациента — это дети с декомпенсированными стенозами пищевода, которым гастростома накладывалась для проведения бужирования «за нить». Возраст пациентов варьировал от 1 года до 17 лет. Нами применяются специальные наборы для установки ПЭГ («бамперные» и «баллонные»). Наиболее распространенным является размер 14–16 Fr, реже 18–22 Fr. Эндоскопическое сопровождение — гастродуоденоскопы и аксессуары к ним производства компании “Olympus” и “Fujifilm (Fujinon)”. Всем детям перед проведением оперативного лечения мы проводим периоперационную антибиотикопрофилактику однократно антибиотиками широкого спектра действия (Цефазолин, Цефутоксим, Ампициллин/сульбактам в возрастной дозировке). Все операции проводили под общей анестезией. Длительность использования гастростомической трубки варьировала в больших диапазонах и зависела от времени возобновления утраченных функций. При отсутствии перспектив восстановления функции глотания питание через гастростому может быть постоянным. Мы рекомендуем нашим пациентам менять трубку не реже одного раза в 6 месяцев. Самой частой причиной замены гастростомической трубки явилась механическая обтурация просвета пищевыми массами (дефект ухода). Методика установки перкутанной эндоскопической гастростомы проводится совместно врачом-эндоскопистом и детским хирургом.

Результаты. Все дети, которым проводились операции, выписаны из стационара в удовлетворительном состоянии. Среднее время операции составило 15–20 минут. В течение первых суток после наложения ПЭГ дети получали «0» стол, со вторых суток — «зондовый». После проведения ПЭГ дети переводились в общую палату, нахождения в условиях «палаты интенсивной терапии» или реанимационного отделения не потребовалось. В 1 случае наблюдались

гиперемия и отечность тканей диаметром около 25–30 мм на 3–4-е сутки. Специфического лечения в этом случае не проводили, ограничились ежедневными перевязками. У 1 ребенка развился «бампер-синдром», что потребовало смены гастростомической трубки.

Заключение. Внедрение в клиническую практику метода эндоскопической гастростомии возможно у детей различного возраста и массы тела. Использование и уход за гастростомической трубкой менее трудоёмки, по сравнению с обычной гастростомой или назогастральным зондом. Наличие гастростомы у ребенка не требует постоянного сестринского ухода. При необходимости замены трубки — проводится с помощью фиброгастроуденоскопии. Удаление трубки проводится путем извлечения наружу, гастростомическое отверстие самостоятельно закрывается и не требует дополнительного оперативного лечения. ПЭГ обеспечивает более качественное и надежное проведение питательной поддержки пациентов, способствует улучшению результатов лечения и качества их жизни, облегчает уход за пациентами, ведет к уменьшению количества осложнений в сравнении с длительным зондовым питанием. Эти операции можно считать методом выбора при необходимости длительного зондового энтерального питания (более 1 месяца) у детей с дисфагией различного генеза, в том числе эзофагеальной.

ВАРИАБЕЛЬНОСТЬ БИОЭЛЕКТРИЧЕСКИХ ПАРАМЕТРОВ АКТИВНОСТИ ГОЛОВНОГО МОЗГА ПРИ ЦЕЛИАКИИ У ДЕТЕЙ

Барно Икром кизи Мусаева

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр педиатрии. 100179, г. Ташкент, Алмазарский район, улица 2-й Чимбай, проезд Талант, 3

barno.musaeva.1996@mail.ru

Ключевые слова: биоэлектрическая активность, глютен, тканевая трансглутаминаза, эпилептиформная активность, электроэнцефалография, психоневрологические проявления.

Введение: Одним из звеньев патогенеза целиакии является снижение активности ферментов мембранного гидролиза и всасывания в слизистой оболочке тонкой кишки, что служит причиной глубоких метаболических нарушений в организме, в том числе и психоневрологических, в виде психопатий, судорожного синдрома, мозжечковой атаксии, задержки психического и речевого развития. Сообщают также о том, что неврологические симптомы могут не только сопровождать классическую форму целиакии, но и быть единственным проявлением. В настоящее время существуют убедительные данные, позволяющие расценивать целиакию как системное заболевание. Наряду с изученными патогенетическими механизмами, о системном характере поражения при целиакии свидетельствуют многочисленные внекишечные и психоневрологические проявления болезни. Неврологические проблемы были наиболее сопутствующими заболеваниями у пациентов с целиакией, так как 57,76% обследованных имели психические расстройства. Тревожное расстройство, депрессия, головная боль были наиболее распространенными типами этих психических расстройств.

Цель исследования: Изучить вариабельность биоэлектрической активности головного мозга у детей с целиакией

Материалы и методы: Работа выполнялась на базе отделения гастроэнтерологии Республиканского Специализированного Научно-Практического Медицинского Центра Педиатрии в отделении гастроэнтерологии и общей педиатрии. Под наблюдением находилось 63 пациента в возрасте от 4 до 10 лет, среди которых, мальчиков было 31 (49,2%), девочек — 32 (50,8%).

Общеклиническое обследование пациентов включало в себя сбор анамнеза, объективный осмотр, инструментально-лабораторные методы исследования. Для подтверждения диагноза целиакия использовались следующие специфические лабораторные исследования: первым этапом было определение антител к тканевой трансглутаминазе IgA и общего IgA. При повышении значений антител к тканевой трансглутаминазе IgA выше 100Е/мл, диагноз устанавливался сразу на основании новых критериев ESPGHAN (2018). Для оценки биоэлектрической активности головного мозга проводилось электроэнцефалографическое исследование на аппарате Нейрон-Спектр-5. Нормальными считались ЭЭГ, соответствующие возрасту и функциональному состоянию больного по частотным, амплитудным и пространственно-временным характеристикам. Биоэлектрическая активность головного мозга у детей раннего и школьного возраста имела ряд особенностей, что учитывалось при анализе электроэнцефалографической семиотики. Для подтверждения специфичности выявленных изменений на ЭЭГ у больных с целиакией мы провели аналогичное исследование 20 больных с хроническим гастродуоденитом.

Результаты: с момента установления ассоциации целиакии и неврологических заболеваний различные патогенетические факторы обсуждались в качестве возможных причин взаимосвязи. Известно, что витамины D, E, B12, а также фолиевая кислота, железо обладают нейропротекторным свойством, при этом в литературе имеются данные, свидетельствующие о четкой ассоциации дефицита данных нутриентов с различными неврологическими заболеваниями.

Сомнения в отношении исключительной значимости микроэлементов в патогенезе неврологических нарушений при целиакии внесли результаты некоторых исследований, продемонстрировавших возможность развития неврологической симптоматики еще до формирования атрофической энтеропатии или в отсутствии дефицита определенных микроэлементов в сыворотке крови. У 100% детей с целиакией была зарегистрирована патологическая электроэнцефа-

логографическая картина головного мозга. Так, из всех показателей ЭЭГ более, чем у каждого третьего пациента — 35,6% обнаружена низкоамплитудная активность, что говорит о дисфункции неспецифических срединных систем головного мозга. Также были зарегистрированы медленные волны, которые наблюдались более, чем у каждого четвертого пациента. Данный симптом чаще характерен для наличия некоторой заторможенности, явлений деактивации, снижений активирующих влияний ствола головного мозга. Острые волны, характеризующие парциальные формы эпилепсии, были установлены у каждого пятого ребенка — 20,0%. Снижение биоэлектрической активности головного мозга зарегистрирована у 11,1% детей, которая является характерным проявлением для депрессивного синдрома. Эпилептиформная активность на ЭЭГ установлена у 6,7% детей при поступлении в стационар.

Заключение: Таким образом, глютен, угнетая нервную систему, может определенным образом влиять на функцию центральной нервной системы. В результате проведения электроэнцефалографии у всех обследованных детей с целиакией были выявлены изменения биоэлектрической активности головного мозга различной степени, от легкой до грубой. В преобладающем большинстве, у 81,1% детей отмечались изменения биоэлектрической активности головного мозга, которые характеризовались как выраженные и грубые.

ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ У ДЕТЕЙ РАЗНЫХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП

*Олеся Валерьевна Первишко¹, Светлана Юрьевна Маталаева¹,
Марина Михайловна Трубилина², Алина Станиславовна Иваненко¹,
Надежда Олеговна Юревич¹, Мария Леонидовна Власова¹*

¹ Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего профессионального образования “Кубанский государственный медицинский университет” Министерства здравоохранения Российской Федерации. 350063, Краснодар, ул. Митрофана Седина, 4

² Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Детская краевая клиническая больница» Министерства здравоохранения Краснодарского края. 350007, г. Краснодар, пл. Победы, 1

E-mail: ivanenko-alina@mail.ru

Ключевые слова: дети, желчнокаменная болезнь, возрастная структура, ультразвуковая диагностика.

Введение. Желчнокаменной болезнью (ЖКБ) страдает более 10% всего взрослого населения европеоидной расы, при этом распространённость данной патологии среди детского населения значительно ниже. Однако, европейские исследования описывают общую распространённость желчнокаменной болезни у детей различных возрастов от 0,13% до 1,9%. В последние годы отмечен рост данной патологии, что связывают, с одной стороны, с широким внедрением в амбулаторную педиатрическую практику ультразвукового исследования органов брюшной полости, с другой стороны, увеличением частоты метаболических нарушений. По литературным данным весьма ограничено представлены показатели заболеваемости желчнокаменной болезни в возрастном аспекте, клинических формах и частоте развития осложнений.

Цель исследования. Провести анализ частоты встречаемости желчнокаменной болезни у детей в разных возрастных группах.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ «Медицинской карты амбулаторного больного» (форма № 025/у-04) 98 детей с конкрементом в желчном пузыре, по данным ультразвукового исследования органов брюшной полости (УЗИ ОБП), находившихся на обследовании в поликлиническом отделении ГБУЗ «Детская краевая клиническая больница» г. Краснодара за период 2013–2022 гг. Девочки составили большую часть обследуемых -72,4%. Основная группа пациентов (58 детей) имели гастроэнтерологические жалобы и обратились на консультативный прием к врачу гастроэнтерологу, 12 обследуемых наблюдались неврологом, 20 детей — аллергологом-иммунологом, 8 — эндокринологом. Анализ и обработка данных проводились с использованием программ Microsoft Excel.

Результаты. На основании анализа медицинской документации и обработки статистических данных нами были получены следующие результаты: количество детей раннего возраста с желчнокаменной болезнью (0–3 лет) составило 5% (n=5), от трех лет до семи-15% (n=15), с семи до четырнадцати-30% детей (n=30), от четырнадцати до семнадцати- 50% (n=50). При этом у 57,1% (n=56) детей конкремент был обнаружен случайно при проведении профилактического осмотра, 13% (n=15) детей имели клинику билиарных болей, в связи с чем экстренно проведено УЗИ ОБП. Оставшиеся 27,6% (n=27) детей проходили плановое обследование у других врачей специалистов. На гастроэнтерологическом приеме основными жалобами были абдоминальные боли, имеющие периодический характер, а также диспепсические явления, которые были представлены тошнотой (34,7%), метеоризмом (48,9%), нестабильным стулом со склонностью к запорам (21,4%), изменения характера стула (58,6%). Данный спектр жалоб могли самостоятельно описать пациенты старше 6–7 лет, однако, родители детей раннего возраста имели сходные жалобы на момент осмотра.

Заключение. Исходя из полученных результатов, наибольшая распространённость желчнокаменной болезни отмечена в подростковой группе пациентов, наименьшая в группе детей до 3-х лет. При этом, только 13% обследуемых имели приступы билиарных болей, что потребовало экстренного обращения за медицинской помощью. У большинства детей конкремент в желчном пузыре обнаруживался случайно, при профилактическом осмотре с проведением

УЗИ ОБП. Приведенные данные свидетельствуют о необходимости расширения применения ультразвукового исследования органов брюшной полости в педиатрической практике. Особой когортой пациентов являются дети старше 6–7 лет, поэтому целесообразно рассмотреть вопрос расширения применения УЗИ ОБП и включения в обязательный перечень исследований в рамках профилактических осмотров.

ХАРАКТЕРИСТИКА ГЕПАТОБИЛИАРНОЙ И ПАНКРЕАТИЧЕСКОЙ СИСТЕМ У ДОНОШЕННЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ ОТ МАТЕРЕЙ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

Татьяна Петровна Пивченко¹, Александр Николаевич Горячко¹,
Екатерина Владимировна Уварова¹, Александр Кириллович Ткаченко¹,
Ольга Викторовна Шалькевич², Елена Владимировна Болбатовская²

¹Белорусский государственный медицинский университет. 220116, г. Минск, пр-т Дзержинского, д. 83

²Республиканский научно-практический центр «Мать и дитя». 220048, г. Минск, ул. Орловская, д. 66

E-mail: taty100688@gmail.com

Ключевые слова: доношенные новорожденные, период адаптации, сахарный диабет, неонатальная желтуха.

Введение. Одной из главных целей современного здравоохранения является снижение темпов заболеваемости сахарным диабетом (СД). В настоящее время отмечается высокий темп роста распространенности СД 1 типа среди детского населения (популяционный прирост составляет 2,8% в год). Для СД 1 типа характерно постепенное развитие аутоиммунного процесса относительно инсулярного аппарата с критическим снижением клеточной массы. При дисфункции эндокринной части поджелудочной железы (ПЖ) постепенно в патологический процесс вовлекается и ацинарная часть органа с формированием в последующем синдрома мальабсорбции. Учитывая общий зачаток развития ПЖ и гепатическая система функционально находится в тесной взаимосвязи. Деадаптация ПЖ после рождения часто проявляется гипогликемическим состоянием и гипербилирубинемией.

Цель исследования — определить степень напряженности гепатобилиарной системы и оценить внешнесекреторную функцию ПЖ для доношенных новорожденных от матерей СД 1 типа и гестационным сахарным диабетом (ГСД).

Материал и методы. Объектом исследования послужили результаты лабораторных исследований от 84 доношенных новорожденных, разделенных на три группы: 19 доношенных новорожденных от матерей с СД 1 типа (первая исследуемая группа), 44 доношенных новорожденных от матерей с ГСД — вторая исследуемая группа и 21 здоровый доношенный новорожденный (контрольная группа). Новорожденные находились на лечении в педиатрических отделениях ГУ РНПЦ «Мать и дитя» в период июнь 2022 — июнь 2023 гг. Исследование проходит в рамках проекта Белорусского республиканского фонда фундаментальных исследований М22–001.

Результаты. На протяжении неонатального периода проведен анализ степени адаптации гепатобилиарной системы. Отмечается развитие гипербилирубинемии в первые 48 часов среди 7/19 (36,8%) новорожденных первой исследуемой группы, что статистически значимо выше по сравнению с 0/44 (0,0%) (Fдв=0,29, p<0,001) новорожденными второй группы и 0/21 (0,0%) (Fдв=0,23; p=0,003) младенцами группы контроля. В момент развития гипербилирубинемии в первые двое суток жизни уровень общего билирубина в сыворотке у данной группы составлял 58,0 (23,0–267,0) мкмоль/л. Для купирования неонатальной желтухи использовался метод фототерапии, усиленный инфузией глюкозосодержащих растворов в комбинации с физиологическим раствором. Анемический синдром среди новорожденных от матерей с СД 1 типа и наличием гипербилирубинемии в первые двое суток отмечен у 1/19 (5,2%), уровень гемоглобина при этом составил 134 г/л, гематокрита 41,1%, который купировался самостоятельно. Гемотрансфузия среди наблюдаемых пациентов не производилась.

Для выявления незрелости ферментной системы ПЖ одним из экономичных и легкодоступных методов служит анализ копрограммы. Это позволяет судить о степени мальабсорбции жиров в исследуемых группах. Новорожденные от матерей с СД 1 типа и ГСД имеют более высокую степень мальабсорбции жиров, которая характеризовалась стеатореей.

Для первой исследуемой группы наличие большого количества жирных кислот зарегистрировано у 8/19 (42,1%), что статистически выше, чем у 1/21 (4,8%) (Fдв=0,20, p=0,007) здоровых новорожденных.

Для группы доношенных новорожденных от матерей с ГСД наличие значительного количество нейтрального жира у 12/44 (27,3%), что больше по сравнению с 0/21 (0,0%) ($F_{дв}=0,11$, $p=0,006$) у здоровых новорожденных.

Заключение. Анализ результатов исследования позволяет с достоверностью говорить о высокой степени напряженности гепатобилиарной и панкреатической системы у доношенных новорожденных от матерей с СД 1 типа и ГСД относительно контрольной группы. Для практической медицины полученные данные дают расширенное понимание процессов адаптации таких детей к внеутробной жизни и позволяют усовершенствовать подход к наблюдению и уходу за ними.

ОЦЕНКА ОКСИДАТИВНОГО СТРЕССА У ДЕТЕЙ С НИЗКИМ УРОВНЕМ НУТРИТИВНОГО СТАТУСА

*Ирина Вячеславовна Садовникова, Клавдия Николаевна Конторицкова,
Анастасия Сергеевна Кисурина*

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение «Приволжский исследовательский медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, 603000, г. Нижний Новгород, пл. Минина и Пожарского, д. 10/1

E-mail: Akisurina2801@gmail.com

Ключевые слова: перекисное окисление липидов, педиатрия, оксидативный стресс, нарушение нутритивного статуса у детей.

Введение: Оксидативный стресс является частью нормального обмена веществ, но дисбаланс между синтезом и ликвидацией свободных радикалов приводит к дисрегуляции метаболических процессов и развитию патологий органов и систем.

Наибольшее значение имеют активные формы кислорода (АФК), так как выполняют энергетическую, сигнальную, регуляторную и иммунную функции.

Цель исследования: оценка уровня оксидативного стресса у детей с низким нутритивным статусом.

Материалы и методы: Был проведен анализ слюны 16 детей ($n=16$) методом индуцированной биохемилюминисценции, находящихся в социально-реабилитационном центре для несовершеннолетних «Ласточка» Нижегородского района города Нижнего Новгорода. Критерии отбора обследуемых: возраст 3–17 лет, без подтвержденных острых и хронических заболеваний, у которых при рутинном обследовании была выявлена дизгармоничность развития, низкий нутритивный статус. Полученные результаты опытной группы сравнивались в пакете статистических программ IBM SPSS Statistics26.

Результаты: Были исследованы следующие показатели: светосумма (S), обратно пропорциональная антиоксидантной активности образца; индекс I_{max} , показывающий потенциальную способность биологического объекта к свободнорадикальному окислению; $tg(-2\alpha)$ — показатель активности антиоксидантной системы защиты, характеризующий скорость ее восстановления и Z — показатель уровня антиоксидантной защиты; уровень продуктов перекисного окисления липидов (ПОЛ) (ДК- диеновые конъюгаты, ТК- триеновые конъюгаты и ОШ-основания Шиффа), а также коэффициент липопероксидации (ОШ/(ДК+ТК)), отражающий интенсивность образования конечных продуктов ПОЛ. Показатели I_{max} , S, ТК, $tg(-2\alpha)$, Z не показали статистически значимых изменений. Отмечена тенденция к отклонению данных показателей в исследуемой группе по сравнению с контрольной.

При исследовании уровня диеновых конъюгатов (ДК) были обнаружены статистически-значимые различия ($p<0,042$). В опытной группе значение составило $M\ 0,176\ [0,115;0,237]$, тогда как в контрольной ($M\ 0,2126\ [0,189; 0,230]$), что говорит о сниженном содержании данного продукта в образцах. При исследовании оснований Шиффа- показателя уровня содержания конечных продуктов ПОЛ также были выявлены статистически значимые различия ($p<0,0443$). В опытной группе $M\ 41,774\ [23,619; 59,929]$, в контрольной группе $7,273\ [5,293; 10, 914]$, что говорит о высоком содержании продуктов ПОЛ в исследуемом биоматериале, которое превышает значения контрольной группы в 6 раз.

Коэффициент липопероксидации (ОШ/(ДК+ТК)) в опытной группе составил $M\ 104,324\ [60,217;148,432]$, тогда как в контрольной $M\ 21,05\ [18,07; 28,36]$, что говорит о патологически высокой активности ПОЛ в опытной группе.

Вывод: При исследовании слюны детей с низким нутритивным статусом уровень относительных единиц диеновых конъюгатов снижен, но при оценке оснований Шиффа и коэффициента липопероксидации, который наиболее точно отражает интенсивность образования конечных продуктов ПОЛ, выявлено значительное повышение показателей по сравнению с контрольной группой, что позволяет предположить наличие высокого уровня оксидативного стресса у обследуемых и свидетельствует о диагностической значимости используемого слюнного теста.

СВЯЗЬ ПОВЫШЕННОЙ КИСЛОТООБРАЗУЮЩЕЙ ФУНКЦИИ ЖЕЛУДКА С РАЗВИТИЕМ БУЛЛЕЗНОЙ ФОРМЫ КРАСНОГО ПЛОСКОГО ЛИШАЯ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ РТА

Элина Давидовна Сурдина, Алексей Викторович Силин, Мария Евгеньевна Болотова

Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова, 191015, Санкт-Петербург, ул. Кирочная, д. 41

E-mail: surelina@mail.ru

Ключевые слова: буллезная форма красного плоского лишая слизистой оболочки рта, повышенная кислотообразующая функция желудка, гистамин, псевдоаллергическая реакция.

Введение. Красный плоский лишай слизистой оболочки рта (КПЛ СОР) — хроническое воспалительное заболевание с неустановленной этиологией, характерным признаком которого являются белые или голубовато-перламутровые папулы на слизистой оболочке рта (СОР). Течение заболевания приобретает осложненную клиническую картину при появлении на СОР более густой сетки папул, бляшек, гиперемии, отека, эрозий, язв, пузырей и явлений атрофии. По данным М.Р. Roopashree с соавт. (2010) и др., в развитии КПЛ СОР участвуют иммунологические механизмы, характерные для аутоаллергической реакции гиперчувствительности замедленного типа (ГЗТ), но при осложненных формах заболевания — с присоединением реакции немедленного типа (ГНТ). Проявления реакции ГНТ и псевдоаллергических реакций на слизистой оболочке рта при КПЛ СОР связывают с повышением у больных уровня гистамина в крови, что зачастую зависит от тяжести фоновой патологии. Известно, что патогенетическое воздействие гистамина на фоне повышенной кислотообразующей функции желудка может влиять и на состояние СОР (Бухарцева Н. А., 2017). Так, буллезная форма КПЛ СОР сопровождается жалобами на жжение и появлением пузырей на фоне выраженных гиперемии и отека СОР.

Цель исследования: изучение влияния уровня гистамина крови на фоне повышенной кислотообразующей функции желудка на развитие буллезной формы КПЛ СОР.

Материалы и методы. Проведено клиническое обследование 420 больных КПЛ СОР от 25 до 72 лет, из них 346 женщин (82,4%) и 74 мужчин (17,6%). В 9,0% случаев (38 человек) диагностирована буллезная форма КПЛ СОР. В анамнезе этих больных установлены кислото-зависимые заболевания (гастрит, ГЭРБ и др.). У 38 больных буллезной формой КПЛ СОР на фоне кислото-зависимых заболеваний (1 группа) и 14 больных сетчатой формой КПЛ СОР с отсутствием гиперхлоргидрии (2 группа — группа сравнения) проведено исследование уровня гистамина в крови методом высокоэффективной жидкостной хроматографии и IgE крови иммунохемилюминесцентным методом.

Результаты исследования. Проведенное исследование методом высокоэффективной жидкостной хроматографии показало, что у всех больных с буллезной формой КПЛ СОР (38 человек) была выявлена повышенная кислотообразующая функция желудка, и уровень гистамина крови — выше референсных значений (< 1 нг/мл), соответствует, в среднем, $1,64 \pm 0,24$ нг/мл; во 2 группе больных с сетчатой формой (14 человек) и отсутствием кислото-зависимых заболеваний уровень гистамина определен в пределах референсных значений, в среднем, $0,78 \pm 0,16$ нг/мл ($p < 0,05$). Уровень IgE в плазме крови в обеих группах не превосходил референсные значения (< 158 МЕ/мл) и не имел достоверных отличий в исследуемых группах: при буллезной форме равнялся КПЛ СОР $124 \pm 6,74$ МЕ/мл, а при сетчатой — $112 \pm 3,25$ МЕ/мл.

Вывод: Повышение уровня гистамина крови у лиц с буллезной формой КПЛ СОР и отсутствие реакции со стороны IgE указывает на то, что в развитии буллезной формы КПЛ СОР у больных с повышенной кислотообразующей функцией желудка имеет место участие псевдоаллергического компонента

ЧАСТОТА НЕКОТОРЫХ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ГАСТРОИНТЕСТИНАЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ У ДЕТЕЙ В ПЕРВЫЕ МЕСЯЦЫ ЖИЗНИ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ВИДАХ ВСКАРМЛИВАНИЯ

*Наталья Валентиновна Томчик¹, Елизавета Генриховна Баранова²,
Наталья Валерьевна Сенкевич³, Евгений Евгеньевич Онегин³*

¹ Гродненский государственный медицинский университет, 230009, Республика Беларусь, г. Гродно, Горького, д. 80

² Волковысское открытое акционерное общество «Беллакт», 2319000, Республика Беларусь, г. Волковыск, ул. Октябрьская 133

³ Центральная детская городская клиническая поликлиника г. Гродно, 230029, Республика Беларусь, г. Гродно, ул. Доватора, 23

E-mail: nv.tomchyk@gmail.com

Ключевые слова: дети, вскармливание, младенческие колики, молочная смесь.

Введение. Согласно современным исследованиям, около половины детей первого года жизни имеют хотя бы один из таких симптомов, как срыгивания, младенческие колики, запоры, а нередко сочетание нескольких симптомов. В связи с чем повышен интерес врачей-педиатров, врачей общей практики к их этиологии, патогенезу и терапии, а также решению проблемы функциональных гастроинтестинальных расстройств у младенцев.

Цель работы: оценить частоту выявления функциональных гастроинтестинальных нарушений у детей в первые месяцы жизни при грудном вскармливании и вскармливании смесью Bellakt Immuno Aktive-1.

Материалы и методы. В открытом проспективном когортном исследовании приняло участие 46 диад «мать–ребенок». Все наблюдаемые дети были доношенными, родились от одноплодной беременности. Ввиду непереносимости молочной смеси 2 диады «мать–ребенок» были исключены из исследования на 17-й и 21-й дни приема. Таким образом, в исследование были включены только 44 женщины и 44 ребенка. Все дети были соматически здоровы. Основная группа состояла из 29 диад «мать–ребенок» (n=29); дети из этой группы в течение 3 месяцев наблюдения употребляли смесь Bellakt Immuno Aktive-1 в количестве, соответствующем возрасту. Медиана возраста детей основной группы составила 58 дней; интерквартильный размах — 44–68 дней жизни.

В группу сравнения вошли 16 диад (n=16); дети этой группы находились на исключительно грудном вскармливании. Медиана возраста детей основной группы составила 47 дней жизни; интерквартильный размах — 39–56 дней.

Критериями исключения из основной группы были: возраст старше 3 месяцев, плохая переносимость смеси Bellakt Immuno Aktive-1, аллергические реакции на молочную смесь, отказ родителей от исследования.

Критериями исключения из группы сравнения были: смешанное вскармливание, возраст старше 3 месяцев, отказ родителей от участия в исследовании.

Перед началом исследования выполнено анкетирование матерей, включавшее вопросы перинатального анамнеза, об источнике детского питания, обучения матерей ведению дневника питания и оценке адаптации к молочной смеси и ее переносимости.

Контроль за исследованием осуществлялся методом клинического осмотра, оценки физического развития с занесением информации в историю развития ребенка (форма 112/у) в дебюте исследования и спустя 3 месяца. Оценка физического развития проводилась традиционным способом с использованием программного обеспечения ВОЗ Antro. На момент исследования все дети были соматически здоровы.

Исследование выполнено при финансовой поддержке ОАО «Беллакт».

Статистическую обработку данных проводили с использованием пакета прикладных статистических программ STATISTICA 10.0. Для расчета доверительного интервала использовали онлайн-калькулятор.

Результаты. Симптомы функционального гастроинтестинального дискомфорта на момент взятия под наблюдение имели дети как основной, так и группы сравнения (27,59% (95%ДИ

12,73–47,24) и 37,5% (95%ДИ 15,2–64,57) соответственно). У половины детей основной группы проявления были в виде моносимптомов (срыгивания, младенческие колики, метеоризм), у остальных — различные сочетания. В группе сравнения функциональные нарушения чаще носили характер моносимптомов, у четверти наблюдаемых имело место сочетание различных функциональных расстройств.

Установлено, что физическое развитие детей как основной, так и группы сравнения в момент начала исследования находилось в пределах $Z\text{-score} \pm 0,67$, что соответствовало средневозрастным показателям. За время наблюдения в основной группе медиана (Me) среднемесячной прибавки составила (Q25–Q75) 760 г, интерквартильный размах 680–840 г. В группе сравнения соответственно Me — 810 г; Q25–Q75 — 660–1050 г. Отсутствие существенных отличий среднемесячной прибавки массы тела от физиологических возрастных показателей в основной и группе сравнения свидетельствует о хорошей переносимости молочной смеси.

Дети из основной группы полностью съедали рассчитанный объем молочной смеси, спокойно выдерживали промежутки между кормлениями; дети из группы сравнения получали грудное молоко по требованию. Выявлено, что период адаптации к изучаемой молочной смеси у 75,86% (95% ДИ 56,46–89,70) проходил хорошо, мамы отмечали хорошую переносимость продукта. У 20,69% (95% ДИ 7,99–39,72) детей были срыгивания, однако по мере увеличения объема вводимого питания сокращалось как их число в сутки, так и уменьшение количества нествороженного и створоженного содержимого при регургитациях. К концу 2-го месяца наблюдения число таких детей уменьшилось до 10,34% (95% ДИ 2,19–27,35). На момент завершения наблюдения только у 3,44% (95%ДИ 0,09–17,76) детей были необильные срыгивания. Стоит подчеркнуть, что мамы не отмечали изменений в поведении, настроении, качестве сна ребенка. В группе сравнения в начале исследования 18,75% (95% ДИ 4,05–45,65) матерей отмечали срыгивания у своих детей. К концу наблюдения в этой группе не было детей с симптомом срыгивания. В исследуемых группах не получено статистически значимых различий.

Установлено, что в периоде адаптации к молочной смеси младенческие колики беспокоили 27,59% (95%ДИ 12,73–47,24) детей основной группы, в то время как в группе сравнения 37,5% (95%ДИ 15,2–64,57) ($p > 0,05$). Спустя месяц наблюдения в 2 раза уменьшилась частота и продолжительность младенческих колик в основной группе детей, а к концу 3 месяца наблюдения только 6,89% (95%ДИ 0,85–22,77) беспокоили колики. Установлено, что к окончанию наблюдения доля детей с младенческими коликами в группе сравнения была равновелика с основной группой (6,25% (95% ДИ 0,16–30,23), $p=0,002$).

В основной группе в начале исследования у 10,34% (95%ДИ 2,19–27,35) детей были симптомы метеоризма, спустя 3 месяца употребления молочной смеси у этих младенцев симптом исчез. Среди детей группы сравнения у 6,25% (95% ДИ 0,16–30,23) наблюдаемых имелись признаки метеоризма как в начале, так и в конце наблюдения.

Заключение. При вскармливании детей смесью Bellakt Immuno Aktive-1 частота срыгиваний за сутки у детей первых месяцев жизни статистически значимо не различается с группой сравнения, в то время как периодичность и продолжительность младенческих колик уменьшается в 2 раза. Как при искусственном, так и при грудном вскармливании достигнуты адекватные возрасту параметры физического развития. Молочная смесь Bellakt Immuno Aktive-1 является хорошо сбалансированным продуктом питания для детей в возрасте от 0 до 6 месяцев жизни, безопасна и эффективна, в связи с чем может быть рекомендована для детей первых месяцев жизни, находящихся на искусственном вскармливании.

СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ПАТОМОРФОЛОГИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ БОЛЕЗНИ ГИРШПРУНГА У ДЕТЕЙ

Дарья Викторовна Тонконог

Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет. 194100, Санкт-Петербург, ул. Литовская, д. 2

E-mail: boatpaddle@mail.ru

Ключевые слова: болезнь Гиршпрунга, дети, иммуногистохимия, аганглиоз.

Введение. Болезнь Гиршпрунга (БГ) — врожденная патология кишечника, характеризующееся отсутствием либо снижением количества ганглиев в дистальных отдела кишечника. Врожденное заболевание симпатической иннервации преимущественно толстой кишки приводит к расстройству перистальтики пораженной части, клинически проявляясь функциональной кишечной непроходимостью. БГ обнаруживают в 1 случае на 5000 новорожденных в первые 48 часов после рождения в виде задержки отхождения мекония и отсутствия самостоятельного стула во время взросления. Соотношение выявления БГ у мальчиков и девочек составляет 4:1. Ганглионарные клетки продуцируют кальретинин в подслизистом и межмышечном сплетении толстой кишки, в отличие от аганглионарного сегмента при БГ. Публикации последних десяти лет все чаще указывают на то, что необходимо совершенствование существующих методик прижизненной патологоанатомической диагностики при БГ.

Цели исследования: Определить значимость морфологического и ИГХ методов исследования в диагностике БГ.

Материалы и методы: С апреля 2022 по апрель 2023 гг. в клинике СПбГПМУ на лечение в ОПНиДВГ и 3 хирургическое отделение поступило 70 детей в возрасте от 1 суток жизни до 17 лет с клиническими симптомами низкой кишечной непроходимости и запорами. Была заподозрена ректальная форма БГ, для подтверждения которой у данной группы были взяты участки стенки прямой кишки (ПК) на уровне 2–3 см выше зубчатой линии по Свенсону. Серийные гистологические срезы окрашивались пикрофуксином по Ван Гизону, толуидиновым синим по методу Ниссля. Для визуализации периферических нервных стволиков и зрелых ганглионарных клеток в подслизистом и межмышечных нервных сплетениях использовались антитела к кальретинину при ИГХ. Проводился анализ медицинской документации патологоанатомического отделения клиники СПбГПМУ, просмотр гистологических препаратов операционных биопсий в изученной группе и анализ научных публикаций по подобным клиническим кейсам.

Результаты: Выборка случаев была условно разделена на три группы: в первую группу вошли случаи, где отмечалась клиническая картина БГ и морфологически определялись ганглии. В серийных срезах были обнаружены ганглии, содержащие от 3 до 5 ганглионарных клеток с шванновскими клетками. ИГХ исследование с антителами к кальретинину показало положительную экспрессию в нейронах.

Вторая группа представлена случаями, в которых клиническая картина БГ соответствовала гистологическому проявлению аганглиоза. Толщина продольного и циркулярного слоев была незначительно компенсаторно гипертрофирована. При ИГХ исследовании в подслизистом и межмышечном слое экспрессии кальретинина не выявлено.

Третья группа — дети, у которых не наблюдались ярко выраженные жалобы на симптомы БГ, однако ганглии в результате гистологической диагностики обнаружены не были. У выбранной группы детей в биоптатах ПК гистологически в подслизистом и межмышечном слое выявлялись мелкие нервные стволики с отсутствием ганглиев и до 7–10 диффузно расположенных ганглионарных клеток. Окрашивание толуидиновым синим по методу Ниссля выявило гомогенизацию хроматофильного вещества в нервных клетках. Гипертрофии периферических нервных стволиков не было выявлено.

Заключение. Гистологическое и ИГХ исследования биопсийного материала с антителами к кальретинину являются высокоинформативными и современными методами диагностики ректальной формы БГ, однако требуются новые ИГХ маркеры для определения причин клинических проявлений БГ у детей с различными гистологическими паттернами.

КЛИНИКО-НЕВРОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ СКОЛИОЗА У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

Ф.Р. Умарходжаев, М.К. Комилов, Ф.Ш. Усмоналиев

Ташкентский педиатрический медицинский институт.

E-mail: mail@tashpmi.uz, mirsiddiq8718@gmail.com

Ключевые слова: сколиоз, неврология, дети, подростки.

Актуальность. Сколиотическая болезнь по распространённости, тяжести течения, сложности и толерантности к проводимому лечению является трудной, далекой от разрешения проблемой. Неврологические расстройства — одно из сложных, а иногда и наиболее тяжелых проявлений этого заболевания. Изучение неврологических расстройств сколиотической болезни — актуальная проблема современной ортопедии и неврологии. Клиницисты должны уделять большое внимание диагностике неврологических расстройств при сколиозе, дифференцированному анализу их в зависимости от степени деформации позвоночника, так как от их выраженности зависит тактика ведения больного.

Цель. Изучить динамику неврологических расстройств у больных со сколиотической болезнью IV степени.

Материалы и методы исследования. В клинике ТашПМИ с 2013 по 2023 год наблюдались 74 пациента в возрасте от 12 до 17 лет по поводу сколиоза IV степени (58 лиц женского пола, лиц мужского пола). Грудной сколиоз диагностирован у 23 пациентов, грудопоясничный у 35, поясничный у 10, субтотальный у 4, тотальный у 2. У 55 пациентов было правостороннее искривление, у 6 — комбинированное S-образное и у 13 — левостороннее. Диспластический сколиоз отмечен у 19 пациентов, врожденный у 12, идиопатический у 35, на почве системных наследственных заболеваний — у 8 (нейрофиброматоз- у 5, синдром Элерса-Данло — у 3). Величина сколиотического компонента распределилась в пределах от 41 до 173 градусов, кифотического от 52 до 178 градусов. При неврологическом обследовании всех больных патологические изменения наблюдались у 35 больных с III–IV степенью деформации. Выявленные неврологические симптомы мы разделили на основные группы: 1 группа — рефлекторный синдром (23); 2 группа — рефлекторно-корешковый синдром (9); 3 группа — рефлекторно-корешково-спинальный синдром (3). В зависимости от выявленных неврологических синдромов консервативная терапия включала назначение медикаментозной терапии (обезболивающих, дегидратационных, рассасывающих и стимулирующих препаратов) Проведено комплексное обследование пациентов: неврологическое, ортопедическое, спондилографическое и ЯМРТ. При рентгенографии выявлен весь спектр известных аномалий развития позвонков: клиновидные позвонки и полупозвонки- у 34 пациентов, множественные аномалии — 4, нарушение сегментации у 19, асома у 2. На основании выявленных неврологических симптомов пациенты были разделены на 3 основные группы: 1-ю составили 23 пациента с рефлекторным синдромом; 2-ю — 9 с рефлекторно корешковым синдромом; 3-ю 3 с рефлекторно-корешково-спинальным синдромом.

Больные первой группы жаловались на боли в пояснице с иррадиацией в ноги при длительной ходьбе и физической нагрузке. В неврологическом статусе отмечались расстройства чувствительности, положительные симптомы натяжения, незначительные вегетативные нарушения в виде потливости дистальных отделов верхних конечностей. У 15 пациентов эти неврологические симптомы выявлялись только при детальном обследовании, по локализации они соответствовали уровню деформации позвоночника, при наблюдении в динамике эти неврологические нарушения были стабильны.

Пациенты второй группы предъявляли жалобы на боли при незначительных физических нагрузках и ходьбе, отсутствие или снижение сухожильных рефлексов, положительные симптомы натяжения: Лассега, Бехтерева, Вассермана, Мацкевича, легкое снижение или повышение поверхностной чувствительности по сегментарному типу, на вегетативные нарушения в виде похолодания и потливости нижних конечностей.

У 3 пациентов третьей группы отмечались положительные симптомы натяжения, у 1 была скованность движения в позвоночнике и слабость в нога, у всех пациентов были резко выражены расстройства чувствительности по сегментарному проводниковому типу. Нарушение функции

тазовых органов у 1 пациента. Наряду с неврологическими расстройствами отмечены значительные нарушения со стороны сердца и легких вследствие глубокой деформации грудной клетки.

Заключение. Результаты клинико-неврологического обследования пациентов с осевыми деформациями позвоночника еще раз свидетельствуют о необходимости более детального обследования каждого пациента для дальнейшего определения тактики и метода оперативного лечения.

ЖЕЛЧНОКАМЕННАЯ БОЛЕЗНЬ У ЛИЦ РАЗНОГО ВОЗРАСТА. МУЛЬТИДИСЦИПЛИНАРНЫЙ ПОДХОД В ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ

*Анатолий Викторович Фомин¹, Андрей Александрович Кирпиченко¹,
Фёдор Анатольевич Фомин¹, Сергей Григорьевич Подолинский²,
Виктор Иванович Балейко²*

¹Витебский государственный ордена Дружбы народов медицинский университет, проспект Фрунзе 27, Витебск 210009 Витебск, Беларусь

²Витебская городская клиническая больница скорой медицинской помощи, проспект Фрунзе 71, Витебск 210009 Витебск, Беларусь

E-mail: afomin_mail@mail.ru

Ключевые слова: желчнокаменная болезнь, хронические заболевания, депрессия, тревожность, психотерапия, быстрое восстановление.

Введение. Желчнокаменная болезнь остаётся одним из наиболее частых заболеваний органов брюшной полости. Риск болезни и осложнений формируется комбинацией факторов. Заболевание прогрессирует постепенно на фоне изменения многих причин, включая и микробиоту. Комплексный подход для достижения хороших результатов лечения остаётся важной задачей и предполагает рассматривать желчнокаменную болезнь у лиц разного возраста во взаимосвязи с другими патологическими процессами организма.

Цель исследования. Улучшить результаты лечения пациентов с желчнокаменной болезнью в разных возрастных группах на основании мультидисциплинарного подхода.

Материалы и методы. Выполнен ретроспективный анализ работы клиники скорой медицинской помощи с 2007 по 2019 год. У лиц разных возрастных групп от 18 до 90 лет анализировали состояние сердечно-сосудистой системы, печени, поджелудочной железы, желудка, двенадцатиперстной и толстой кишки. Оценка психологического состояния проведена у 59 пациентов, включённых в исследование методом случайной выборки. Для исследования психического состояния использовали шкалу депрессии Гамильтона и шкалу тревоги Спилбергера-Ханина. Проводилась лично ориентированная, когнитивно-поведенческая и рациональная психотерапия с дополнительным применением техник тренинг контроля тревоги, нервно-мышечная релаксация по Джекобсону, сократический диалог, кризисный дебрифинг, проекция будущего, квадрат Декарта. Фармакологическая коррекция проводилась лекарственным средством тофизопам в дозе 50–100 мг/сутки.

Результаты. Основной операцией при осложнениях желчнокаменной болезни была лапароскопическая холецистэктомия. В группе лиц старше 60 лет увеличивается количество открытых холецистэктомий и реконструктивно восстановительных операций на желчевыводящих протоках. Сопутствующие заболевания выявлены до 45 лет в 52,9% случаев, а в возрасте от 75 лет и старше в 100%. В группе старше 75 лет не оперированы более 40% пациентов. У пациентов во всех возрастных группах печень была увеличена не менее чем в 40% случаев, а плотность её по данным УЗИ была повышена в 50% и более случаев. У лиц старше 45 лет повышение плотности поджелудочной железы отмечено в 52,9% случаев и с увеличением возраста число таких пациентов увеличивалось.

Увеличение числа лиц с артериальной гипертензией и изменениями в миокарде после 45 лет требовало индивидуализации проводимой терапии с учётом выявленных изменений.

У пациентов, оперированных по поводу желчнокаменной болезни, в 1–2 сутки после операции выявлен достоверно более высокий уровень депрессии, ситуационной и личностной тревожности по сравнению со здоровыми людьми ($p < 0,05$). У лиц старше 60 лет депрессия и уровень тревожности были более высокими, чем в других возрастных группах.

В группе пациентов старше 60 лет ($n = 9$), которым проводилось психо — и фармакокоррекция, депрессия была достоверно ниже, чем у лиц, которым коррекция не выполнялась 9,9 (4–14) ($p < 0,05$). Ситуационная тревожность 30,8 (24–46) на 1–2 сутки после операции была достоверно ниже ($p < 0,05$), чем в группе пациентов без дополнительной психологической и фармакологической поддержки. Личностная тревожность 47,7 (35–56) достоверно не отлича-

лась от показателей в группе без коррекции. У лиц до 44 лет и у лиц 45–59 лет уровень депрессии и личностной тревожности достоверно не отличались от показателей у лиц, не получавших коррекцию ($p > 0,1$). Показатели ситуационной тревожности и у лиц до 44 лет 29,0 (22–53) и у женщин от 45 до 59 лет 25,9 (22–31) были достоверно ниже, чем у пациентов, не получавших психотерапевтическую и фармакологическую коррекцию ($p < 0,05$). Показатели ситуационной тревожности, личностной тревожности и депрессии у пациентов с ЖКБ которым проводилась психо — и фармакокоррекция тревожно–депрессивных нарушений, через 6 месяцев после перенесенного лечения достоверно не отличались от показателей здоровых людей ($p > 0,1$).

Заключение. Для проведения более быстрого и полного восстановления после оперативных вмешательств целесообразно выполнять коррекцию нарушений со стороны поджелудочной железы, печени, желудка, двенадцатиперстной кишки и сердечно-сосудистой системы. Экономическая и социальная целесообразность обосновывает «fast track» — раннюю реабилитацию после операции по поводу осложнений ЖКБ и дальнейшее совершенствование методов реабилитации. Программа «быстрого восстановления», включающая психотерапевтическую и фармакологическую коррекцию способствовала снижению выраженности тревожно-депрессивных нарушений и ранней реабилитации после холецистэктомии.

У пациентов всех возрастных групп выявлены тревожно-депрессивные нарушения. В большей степени в коррекции нарушений нуждались лица старше 60 лет. Психотерапевтическая и фармакологическая коррекция тревожно-депрессивных нарушений способствовала ранней нормализации психического состояния и «быстрому восстановлению» после операции.

Лечить не болезнь, а больного, остаётся основой мультидисциплинарный подход в лечении пациентов желчнокаменной болезнью.

НАРУШЕНИЕ СИСТЕМЫ ГЕМОСТАЗА ПРИ ОСТРОМ ПАНКРЕАТИТЕ НА ФОНЕ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ

Шейх-Ахмед Саад Аль-Кубайси, Нина Алексеевна Мышкина, Михаил Юрьевич Хачатуров, Огуогерек Джораевна Худайбергенова, Владимир Геннадьевич Шиндаков

Национальный исследовательский Мордовский государственный университет им. Н.П. Огарева.
430005, г. Саранск, ул. Большевикская, 68.

E-mail: vap.61@yandex.ru

Ключевые слова: острый панкреатит, COVID, гемостаз.

Введение. Социально-экономическим и медико-биологическим вопросам острого панкреатита (ОП) в хирургической практике придается особое внимание, так как наблюдаются стойкий ежегодный рост заболеваемости с сохраняющейся высокой летальностью. Патогенетический процесс ОП является сложным и многокомпонентным, характеризующимся энзимной аутоагрессией, активацией системы комплемента, вазодилатацией, микроциркуляторными, гемостазиологическими и др. нарушениями. Доказано, что SARS-CoV2 способен проникать в тканевые структуры поджелудочной железы, вызывая прогрессирование воспаления, утяжеление течения заболевания и ряд осложнений.

Цель исследования: определить активность системы гемостаза при COVID у пациентов острым панкреатитом.

Материалы и методы. Работа выполнена на базе ГБУЗ РМ РКБ им. С.В. Каткова, в которой обследованы 38 пациентов острым панкреатитом (16 женщин, 22 мужчин) возрастом 20–65 лет. В зависимости от наличия коронавирусной инфекции пациенты разделены на 2 группы: первая (n=19) группа — больные с ОП, вторая (n=19) — с ОП+COVID. В исследование также включены условно-здоровые лица (третья группа, n=15).

Причина ОП: употребление алкоголя — 15 (39,6%), алиментарная — 13 (34,2%), ЖКБ — 8 (21,0%), другие — 2 (5,3%).

Критерия включения: возраст от 20 до 65 лет; легкие сопутствующие заболевания; продолжительность заболевания более двух суток.

Критерии исключения: возраст моложе 20 лет и старше 65 лет; продолжительность ОП менее двух суток; тяжелые сопутствующие патологии.

Помимо стандартных методов в исследовании изучено функциональное состояние системы гемостаза при помощи тромбоэластографа TEG® 5000 (США): параметры — R (время первой и второй фазы свертывания), K (срок образования сгустка), MA (величина эластичности сгустка), EPL (время лизиса сгустка).

Период исследования — 1, 4, 8-е сутки госпитализации в клинике.

Результаты исследования статистически обработаны при помощи Microsoft Word и Excel и «Statistica 13.3 Trial» и с использованием критерий Стьюдента и Манна-Уитни.

Результаты. Исследованием выявлено, что в начальные сроки острого панкреатита отмечаются значительные изменения в показателях системы свертывания крови, выраженность которых была связана с наличием коронавирусной инфекции.

Так, в первой группе выявлено сокращение величины первой и второй фаз свертывания (R) относительно нормы при госпитализации на 33,1% ($p < 0,05$) и на 4-е сутки — на 19,5% ($p < 0,05$). К 8-м суткам значение данного показателя приближалось к референсному уровню. Во второй группе время R превышало норму на всех этапах наблюдения: на 1-м этапе — на 28,7% ($p < 0,05$), на втором — на 26,2% ($p < 0,05$), третьем этапе — на 23,4% ($p < 0,05$).

Время образования сгустка (K) уменьшалось в первой группе на 1 и 4-е сутки на 24,3 и 16,6% ($p < 0,05$) соответственно. В то же время значение данного параметра было удлинено во второй группе на 20,5 и 18,4% ($p < 0,05$). К конечным суткам показатель K в первой группе приближался к референсному значению, а во второй — был повышен на 17,2% ($p < 0,05$).

Заслуживают внимания величина эластичности сгустка, которая была повышена как в первой, так и во второй группе: на 1-е сутки — на 20,1 и 28,7% ($p < 0,05$), 4-е — на 14,7 и 23,4%

($p < 0,05$) соответственно. На 8-е сутки уровень МА в первой группе вплотную приближался к норме, а во второй — превышал ее на 20,6% ($p < 0,05$).

Фибринолитическая активность крови была подавлена в обеих группах, что определялось в удлинении времени лизиса сгустка. В первой группе величина EPL превышало норму только на 1 и 4-е сутки на 18,6 и 13,8% ($p < 0,05$) соответственно. Во второй группе EPL был удлинён на протяжении всего периода на 17,9–15,7% ($p < 0,05$).

Сравнительный анализ показал, что активность коагуляции и фибринолиза у пациентов второй группы (с ОП и ковидом) была ниже первой на всех этапах наблюдения: R и K — были больше на 17,4–19,2 и 15,4–18,6% ($p < 0,05$) соответственно; МА и EPL — выше на 15,4–17,6 и 16,9–20,4% ($p < 0,05$) соответственно.

Заключение. Наличие коронавирусной инфекции у больных острым панкреатитом сопровождается существенными изменениями активности коагуляции и фибринолиза, что может послужить фактором прогрессирования течения заболевания и развития осложнений.

ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ В РАЗВИТИИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

Гүлнүр Ерланқызы Аманжолова

Некоммерческое акционерное общество «Медицинский университет Семей», Павлодарский филиал. 140002, Павлодар, ул.Торайгырова 72/1

E-mail: gulnur_amanjolova@mail.ru

Ключевые слова: язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, стресс, тревожность, психосоматика.

Введение. Одним из самых распространенных заболеваний желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) является язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки (ЯБДК). ЯБДК относится к классическим психосоматозам — многофакторным по своей природе органическим заболеваниям, в возникновении, течении и исходе которых, как предполагается важная роль принадлежит психосоциальным и личностным влияниям. Согласно данным Всемирной Организации Здравоохранения (ВОЗ), от 38% до 42% пациентов, обращающихся на прием к соматическим врачам, относятся к группе психосоматиков. В связи с этим, роль психосоматических аспектов в развитии ЯБДК продолжают оставаться одной из актуальнейших проблем современной гастроэнтерологии.

Цель исследования. Изучение влияний психологических факторов на развитие язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки.

Материалы и методы. Проведен обзор литературных данных. Материалами послужили статьи и публикации последних лет. Поиск литературы осуществлялся на таких сайтах как Pubmed, Scopus и Medscape.

Результаты. При исследованиях пациентов с использованием различных опросников, таких как опросники Айзенка, Спилберга–Ханина, Розенцвейга, методики Тейлора и другие, становится очевидным, что личностные особенности индивида играют неоспоримую роль в развитии ЯБДК. Большинство больных имеют схожесть таких характеристик, как склонность к конфликтам, тревожность, повышенная эмоциональная чувствительность и высокая возбудимость, а также низкая толерантность к неудачам и трудностям. Также было обнаружено, что у больных имеющих диагноз ЯБДК средних характеристик выявляется выраженный психовегетативный синдром. Данный синдром имеет ипохондрические и тревожно-депрессивные особенности личности со стойкими вегетативными нарушениями нервной системы. Следует подчеркнуть влияние стресса на формировании ЯБДК. Именно стрессовые ситуации могут быть основной или вторичной причиной развития язвенных поражений слизистой ЖКТ. Это означает, что в определенных ситуациях стрессовая реакция переходит из состояния общей адаптации организма к различным воздействиям окружающей среды в механизм, способствующий развитию патологии. Согласно анализу научных данных, где были описаны эксперименты, в которых под воздействием стрессоров, у животных образовывались язвы на слизистой оболочке. Такого рода исследования были впервые проведены ученым Г. Селье, который и ввел понятие “стрессовой язвы” для обозначения острых эрозий слизистой оболочки ЖКТ в 1936 году. В ходе изучения анамнеза у пациентов, страдающих от ЯБДК, выявлено, что до 60% из них пережили детские психотравмы. Факторами, провоцирующими такие психотравмы, стали социальная изоляция, конфликты в семьях, нарушение взаимоотношений между родителями и неправильное воспитание, включая ограничение активности детей и их социальных контактов. Интересно подметить, что ЯБДК чаще развивалось в детстве или в раннем юношеском возрасте при наличии неблагоприятных стрессовых факторов, сопровождаясь частыми обострениями и интенсивными болями, которые сложно контролировать. Стоит отметить, что, если негативные стрессовые факторы возникли в юношеском возрасте, болезнь имеет наиболее благоприятное течение и характер. Так, точка зрения большинства исследователей указывает на участие следующих компонентов в механизмах развития ЯБДК. Во-первых: структуры мозга, такие как неокортекс и гипоталамус, играют роль в процессах, связанных с памятью, речью, формированием эмоций и управлением вегетативно-эндокринной системой, а также лимби-

ческая система, которая координирует деятельность неокортекса и гипоталамуса. Во-вторых, эндокринные системы, такие как гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковая (корковый слой), участвующая в реализации стресса, а также гипоталамо-симпатikusнадпочечниковая (мозговая часть), которая регулирует организм при защитных реакциях. В-третьих, психологический компонент, к которому относятся личностные особенности пациента. И в-четвертых, социальный компонент, который отражает воздействие окружающей среды, урбанизации и других социальных и микросоциальных факторов на пациента. Исходя из этого, в развитии психосоматических расстройств при ЯБДК можно определить три группы факторов: психологические, соматические и социальные.

Заключение. Таким образом, роль в развитии ЯБДК играют личностные особенности, среди которых тревожность и высокая эмоциональность. Стресс также важен в этом процессе, он переводит стрессовую реакцию в патологический механизм. Взаимодействие мозговых структур, эндокринных систем, психологических и социальных компонентов образует сложный комплекс в развитии ЯБДК и требует разностороннего подхода к диагностике и лечению этого заболевания.

ПОКАЗАТЕЛИ СИСТЕМНОГО ИММУНИТЕТА У БОЛЬНЫХ С ГАСТРОПАТИЯМИ ХЕЛИКОБАКТЕРИОЗНОЙ ЭТИОЛОГИИ

Саодат Музаффаровна Атабаева

Центр развития профессиональной квалификации медицинских работников, 100007, Ташкент, ул. Паркентская 51

E-mail: doctorcaodat@mail.ru

Ключевые слова: хеликобактер, НПВП-гастропатии, иммунитет, слизистая оболочка желудка, эрозивно-язвенные повреждения.

Введение. Хеликобактериозная инфекция-наиболее распространенная бактериальная патология человека. Остается дискуссионным вопрос о значении Нр-инфекции в качестве фактора риска развития патологических изменений со стороны желудочно-кишечного тракта. Одним из клинических проявлений Нр-инфекции являются гастропатии, характеризующиеся повреждением слизистой оболочки желудочно-кишечного тракта с образованием геморрагий, эрозий, язв. В патогенезе этих нарушений несомненно участие факторов клеточного и гуморального иммунитета вообще и системного, в частности.

Цель исследования. Изучение показателей системного иммунитета у больных с гастропатиями хеликобактериозной этиологии.

Материал и методы. Под наблюдением находились 200 больных с гастропатиями различной этиологии в возрасте от 18 до 60 лет. Основную группу составляли 81 (40,5%) больных, у которых диагноз хеликобактериоза подтвержден бактериологически выделением возбудителя из биоптатов слизистой оболочки желудка и серологическим методом ИФА. Остальные 119 (59,5%) составляли контрольную группу. Концентрацию С-3 фрагмента комплемента в крови определяли в соответствии с рекомендациями Меньшикова В.В.(1987). Уровень в крови циркулирующих комплексов (ЦИК) определяли методом преципитации с 3,5% раствором полиэтиленгликоля. Изучение метаболической активности нейтрофилов в НСТ-тесте проводили по методу Шубича М.Г и Медникова В.Г.(1978). Полученные цифровые данные обработаны методом вариационной статистики.

Результаты. Как показали результаты проведенных исследований, и в основной и в контрольной группе больных показатели местного иммунитета, за исключением уровня ЦИК в крови, оказались достоверно низкими в сопоставлении с нормой. В отношении показателя ЦИК выявлены следующие цифровые данные: в основной группе — $108,0 \pm 3,6\%$, в контрольной — $98,3 \pm 2,2\%$ (при норме $90,0 \pm 1,85\%$). Наиболее выражено угнетение функциональной активности нейтрофилов, оцениваемое по значениям НСТ-теста. Установлены следующие величины упомянутого параметра: в основной группе — $90,2 \pm 4,5$ ед., в контрольной — $96,67 \pm 5,7$ ед. (при норме $100,0 \pm 4,4$ ед.).

Заключение. Полученные результаты проведенных исследований свидетельствуют о значительном напряжении системного иммунитета у больных гастропатиями хеликобактериозной этиологии. Если подавление функциональной активности нейтрофилов по НСТ-тесту показывает о развитии иммунодефицита по клеточному типу, то повышение уровня в крови ЦИК является проявлением выраженности гиперчувствительности 3 типа по Гелл и Кумбсу. Последнее явление будет способствовать усиленному образованию иммунных комплексов по типу преципитатов, что может быть одним из пусковых механизмов развития поражения различных органов и систем при хеликобактериозе, в том числе почек, печени, сердечно-сосудистой системы и другой полиорганной патологии.

ПРИМЕНЕНИЕ УЛЬТРАЗВУКОВЫХ ТЕХНОЛОГИЙ ПРИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ

Инна Валентиновна Балакина

Пензенский институт усовершенствования врачей — филиал федерального государственного бюджетного образовательного учреждения дополнительного профессионального образования «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Пенза, ул. Стасова, 8А

E-mail: balakina_69@bk.ru.

Ключевые слова: методики УЗИ, ультразвуковые технологии, язвенная болезнь, малигнизация язвы.

Введение. Актуальность проблемы язвенной болезни определяется как ее высокой распространенностью, так и весьма серьезными экономическими затратами при лечении данной патологии. По многочисленным эпидемиологическим исследованиям, язвенная болезнь встречается довольно часто у взрослого населения. Одним из самых широкодоступных неинвазивных методов является ультразвуковое исследование. Ультрасонография, применяемая при исследовании язвенной болезни, позволяет визуализировать анатомические варианты строения желудка и двенадцатиперстной кишки, состояние клапанного аппарата, распространение гастро-эзофагеальных и дуодено-гастральных рефлюксов, а также патологических процессов проходящих в просвете полых органов. В течение многих лет стали интенсивно развиваться различные методы ультразвукового исследования. Допплерография является хорошим подспорьем для диагностики данной патологии. Благодаря ей мы можем оценить качественные и количественные характеристики кровотока в органах.

Цель исследования. Улучшение диагностики язвенной болезни желудка путем применения разных ультразвуковых технологий в режимах двухмерной серой шкалы, цветового и энергетического картирования.

Материал и методы. Под наблюдением находились 155 больных язвенной болезнью желудка в возрасте от 19 до 70 лет. У 96 больных разные методики УЗИ проведены в острую фазу, у 11 — в фазе рубцевания. У 1 больной — перфорация язвы, у 1 пациента — подозрение на малигнизацию язвы. Верификация результатов осуществлялась путем ФГДС с биопсией.

Результаты. Основными эхографическими признаками доброкачественной язвы желудка среди 155 больных явились: локализация язвы в зоне 1-го или 2-го слоев (93,6%), которая имела правильную форму (93,2%), симметричный инфильтративный вал (96,8%) с четким периферическим краем (81,9%). Средняя глубина язвенной ниши была менее 5 мм. В 54,3% наблюдений ширина ее колебалась в пределах 17 ± 5 мм. Изучение гемодинамики у 58 больных в период репарации язвы показало, что в режиме энергетического доплеровского картирования визуализируются интенсивные цветовые локусы в зоне инфильтрата, при малигнизации язвы — усиление кругового кровотока в пределах язвенного дефекта. В острую фазу наблюдается усиленный приток крови по чревному стволу, селезеночной, верхнебрыжеечной и гастродуоденальной артериям.

Заключение. Применение различных ультразвуковых технологий способствует значительному улучшению диагностики язвенной болезни желудка и прицельного мониторинга состояния патологического процесса при проведении лечения.

АКТУАЛЬНОСТЬ СИНДРОМА РАЗДРАЖЕННОГО КИШЕЧНИКА У ДЕТЕЙ В ДЕТСКОЙ ХИРУРГИИ

*Натуся Каплановна Барова^{1,2}, Андрей Евгеньевич Стрюковский^{1,2},
Аркадий Дмитриевич Федоренко², Виктория Николаевна Мащенко²,
Виктория Николаевна Науменко², Богдан Дмитриевич Волошин²*

¹Детская краевая клиническая больница. 305013, Краснодар, ул. Победы, д. 1

²Кубанский государственный медицинский университет. 350063, Краснодар, ул. им. Митрофана Седина, д. 4

E-mail: alina.mashchenko@mail.ru

Ключевые слова: синдром раздраженного кишечника, дети, хирургия.

Введение. На современном этапе термин “Синдром раздраженного кишечника” (СРК) используют для обозначения общих симптомов, которые связаны с функциональным расстройством желудочно-кишечного тракта. СРК встречается у 7–21% населения, при этом наиболее часто диагностируется у детей младшего возраста и у подростков. Конечно за первичной консультацией (25 до 50%) идут к гастроэнтерологам, но детских хирургов не обходят стороной. При этом наиболее частой причиной обращаемости к детским хирургам является болевой синдром и хронический запор. Дети с хроническим идиопатическим запором (ХИК) часто попадают к хирургу, когда медикаментозное лечение не помогает.

Цель исследования. Изучение вопроса синдрома раздраженного кишечника в практике детского хирурга.

Материалы и методы. Исследование провели на базе детского диагностического центра г. Краснодара. Выборка наблюдения была сформирована по мере обращения за помощью в период с 2021 по 2023 гг. Исследовано 36 пациентов, которые сформировали возрастные группы: 12 пациентов (3–6 лет), 9 пациентов (6–10 лет), 2 пациента (10–14), 13 пациентов (14–17 лет). Сбор жалоб мы проводили с акцентов на последние 6 месяцев. Выраженность дискомфорта в области живота, частота болевого синдрома, нарушение стула (диарея или запор), изменение характера болевого синдрома после дефекации. Всем детям проведен комплекс лабораторных исследований, куда входило определение содержания «фекального» кальпротектина, инструментальные исследования с обязательным проведением эндоскопического исследования.

Результаты. Анализ болевого синдрома показал, что СРК протекающий с болями и метеоризмом (34; 94,4%), преобладают схваткообразные боли (32; 88,9%), тупые боли в животе (23; 63,9%), давящие боли (10; 27,8%), распирающая боль без четкой локализации (12; 33,3%), ходу кишечника (21; 58,3%), вздутие живота (36; 100%). Боль возникающая после еды (27; 75%), боль перед дефекацией (33; 91,7%), уменьшение боли после отхождения газов и стула (35; 97,2%). Задержка стула наблюдалась у 23(63,9%) пациентов, длительное натуживание у 24(66,7%) пациентов чувством неполного опорожнения кишечника (27; 75,0%). «Запорный» понос наблюдался в 16 (44,4%) случаях. После проведенных лабораторных и инструментальных исследований мы исключали хирургическую патологию (болезнь Крона, НЯК, болезнь Гиршпрунга). Уровень содержания «фекального» кальпротектина в среднем 180 ± 7 мкг/гр. При исследовании биоптатов во всех 36 случаях были выявлены воспалительные изменения в стенке кишечника. Хронический катаральный колит выставлен в 12 (33,3%) случаях, катарально-фолликулярный в 21 (58,3%) случаях, катарально-геморрагический в 3 (8,3%) случая.

Заключение. Синдром раздраженного кишечника является мультидисциплинарной проблемой, поскольку диагностика и своевременное назначение лечения у детей с СРК можно при совместном ведении ребенка педиатром, гастроэнтерологом и детским хирургом.

ЭФФЕКТ РЕБАМИПИДА И ДИЕТЫ LOW-FODMAP НА АКТИВНОСТЬ КАРБОГИДРАЗ ТОНКОЙ КИШКИ И УРОВЕНЬ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ У ПАЦИЕНТОВ С ЭНТЕРОПАТИЕЙ С НАРУШЕНИЕМ МЕМБРАННОГО ПИЩЕВАРЕНИЯ

Елена Васильевна Бауло^{1,2}, Николай Игоревич Белостоцкий¹,
Асфольд Иванович Парфенов¹

¹Московский клинический научный центр имени А.С. Логинова, 111123, г. Москва, улица Новогиреевская д. 1, корпус 1

²Группа компаний «МЕДСИ», 123056, г. Москва, Грузинский пер., д. 3а

E-mail: baulo95@mail.ru

Ключевые слова: дисахаридазная недостаточность, уровень качества жизни, тонкая кишка, энтеропатия с нарушением мембранного пищеварения, ребамипид, диета low-FODMAP.

Введение. Энтеропатия с нарушением мембранного пищеварения (ЭНМП) — заболевание, ассоциированное с дисахаридазной недостаточностью, на фоне которого часто отмечается снижение уровня качества жизни.

Цель. Показать изменение активности ферментов СО ТК у больных ЭНМП под воздействием цитопротектора (ребамипид) и диеты low-FODMAP. Оценить уровень качества жизни пациентов с ЭНМП при различных схемах лечения.

Материалы и методы. Обследовано 84 пациента с клиническими симптомами ЭНМП. У каждого пациента была взята биопсия из залуковичного отдела ДПК. Изучались ферменты СО ТК: глюкоамилаза, мальтаза, сахараза, лактаза. Активность ферментов определяли по методу Далквиста в модификации Н.И. Белостоцкого. Каждый пациент заполнял анкету SF 36 после прохождения этапа терапии. Изучались показатели физического и социального функционирования (ФФ и СФ), жизненная активность (ЖА), эмоциональное благополучие (ЭБ), уровень боли (УБ).

Результаты. При изучении активности ферментов СО ТК у пациентов до начала лечения были выявлено, что среднее значение глюкоамилазы составила 104 нг глюкозы/мг ткани, мальтазы — 564, сахаразы — 49.6, лактазы — 13.2. Через 4 нед терапии ребамипидом выявлено увеличение глюкоамилазы от исходных значений (до лечения) в 1.8 раз ($p < 0.005$), мальтазы в 1.4 раза ($p < 0.005$), сахаразы в 1.3 раза ($p < 0.005$), лактазы в 1.5 раза ($p = 0.13$). Через 8 недель обнаружено дальнейшее увеличение их активности: глюкоамилаза увеличилась в 2.2 раза ($p < 0.005$), мальтаза в 1.8 раз ($p < 0.005$), сахараза в 1.7 раз ($p = 0.021$). Исключение составила лактаза, активность которой увеличилась в 1.3 раза ($p = 0.449$), по сравнению с исходными данными, в отличие от 4 нед курса терапии. Через 12 недель терапии ребамипидом глюкоамилаза увеличилась в 3.2 раза ($p < 0.005$), мальтаза в 3 раза ($p < 0.005$), сахараза в 2.9 раз ($p < 0.005$), а лактаза в 1.9 раз ($p = 0.097$). При изучении активности ферментов под влиянием диеты low-FODMAP отмечено увеличение активности глюкоамилазы в 2.1 раз ($p < 0.005$), мальтазы в 1.7 раза ($p < 0.005$), сахаразы в 2.06 раз ($p < 0.005$), лактазы в 2.22 раза ($p < 0.005$). При изучении данных анкетирования до начала лечения было выявлено снижение ЖА и ЭБ (средние значения составили 44,7 и 50,5 соответственно), УБ был выраженным (46,58), при этом уровень ФФ и СФ был удовлетворительным (78,8 и 62 соответственно). Через 4 нед терапии ребамипидом улучшение всех изученных показателей. Так уровень ФФ и СФ увеличился до 86 и 78,8 соответственно ($p < 0.005$), уменьшился УБ до 64,9 ($p < 0.005$), появилась тенденция к увеличению ЖА и ЭБ (56,3 и 59,73 соответственно, ($p < 0.005$)). Через 8 недель тенденция к улучшению показателей сохранялась. Уровень ФФ и СФ достигал почти максимальных значений (98,3 и 92,9 соответственно ($p < 0.005$)), УБ продолжал уменьшаться (82,2 ($p < 0.005$)), продолжали расти показатели ЖА и ЭБ (69,1 и 65,3 соответственно ($p < 0.005$)). Через 12 недель терапии ребамипидом были зафиксированы максимальные показатели. Так полностью восстановилось ФФ и СФ (100 и 99,16 соответственно ($p < 0.005$)), почти никто из пациентов не фиксировал болевых ощущений — УБ достиг 100 ($p < 0.005$). Также были зафиксированы хорошие показатели

по ЖА и ЭБ (79,83 и 75,3 соответственно ($p < 0.005$)). Под влиянием диеты low-FODMAP уровень качества жизни соответствовал 8-недельному курсу ребамипида (ФФ — 97, СФ -86,23, УБ — 80,6, ЖА — 66,83, ЭБ — 69,2 ($p < 0.005$)).

Заключение. Ребамипид в дозе 300 мг/сут., последовательно повышает активность карбогидраз СО ТК через 4, 8 и 12 недель терапии. При соблюдении диеты low-FODMAP в течение 8-ми недель также отмечается повышение активности ферментов. Наиболее выраженное улучшение уровня качества жизни регистрируется на фоне 12 нед терапии ребамипидом.

ЛИЧНОСТНОЕ РЕАГИРОВАНИЕ ПОЖИЛЫХ ПАЦИЕНТОВ НА СЪЕМНЫЕ ЗУБНЫЕ ПРОТЕЗЫ

*Нурмагомед Низамиевич Беделов¹, Камиль Аличубанович Керимханов¹,
Андрей Константинович Иорданишвили²*

¹ООО «МедИс». 190005, Санкт-Петербург, пер. Угловой, д. 11

²Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова. 194044, Санкт-Петербург, ул. Акад. Лебедева, д. 6

E-mail: professoraki@mail.ru

Ключевые слова: геронтостоматология, люди пожилого возраста, съемные зубные протезы, личностное реагирование, тип отношения к болезни, потеря зубов.

Введение. Особенности личности человека играют важную роль в обеспечении эффективного лечения и в профилактике рецидивов не только при психосоматических заболеваниях, но и при стоматологической патологии. В тоже время изучение отношения к болезни стоматологических пациентов в процессе адаптационного периода с использованием общепринятых клинических методов исследования сравнительно редко освещается в доступной отечественной и зарубежной литературе.

Цель исследования. Изучить личностное реагирование пожилых пациентов с полной потерей зубов при их стоматологической реабилитации с помощью полных съемных акриловых зубных протезов.

Материал и методы. В ходе работы обследовано 48 (15 мужчины и 33 женщины) пациентов пожилого возраста (61 — 74 лет), которые имели полную потерю зубов и были разделены на 2 группы исследования: 1 — группа сравнения; 2 — основная группа. Пациенты 1 (23 чел., 8 мужчин и 15 женщин) и 2 (25 чел., 7 мужчин и 18 женщин) групп исследования имели полную потерю зубов. Им были изготовлены для стоматологической реабилитации съемные акриловые протезы. Пациентам 2 группы с первого дня адаптационного периода было предложено использовать отечественный крем для фиксации протезов Асепта Parodontal с экстрактом лекарственных трав (АО «ВЕРТЕКС» г. Санкт-Петербург, Россия), в то время как у пациентов 1 группы исследования адаптационный период проходил без применения каких-либо адгезивных средств для фиксации протезов. В качестве контрольной группы было обследовано 17 (4 мужчины и 13 женщин) человек пожилого возраста (61–67 лет), которые не имели дефектов зубных рядов (потеря естественных зубов отсутствовала или дефекты были устранены с использованием мостовидных протезов, в том числе на искусственных опорах), деформаций и аномалий прикуса, а также декомпенсированной формы повышенной стираемости зубов.

Для определения типа отношения пациента к болезни была использована клиническая методика «Тип отношения к болезни» (ТОБОЛ), в которой реализовалась клинико-психологическая типология отношения пациента к болезни. Методика предусматривает возможность определения одного из двенадцати типов реагирования: сенситивный (С), тревожный (Т), ипохондрический (И), меланхолический (М), апатический (А), неврастенический (Н), эгоцентрический (Э), паранойяльный (П), анозогнозический (З), дисфорический (Д), эргопатический (Р) и гармоничный (Г), которые выделены в 3 блока: I) условно-адаптивный (Г, Э, З); II) интрапсихически-дезадаптивный (Т, И, Н, М, А); III) интерпсихически-дезадаптивный (С, Э, П, Д). Тип отношения к болезни у людей, завершивших стоматологическое ортопедическое лечение определяли трижды: до протезирования зубов, на 5–7 сутки и по завершению адаптационного периода, то есть на 30 сутки после завершения ортопедического лечения.

Достоверность различий средних величин независимых выборок подвергали оценке при помощи параметрического критерия Стьюдента при нормальном законе распределения и непараметрического критерия Манна-Уитни при отклонении от нормального распределения показателей. Во всех процедурах статистического анализа считали достигнутый уровень значимости (p), критический уровень значимости при этом был равным 0,05.

Результаты. Среди пациентов контрольной группы исследования, которые не имели дефектов зубных рядов или утраченные зубы были восстановлены с использованием мостовидных протезов, в том числе на дентальных имплантатах, в основном отмечались, согласно методика ТОБОЛ, типы отношения к болезни ($p \leq 0,05$), входящие в первый, условно-адаптивный, блок,

а именно гармоничный у 9 (52,94%) чел., эргопатический у 4 (23,53%) чел. и анозогнозический у 2 (11,76%) чел. У 2 (11,76%) чел. определялись типы отношения к болезни, входящие, соответственно, во второй интрапсихически-дезадаптивный, и третий интерпсихически-дезадаптивный блоки, а именно, 1 (5,88%) чел. определялся меланхолический и у 1 (5,88%) чел. эгоцентрический тип отношения к болезни. При меланхолическом типе отношения к болезни у пациента отмечалось преимущественно интрапсихическая направленность реагирования на болезнь. При эгоцентрическом типе отношения к болезни для пациента было характерно выставление напоказ своего видения результата стоматологического лечения по устранению утраты зубов, а также поиск «преференций» связанных с использованными видами фиксации протезов (на дентальных имплантатах).

Так, среди типов отношения к болезни у лиц, страдающих полной потерей зубов группы сравнения (1 группа) и основной (2 группа) существенных различий не выявлено. Из 1 и 2 группы, соответственно 16 (69,57%) и 19 (76,0%) чел. имели типы отношения к болезни, которые входили в первый условно-адаптивный блок, а именно, соответственно, гармоничный 7 и 9 чел., эргопатический — 5 и 6 чел. и анозогнозический — 4 и 4 чел.

У пациентов 1 группы (сравнения) до лечения у 4 (%) и 3 (%) чел. определялись типы отношения к болезни, входящие, соответственно, во второй, интрапсихически-дезадаптивный блок (неврастенический — 2 чел., меланхолический — 2 чел.) и третий интерпсихически-дезадаптивный блок (эгоцентрический — 1 чел., паранойяльный — 2 чел.).

У пациентов 2 основной группы до лечения у 4 (16,0%) чел. определялись только типы отношения к болезни, входящие во второй интрапсихически-дезадаптивный блок (ипохондрический — 2 чел., меланхолический — 2 чел., апатический — 2 чел.). На 5–7 сутки адаптационного периода, учитывая трудности в привыкании к новым схемным зубным протезам для лечения полной потери зубов, как в 1, так и во 2 группе исследования уменьшилось количество пациентов с типами отношения к болезни, входящих в первый условно-адаптивный блок, соответственно на 13 (56,52%) чел. и 6 (24,0%) чел., что свидетельствует о более благоприятном течении периода адаптации у пациентов 2 основной группы, использовавших адгезивное средство для фиксации зубных протезов, что, очевидно, облегчало психоэмоциональное состояние при пользовании съёмными зубными протезами для устранения полной утраты зубов.

В конце адаптационного периода, если у всех пациентов 2 (основной) группы ($p \leq 0,05$), согласно методики ТОБОЛ, определились типы отношения к болезни входящие в первый условно-адаптивный блок, то у пациентов 1 группы (сравнения) в аналогичные типы отношения к болезни выявлены лишь у 9 (39,13%) чел. ($p \leq 0,05$). У 14 (60,87%) пациентов из 1 группы к окончанию адаптационного периода сохранялись типы отношения к болезни, входящие, соответственно, во 2 (интрапсихически-дезадаптивный) и 3 (интерпсихически-дезадаптивный) блоки, что свидетельствовало о проблемах в привыкании к новым съёмным акриловым протезам, изготовленным им для лечения полной потери зубов.

Заключение. Полная утрата зубов приводит к расширению встречаемости различных типов отношения к болезни, которые входят как в I условно-адаптивный блок, так во II (интрапсихически-дезадаптивный) и III (интерпсихически-дезадаптивный) блоки. У пациентов 2 группы, которые на протяжении адаптационного периода ежедневно применяли адгезивный крем Асепта Parodontal для фиксации протезов к окончанию адаптационного периода отмечены только типы отношения к болезни входящие, согласно методики ТОБОЛ, в I условно-адаптивный блок, что положительно характеризует возможность использования этого адгезивного крема на внутреннюю картину болезни пациента, то есть на его реагирование на болезнь и ее лечение. У пациентов 1 группы в конце адаптационного периода сохранялись проблемы с реагированием на болезнь, так как типы отношения к болезни, входящие в I условно-адаптивный блок по методике ТОБОЛ, имели только 9 (39,13%) чел.

ПОРАЖЕНИЕ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА У ПАЦИЕНТОВ С ТУБЕРКУЛЕЗОМ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ

*Екатерина Сергеевна Богодухова, Евгений Ерболович Байке,
Арина Андреевна Аюшиева, Анастасия Алексеевна Овчинникова*

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Читинская государственная медицинская академия». 672000, Забайкальский край, г. Чита, ул. Горького, д. 39а

E-mail: e.bogoduxowa@yandex.ru

Ключевые слова: туберкулез, микобактерия туберкулеза, гастрит, эндоскопическое исследование.

Введение. Туберкулез остается актуальной проблемой, так как является универсальным заболеванием и поражает любые органы и системы. Характерно бессимптомное или малосимптомное начало заболевания, вследствие чего, заболевшие туберкулезом могут длительное время не обращаться за медицинской помощью. Эксперты Всемирной организации здравоохранения, учитывая этот факт, в ежегодном докладе о туберкулезе в мире дают лишь оценочные приблизительные цифры о заболевших за год. Так, в Global Tuberculosis Report 2022 отмечено, что количество заболевших в мире составило 10,6 миллиона человек. Причем в Забайкальском крае заболеваемость составила 40,9 на 100 тыс. человек, что на 5,7% больше, чем в прошлом году. Среди хронических неспецифических заболеваний, сопутствующих туберкулезу легких, болезни органов пищеварения занимают одно из центральных мест, чаще всего это гастриты, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, дуодениты. При сочетании туберкулеза и заболеваний пищеварительной системы создаются новые комплексные болезненные состояния, которые труднее поддаются диагностике и лечению. Появление у больных туберкулезом симптомов дисфункции органов пищеварения, на фоне лечения обычно трактуют как побочное действие противотуберкулезных препаратов, что является причиной позднего распознавания болезней желудочно-кишечного тракта.

Цель исследования. Определить частоту и структуру поражения органов желудочно-кишечного тракта у больных туберкулезом органов дыхания по данным эндоскопического метода исследования за 2022г.

Материалы и методы. Нами проанализированы 20 протоколов эндоскопического исследования желудочно-кишечного тракта у больных туберкулезом легких, находящихся на лечении в «отделении для больных туберкулезом взрослых» ГБУЗ Забайкальского краевого клинического фтизиопульмонологического центра. Изучены данные анамнеза, клинические, рентгенологические, эндоскопические, ультразвуковые, лабораторные методы исследования, включающие определение микобактерий туберкулеза в мокроте методами простой бактериоскопии, люминесцентной микроскопии и посева, определение лекарственной устойчивости возбудителя.

Результаты. Среди исследуемых пациентов преобладали мужчины (n = 14), женщины составили ¼ часть (n = 6). При этом средний возраст составил 37,8 года (±) 1,5 года. При проведении фиброгастродуоденоскопии у больных с туберкулезом легких у 20 пациентов (100%) была выявлена патология желудка. Из них у 10 больных (50%) выявлен атрофический гастрит, который ассоциирован в основном с хроническими процессами в легких и проявляется выраженной слабостью, ухудшением аппетита, астеноневротическим синдромом. Нередки отрыжка, тошнота, чувство переполнения желудка. У 8 человек (40%) был обнаружен поверхностный гастрит, с проявлениями в виде изжоги, периодической тошноты, боли в эпигастрии. У 2 пациентов (10%) — смешанный гастрит, проявляющийся утомляемостью, ухудшением аппетита, запорами.

При исследовании пищевода патология выявлена у 7 исследуемых (35%). Из них у 4 (57,1%) — эрозивный эзофагит, который клинически проявляется дисфагией, изжогой, болью за грудиной. В 2 случаях (28,6%) — эрозия нижней трети пищевода, сопровождающаяся постоянной изжогой, независимой от приема пищи. У 1 пациента (14,3%) кандидоз пищевода, с проявлениями в виде ощущения инородного тела в горле, отрыжки с неприятным запахом.

При эндоскопическом исследовании двенадцатиперстной кишки изменения обнаружены у 3 исследуемых (15%). У 2-х человек (67%) — язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки,

характеризующаяся болью, возникающей через 1–2 часа после приема пищи, сопровождающаяся тошнотой и отрыжкой. Характерны вегетативные расстройства. У 1 пациента (33%) бульбит, проявляющийся болями ноющего характера в околопупочной области через 1,5 часа после еды.

При рентгенологическом исследовании у 12 из 20 обследуемых (60%) туберкулезный процесс характеризовался распадом легочной ткани. При этом у 14 из 20 пациентов (70%) выявлено выделение микобактерий туберкулеза в окружающую среду, то есть они являлись бактериовыделителями, это установлено методом люминесцентной микроскопии (96,2%), а также культуральным методом (84,6%).

Заключение. Таким образом, можно сделать вывод, что пациентам, получающим химиотерапию по поводу туберкулеза, необходимо эндоскопическое исследование желудочно — кишечного тракта. Наиболее часто выявляется патология желудка и двенадцатиперстной кишки. Препараты для лечения туберкулеза оказывают органы желудочно-кишечного тракта негативное воздействие, приводя к различным заболеваниям пищеварительного тракта.

ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЕ МОДЕЛИРОВАНИЕ ЖИРОВОЙ ДЕГЕНЕРАЦИИ ПЕЧЕНИ

Татьяна Викторовна Брус¹, Юрий Сергеевич Брус¹, Анастасия Викторовна Баннова²

¹ Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет. 19400, Санкт-Петербург, ул. Литовская, 2

² Ордена Трудового Красного Знамени медицинский институт им. С.И. Георгиевского. 295051, Симферополь, бул. Ленина 5/7

E-mail: bant.90@mail.ru

Ключевые слова: жировая дегенерация печени, стеатоз печени, стеатогепатит, неалкогольная жировая болезнь печени, биомоделирование.

Введение. Одним из приоритетных направлений современной медицины, объединяющим интересы различных специалистов (терапевтов, кардиологов, гастроэнтерологов, эндокринологов), является изучение патогенеза и клинических проявлений жировой дегенерации печени, имеющей широкую распространенность и безусловную социальную значимость.

Основными примерами патологии печени метаболического и токсического генеза являются неалкогольная (НАЖБП), алкогольная жировая болезнь печени (АЖБП) и жировая дистрофия смешанного генеза (СЖБП). В настоящее время существуют противоречия в оценке клинической интерпретации ЖДП, дискуссионными и сложными остаются определение степени выраженности факторов риска, степени прогрессирования воспаления и повреждения гепатоцитов, а также отсутствие четких дифференциальных критериев ЖДП, что диктует необходимость поиска инновационных подходов к диагностике и коррекции этих осложнений. Вместе с тем помочь решить эти проблемы может разработка эффективных адекватных моделей основных форм патологии печени метаболического и токсического генеза.

Цель исследования. выявить и сравнить патологические изменения у лабораторных крыс при моделировании жировой дегенерации печени различного генеза.

Материалы и методы. Исследование проведено на 48-ми самцах альбиносах серых крыс Wistar. План и стандартные операционные процедуры были рассмотрены и утверждены Локальным этическим комитетом ГБОУ ВО СПбГПМУ Минздрава России.

Было сформировано 4 экспериментальные группы:

1. «Контроль» (n = 12) — здоровые, интактные крысы, у которых производили исследование параметров метаболизма для расчета фоновых, референсных значений.

2. «НАЖБП» (n = 12) — крысы, которые в качестве корма получали брикеты, содержащие пищевые компоненты в следующих соотношениях (по массе): 26% белок, 10% животный жир, 50% фруктоза, 8% целлюлоза, 5% минеральные вещества, 1% витамины.

3. «АЖБП» (n = 12) — крысы, которые в качестве корма получали стандартные пищевые брикеты для грызунов и вместо питьевой воды 15%-ый раствор этанола.

4. «СЖБП» (n = 12) — крысы, которые в качестве корма получали брикеты, содержащие пищевые компоненты в следующих соотношениях: 31% белок, 15% животный жир, 30% фруктоза, 13% целлюлоза, 5% минеральные вещества, 1% витамины и вместо питьевой воды 10%-ый раствор этанола (Пат. 2757199. Российская Федерация МПК А61D 99/00, G09B 23/28, C13K 11/00. Способ моделирования жировой болезни печени смешанного генеза у крыс /Брус Т.В., Васильев А.Г., Трашков А.П., Кравцова А.А., Балашов Л.Д., Пюрвеев С.С.; патентообладатель СПбГПМУ. — № 2020139933; завл. 03.12.2020, опубл. 12.10.2021, Бюл. №29)

Биохимические исследования крови осуществляли общепринятыми методами *in vitro* определяли: концентрацию общего билирубина (ОБ) и его прямой фракции (ПБ), активность ферментов аланинаминотрансферазы (АЛТ), аспаратаминотрансферазы (АСТ) и щелочной фосфатазы (ЩФ), содержание общего холестерина (ОХ), триглицеридов (ТГ).

Гистологическое исследование выполнено с помощью метода световой микроскопии гистологических срезов печени экспериментальных животных.

Статистическая обработка результатов: полученные в ходе работы данные проверены на нормальность распределения. Тип распределения определялся критерием Колмогорова-Смирнова, Шапиро-Уилка. Для сравнения контрольной и экспериментальных групп использовали однофакторный дисперсионный анализ ANOVA, так как выборка соответствует закону нормального рас-

пределения. Различия считали статистически значимыми при значении $p < 0,05$. Статистический анализ выполнен с помощью программного обеспечения GraphPad Prism 8.

Результаты. К моменту окончания эксперимента (30-ый день) у животных экспериментальных групп «АЖБП», «НАЖБП», «САЖБП» отмечалось увеличение концентрации ОБ в плазме крови (НАЖБП $p < 0,0001$, АЖБП $p = 0,0009$, СЖБП $p = 0,0036$). Анализ активности в крови подопытных животных с АЖБП внутриклеточных ферментов выявил факт синхронного, увеличения их активности (АЛТ: $p = 0,005$, АСТ: $p = 0,025$). Изучение содержания в крови больных животных ЩФ выявило достоверное нарастание его активности в группе СЖБП ($p = 0,007$). Уровень глюкозы в крови крыс групп НАЖБП, СЖБП также достоверно повышался (НАЖБП: $p = 0,03$, СЖБП: $p < 0,0001$). Во всех экспериментальных группах наблюдалось достоверное увеличение концентрации ОХ (НАЖБП: $p = 0,0004$, АБП: $p = 0,008$, СЖБП: $p = 0,039$). Параллельно происходило нарастание концентрации ТГ статистически значимое в группе НАЖБП ($p = 0,038$).

На фоне жировой дистрофии гепатоцитов в аутоптатах печени группы АЖБП выявлено наличие телец Мэллори, баллонной дегенерации и перисинусоидальный фиброз. В группе НАЖБП регистрировался мелкокапельный стеатоз, инфильтрация нейтрофилами. В группе СЖБП наблюдалось полнокровие, диффузная жировая инфильтрация гепатоцитов, наличие гликогеновых ядер.

Выводы. 1. Моделирование жировой дегенерации печени различной этиологии приводило к развитию нарушений со стороны органов гепатобилиарной системы. Степень выраженность этих повреждений зависела от методики моделирования патологического процесса и была максимальной в группе животных СЖБП и незначительной — в группе НАЖБП.

2. Функции печени у животных с СЖБП нарушены в значительно большей степени, чем у животных с НАЖБП, что проявляется более тяжелыми нарушениями пигментного и липидного обменов, цитолитическим и холестатическим синдромами.

3. Предложенные способы моделирования являются адекватными для экстраполяции результатов на организм человека, благодаря отражению всех звеньев исследуемой патологии в достаточно короткие сроки: формирование гиперхолестеринемии, гипертриглицеридемии, инсулинорезистентности, развитие метаболического синдрома.

ДИАГНОСТИКА ХРОНИЧЕСКИХ ЗАПОРОВ У ДЕТЕЙ ГОРОДА КРАСНОДАРА В ПРАКТИКЕ ВРАЧА-ПЕДИАТРА

Алла Владимировна Бурлуцкая, Софья Максимовна Богачева, Елена Сергеевна Гурина

Кубанский государственный медицинский университет, 350063 г. Краснодар, ул. Митрофана Седина, 4

E-mail : soni_99@mail.ru

Ключевые слова: хронический запор, римские критерии, дети, ретроспективное исследование.

Введение. Запор — это нарушение функции кишечника, проявляющееся в увеличении интервалов между актами дефекации, а также те случаи, когда у ребенка отмечается болезненная дефекация плотным по консистенции калом, даже если частота стула соответствует возрастной норме. К явным признакам хронизации запора у детей относится сохранение запора более 12 недель в течение 6 месяцев с возможными периодами ремиссии. Хронические запоры — наиболее частая жалоба родителей на амбулаторном приеме у педиатра и гастроэнтеролога. Частота запора среди детского населения колеблется от 3 до 32%.

Цель исследования: оценить течение хронических запоров у детей г. Краснодара.

Материалы и методы. На базе ГБУЗ «Детская городская поликлиника № 3» и ГБУЗ «Детская городская поликлиника № 9» МЗ Краснодарского края проведено ретроспективное когортное одномоментное исследование, проанализированы амбулаторные карты детей, находящиеся под наблюдением в поликлиниках с 2017 по 2022 годы. В исследование включены параметры: пол, возраст, клинические проявления, анализ анамнеза жизни и болезни детей, параклинические показатели.

Результаты. По результатам исследования было выявлено, что диагноз «Запор» выставлен у 25 детей. Согласно Римским критериям IV пересмотра распределение детей по возрасту было следующим: 8 (32%) детей до 4 лет и 17 детей (68%) старше 4 лет. В группе детей до 4 лет у 5 (62,5%) отмечалась дефекация до 2 раз в неделю, у 3 (37,5%) же до 1 раза. Болезненность акта дефекации отмечали 5 (62,5%) из 8 детей, плотная консистенция кала характерна была для всех больных из группы до 4 лет. При этом стул большого диаметра присутствовал у большинства из первой группы — 7 (87,5%). В группе детей старше 4 лет у 11 (64,7%) исследуемых в неделю преобладал стул до 2 раз, 1 раз характерен был для 6 (35,3%) детей. Среди 17 детей у 7 (41,2%) было указание на болезненность при акте дефекации, либо плотный кал в анамнезе. Большой диаметр каловых масс отмечался у 8 (47,1%). Эпизоды недержания были в 4 (23,5%) случаях из 17. В этиологии немало важное значение отводится алиментарным факторам и физической активности, так режим питания соблюдали 14 (56%) детей из 25, как и режим двигательной активности 21 ребенок (84%) из этой же когорты. Для более объективной оценки используется Бристольская шкала форм кала, 1 тип каловых масс присущ 8 (32%), 2 тип 12 (48%), 3 тип 4 (16%) и смешанный у 1 (4%) ребенка. Дебют запоров часто приходится на период формирования гигиенических навыков (приучение к горшку). Раннее высаживание на горшок или, наоборот, задержка с обучением гигиеническим навыкам, часто приводят к формированию запоров. В период физиологической зрелости приучения к туалетным навыкам вошли 17 детей (68%), оставшиеся 6 (24%) слишком позднее приобретение навыка, 2 (8%) слишком раннее высаживание. По результатам диагностического обследования (лабораторная и инструментальная диагностика) лишь у 1 (4%) ребенка была выявлена органическая причина — долихосигма.

Основной целью лечения запоров у детей является восстановление консистенции кишечного содержимого и скорости его транзита по толстой кишке. Успешное лечение запоров может быть достигнуто не только с помощью лекарств, но и с изменением образа жизни. На первом этапе проводится работа с родителями и детьми. Второй этап терапии — выработка рефлекса утренней дефекации. В этом случае обращают внимание на ряд важных корректирующих моментов. Обязательным условием второго этапа терапии является коррекция рациона питания с включением в пищевой рацион достаточного количества пищевых волокон. Необходимо соблюдение питьевого режима с равномерным распределением возрастного объема воды

в течение дня. Третий этап терапии — медикаментозная коррекция ФЗ. В детской практике чаще всего применяются осмотические слабительные. Это препараты на основе лактулозы, полиэтиленгликоля.

Заключение. Согласно полученным результатам, в подавляющем большинстве случаев запоры носят функциональный характер. Большинство детей с хроническим запором — это дети старше 4 лет. В группе детей до 4 лет характерны плотные каловые массы большого диаметра. В группе старше 4 лет периоды задержки дефекации в неделю до 2 раз. Причиной запоров у детей являются различные факторы, такие как питание, двигательная нагрузка, приобретение туалетного навыка. Лечение данной категории пациентов сводится к индивидуализированной комплексной помощи, позволяющей получить стойкий положительный эффект вне зависимости от генеза заболевания.

ПИЛОТНЫЙ ПРОЕКТ ПО МАРШРУТИЗАЦИИ ПАЛЛИАТИВНЫХ БОЛЬНЫХ, НУЖДАЮЩИХСЯ В ГАСТРОСТОМИИ

Максим Владимирович Гавшук^{1,2}, Василий Иванович Орел¹,
Михаил Александрович Протченков^{1,2}, Виталий Борисович Кожевников^{3,4},
Полина Александровна Захарова⁵, Михаил Юрьевич Питерцев⁶,
Марина Ивановна Перова³, Артур Арташесович Петросян²

¹Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет. 194100, Санкт-Петербург, ул. Литовская, д. 2

²Городская больница № 26. 196247, Санкт-Петербург, ул. Костюшко, д. 2

³Городская больница № 14. 198099, Санкт-Петербург, ул. Косинова, д. 19/9

⁴Северо-Западный государственный медицинский университет имени И.И. Мечникова. 191015, Санкт-Петербург, ул. Кирочная, д. 41

⁵Городской клинический онкологический диспансер. 197022, Санкт-Петербург, 2-я Березовая аллея, д. 3/5

⁶Городская поликлиника №91. 198329 Санкт-Петербург, ул. Отважных, д. 8

E-mail: gavshuk@mail.ru

Ключевые слова: гастростомия, маршрутизация, энтеральное питание, паллиативная помощь.

Введение. Гастростомия является наиболее частой паллиативной операцией для обеспечения энтерального питания больных, которые не могут питаться через рот. Возможные причины дисфагии разнообразны, следовательно, пациенты курируются специалистами по основному заболеванию или специалистами паллиативной медицинской помощи. А хирургические вмешательства выполняются в рамках специализированной медицинской помощи по профилю «хирургия». При контент-анализе руководящих документов не выявлено конкретных приказов по маршрутизации паллиативных больных, нуждающихся в гастростомии. А отсутствие единого регистра этой группы пациентов не позволяет получить информацию об оказанной помощи на различных этапах.

Цель исследования — изучить и оптимизировать маршрутизацию паллиативных больных, нуждающихся в гастростомии.

Материалы и методы. Проведен опрос больных с питательными свищами и их родственников при обращении за медицинской помощью в ЛПУ Санкт-Петербурга в период с июня 2022 по март 2023 года. Разработан проект маршрутизации паллиативных больных, нуждающихся в гастростомии, который апробирован в рамках организационного эксперимента.

Результаты. Получены данные о 126 больных с питательными свищами в возрасте от 43 до 84 лет, среднее — $65,8 \pm 8,55$ лет. Информация о сроках выполнения операции после появления симптомов дисфагии получена в 84 (66,6%) случаях. В 6 (7,1%) случаях дисфагии до вмешательства не было, гастростома наложена во время другой онкологической операции. В остальных 78 (61,9%) случаях длительность дисфагии находилась в диапазоне от 2 до 14 недель, средняя $5,8 \pm 3,26$ недели.

Данные о порядке госпитализации для гастростомии удалось получить в 113 (89,7%) случаях. В экстренном порядке по направлению поликлиники госпитализированы 12 (9,5%) пациентов, по направлению скорой медицинской помощи — 73 (57,9%) пациентов, самостоятельно обратились в стационар — 13 (10,3%) пациентов. Плановую госпитализацию отметили 15 (11,9%) респондентов.

Разработан следующий проект по маршрутизации паллиативных больных, нуждающихся в гастростомии. Согласно распоряжению Комитета по здравоохранению Правительства Санкт-Петербурга от 14 февраля 2020 года N 63-р «О маршрутизации пациентов, нуждающихся в оказании паллиативной медицинской помощи» (с изменениями на 25 марта 2021 года) лечащий врач по основному заболеванию определяет тактику обследования и лечения. При необходимости специализированной паллиативной медицинской помощи и согласии пациента

(или законного представителя) лечащий врач оформляет медицинское заключение и направляет пациента или информацию о пациенте в медицинское учреждение, оказывающее специализированную паллиативную медицинскую помощь.

Специалист паллиативной медицинской помощи дает рекомендации по нутриционной поддержке и механизме ее обеспечения согласно статье 78–79 Закона Санкт-Петербурга от 22.11.2011 № 728–132 (ред. от 30.06.2022) “Социальный кодекс Санкт-Петербурга” и распоряжению Комитета по экономической политике и стратегическому планированию Правительства Санкт-Петербурга Об утверждении нормативов финансирования расходов бюджета Санкт-Петербурга на предоставление питательных смесей для энтерального питания, препаратов для проведения парентерального питания, расходных материалов и оборудования для клинического энтерального или парентерального питания в домашних условиях на текущий год.

В случае ожидаемой продолжительности жизни более 1 месяца, тяжелой дисфагии 3–4 ст. специалист паллиативной медицинской помощи подробно информирует пациента и его законных представителей о возможности гастростомии. При согласии пациента и его законных представителей, пациент направляется на госпитализацию в учреждение, оказывающее специализированную паллиативную медицинскую помощь, где проводится предоперационная подготовка, обучение уходу и кормлению через питательный свищ, оценивается возможность пациента получать необходимый уход и питание на дому, повторно получается информированное согласие пациента и его родственников на операцию. Далее пациент переводится в специализированный стационар хирургического профиля, обслуживающий население района, где проживает больной с дисфагией. После наложения питательного свища, при благополучном течении раннего послеоперационного периода, пациент переводится на долечивание в учреждение, оказывающее специализированную паллиативную медицинскую помощь. При возможности обеспечения адекватного ухода и питания через свищ на дому, после периода реабилитации пациент выписывается домой под наблюдение специалистов паллиативной медицинской помощи по месту жительства. Таким образом минимизируется длительность дорогостоящего стационарного лечения по хирургическому профилю, улучшается преемственность и качество оказания помощи больным с дисфагией.

В рамках диссертационной работы с 2021 по 2023 год проведен эксперимент по организации нутриционной поддержки через искусственный питательный свищ 14 больным с дисфагией. В реализации пилотного проекта приняли участие «Стома-центр» Городского клинического онкологического диспансера, хоспис Городской больницы № 14, хирургическое отделение №1 Городской больницы №26 и хоспис Городской поликлиники № 91.

В «Стома-центре» и указанных хосписах курируются пациенты, нуждающиеся в паллиативной медицинской помощи. При выявлении у пациента дисфагии 3–4 ст. проводилась оценка его соматического статуса, ожидаемая продолжительность жизни. Больному и его родственникам подробно излагалась информация о возможных паллиативных способах коррекции дисфагии и проводилось предварительное обучение кормлению через свищ и выполнению необходимых мероприятий ухода. При наличии показаний к формированию искусственного питательного свища и согласии пациента на операцию больной направлялся на госпитализацию в Городскую больницу №26, где после краткой предоперационной подготовки выполнялось хирургическое вмешательство — гастростомия или еюностомия. При отсутствии осложнений в раннем послеоперационном периоде пациент выписывался на амбулаторное или стационарное лечение в учреждениях, оказывающих паллиативную помощь. Большинство больных злокачественными опухолями получали энтеральное питание в «Стома-центре».

Заключение. В настоящее время сохраняется дискретность оказания паллиативной помощи больным с дисфагией на различных этапах, что оказывает негативное влияние на качество медицинской помощи и обуславливает необходимость принятия управленческих решений.

Предложенный алгоритм позволит улучшить качество медицинской помощи путем своевременности выполнения гастростомии, минимизации длительности стационарного периода, повышения эффективности обучения пациента и родственников мероприятиям ухода, оптимизации процесса реабилитации и уменьшения риска развития осложнений, обусловленных дефектами ухода.

АКТУАЛЬНОСТЬ ВЫБОРА ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ТРАЕКТОРИИ ДЛЯ ПОДРОСТКОВ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ОРГАНОВ ПИЩЕВАРЕНИЯ

*Валерий Михайлович Ганузин, Лидия Ивановна Мозжухина,
Галина Станиславовна Маскова*

Ярославский государственный медицинский университет. 150000, Ярославль, ул. Революционная, д. 5

E-mail: vganuzin@rambler.ru

Ключевые слова: заболевания органов пищеварения, врачебная профессиональная консультация, подростки.

Введение. Выбор профессии и построение будущей профессиональной траектории является жизненно важной проблемой для подростков с заболеваниями органов пищеварения.

Цель исследования. Показать важность проведения врачебной профессиональной консультации (ВПК) подростков с патологией органов пищеварения на амбулаторном этапе.

Материалы и методы. Нами в кабинете ВПК, организованном на базе поликлиники, проведена врачебная профессиональная консультация 946 подросткам с отклонением в состоянии здоровья, в т.ч. 225 с хроническими заболеваниями и функциональными нарушениями органов пищеварения.

В качестве методического материала при проведении ВПК нами использовались: Приказ МТ и СЗ РФ от 1 февраля 2018 г. № 46 «Об утверждении методических рекомендаций для специалистов органов службы занятости населения по организации работы с инвалидами, в том числе по оценке значимости нарушенных функций организма инвалида для выполнения трудовых функций»,

Федеральный протокол «Медицинское профессиональное консультирование и профессиональная ориентация обучающихся. 2014» и пособие «Врачебная профессиональная консультация подростков с хроническими заболеваниями и отклонениями в состоянии здоровья / В.М. Ганузин, Н.П. Ганичева, О.В. Кисельникова, Г.С. Маскова / под ред. Л.И. Мозжухиной. — Ярославль. — 2021.

Результаты. Анализ выборки показал, что среди подростков, получивших ВПК, у 23,5% имелись заболевания органов пищеварения. Под нашим наблюдением в кабинете ВПК находились 225 подростков, в возрасте 15–17 лет, с заболеваниями органов пищеварения. Из них у 118 был диагностирован хронический гастродуоденит, у 7 — язвенная болезнь, у 83 патология гепатобилиарной системы. У 82,6% подростков, состоящих на учете, имелось сочетанное поражение различных отделов пищеварительной системы.

При проведении ВПК, пациентам мы рекомендовали ряд основных и вспомогательных профессий, при которых условия труда и ритм работы не будут воздействовать на пораженную систему и не приведут к обострению заболевания. Особое внимание уделяли факторам микро и макросреды, а также вредным условиям труда, которые негативно влияют на состояние пищеварительной системы. Поэтому, подросткам с хронической патологией органов пищеварения, мы не рекомендовали работу, связанную со значительным психоэмоциональным и физическим напряжением, с токсическими веществами, вибрацией, всеми видами излучений, производственным шумом, неблагоприятными метеорологическими условиями, с вынужденной рабочей позой, конвейерным ритмом труда, частыми командировками и постоянными разъездами внутри и за пределами города, а также работу, связанную с невозможностью соблюдать режим питания.

Подросткам, с выраженными отклонениями в состоянии здоровья, проживающим в благополучной семье, рекомендовали получать образование по месту жительства. В этом случае благоприятная семейная обстановка и привычные бытовые условия помогут ему лучше адаптироваться к новым условиям обучения.

При неблагоприятной обстановке в семье или негативном влиянии молодежной компании, окружающей подростка, ему рекомендовали обучение в другом городе.

Клинический пример: Заключение по врачебной профессиональной консультации подростку 17 лет. Диагноз: Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки с локализацией в лу-

ковице, Н.р.-позитивная, с повышенной кислотообразующей функцией, фаза клинической ремиссии.

Ребенок наблюдается в течение 2 лет, когда впервые был поставлен диагноз язвенной болезни. Наследственность — у отца язвенная болезнь. Наблюдается гастроэнтерологом, проведена эрадикационная стандартная тройная терапия, периодически получает курсы противорецидивной терапии (антисекреторные препараты, антациды, ферменты) с достижением клинического эффекта. Последнее обследование в дневном стационаре прошел 4 месяца назад, где по данным ФГДС установлен гастродуоденит (Нр позитивный) без признаков активности воспалительного процесса.

С учетом клинического диагноза язвенной болезни, подростку рекомендовано обучение на следующие профессии: web-мастер, программист, электрослесарь по ремонту бытовой техники, экономика и бухгалтерский учет, финансы и кредит, здравоохранение, правоведение, технология и организация общественного питания.

Заключение. Врачебная профессиональная консультация для подростков с заболеваниями органов пищеварения является жизненно важной, позволяющей выбрать конкурентно способные профессии и учебные заведения, где можно получить данную профессию, что способствует их адаптации к современным социально-экономическим условиям.

КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПАТОЛОГИИ ПИЩЕВОДА У ПАЦИЕНТОВ С ПЕРЕНЕСЕННОЙ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИЕЙ

*Александр Александрович Гнутов, Юлия Александровна Фоминых,
Елена Юрьевна Калинина*

Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет. 194100, Санкт-Петербург, ул. Литовская, д. 2

E-mail: alexandr.gnutov@mail.ru

Ключевые слова: гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь, ребамипид, Ki-67, CDX2, VEGF, CD34, CD95.

Введение. Известно, что заброс дуоденального содержимого в просвет пищевода достоверно чаще происходит у пациентов, перенесших холецистэктомию ранее. В условиях сочетанного воздействия желчных кислот, соляной кислоты, пепсина, трипсина и ферментов поджелудочной железы на эпителий пищевода могут запускаться процессы дифференцировки стволовых эпителиальных клеток в более устойчивый к воздействию кислоты и желчных кислот цилиндрический эпителий за счет снижения экспрессии транскрипционных факторов и маркеров дифференцировки плоскоклеточного эпителия (например, P63, SOX2, CK1, CK4) и активации экспрессии кишечных факторов транскрипции и маркеров дифференцировки (CDX2, CDX1, MUC2, TFF3).

Цель исследования. Изучение клинико-морфологических особенностей патологии пищевода у пациентов с перенесенной холецистэктомией, изучение особенностей иммуногистохимической экспрессии Ki-67, CDX2, VEGF, CD34, CD95.

Материалы и методы. В исследование было включено 46 пациентов с показаниями к плановой холецистэктомии и сопутствующим диагнозом гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь. Из 46 пациентов 59% составляли женщины (n=27) и 41% составляли мужчины (n=19). Средний возраст составил $38,7 \pm 5,5$ лет. Перед оперативным вмешательством выполнялась фиброгастроэзофагоскопия с забором биоптатов. После выполнения холецистэктомии, в зависимости от проводимой терапии пациенты были разделены на две группы: группа 1 (Омепразол 20 мг 2 раза в сутки 3 месяца), группа 2 (Омепразол 20 мг 2 раза в сутки и Ребамипид 100 мг 3 раза в сутки 3 месяца). Через 12 месяцев после выполнения холецистэктомии выполнялась повторная фиброгастроэзофагоскопия с забором биоптатов. Характерные симптомы гастроэзофагеальной рефлюксной болезни оценивались в динамике с помощью опросника GerdQ. Проведена гистологическая оценка биоптатов слизистой оболочки пищевода с иммуногистохимической оценкой экспрессии маркера пролиферации Ki-67, транскрипционного фактора CDX2, сосудистого эндотелиального фактора роста VEGF, маркера CD34 и CD95.

Результаты. В группе 1 статистически значимых различий в уровне экспрессии CD95 ($p=0,130$) и CDX2 ($p=0,066$) до и после оперативного лечения выявлено не было. Было выявлено статистически значимое увеличение экспрессии CD34 ($p=0,003$), VEGF ($p=0,038$) и увеличение индекса пролиферации Ki67 ($p=0,003$). Статистически значимых изменений итогового балла по опроснику GerdQ выявлено не было ($p=0,264$).

В группе 2 статистически значимых различий в уровне экспрессии CD95, Ki67, CDX2, CD34 и VEGF выявлено не было ($p=0,802$; $p=0,763$; $p=0,414$; $p=0,527$ и $p=0,453$ соответственно). Было выявлено статистически значимое уменьшение итогового балла по опроснику GerdQ ($p=0,038$).

Заключение. Повышение экспрессии маркера пролиферации Ki-67, сосудистого эндотелиального фактора роста VEGF и CD34 у пациентов с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью после перенесенной холецистэктомии свидетельствует об усилении воспалительных изменений слизистой оболочки пищевода, что может быть связано с увеличением роли желчных кислот в повреждающем действии рефлюксата. Назначение ребамипида в сочетании с омепразолом пациентам, перенесшим холецистэктомию привело к статистически значимо меньшим значениям маркеров пролиферации и ангиогенеза в эпителии пищевода через 12 месяцев после операции по сравнению с пациентами, получавшими омепразол в режиме монотерапии. Также применение ребамипида способствовало снижению итогового балла по опроснику GerdQ.

ВАРИАТИВНОСТЬ НЕПОЛНОЦЕННОГО ПИТАНИЯ ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА В САНКТ-ПЕТЕРБУРГЕ

Вера Людвиговна Грицинская¹, Фатима Константиновна Макоева²

¹Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет. 194100, Санкт-Петербург, ул. Литовская, д. 2

²Национальный государственный университет физической культуры, спорта и здоровья имени П.Ф. Лесгафта, Санкт-Петербург. 190121, Санкт-Петербург, ул. Декабристов, д. 35

E-mail: tryfive@mail.ru

Ключевые слова: питание, недостаточность питания, ожирение, задержка роста, дети, дошкольники.

Введение. В соответствии с позицией Всемирной организации здравоохранения неполноценное питание означает недостаточное, избыточное или несбалансированное поступление в организм калорий и/или питательных веществ. В рамках мониторинга неполноценности детского питания эксперты ВОЗ–ЮНИСЕФ приоритетными направлениями являются анализ распространенности следующих состояний:

- низкая масса тела для данного роста;
- низкий рост для данного возраста;
- избыточная масса тела для данного роста;
- ожирение.

В 2016 году Генеральная Ассамблея Организации Объединённых Наций объявила десятилетие беспрецедентной борьбы со всеми формами неполноценного питания и утвердила «Глобальные основы мониторинга в области питания. Оперативное руководство для отслеживания прогресса на пути достижения целей на 2025 год». Проведение мониторинга базируется на репрезентативных данных национальных популяционных обследований, проведенных с использованием стандартизованных методов сбора соматометрических данных [Global Nutrition Monitoring Framework: operational guidance for tracking progress in meeting targets for 2025. Женева: ВОЗ; 2018].

Цель исследования. В рамках пополнения национальной базы данных провести оценку алиментарного статуса детей дошкольного возраста, посещающих организованные детские учреждения г. Санкт-Петербурга.

Материалы и методы. После подписания родителями информированного согласия обследовано 3598 детей (1802 мальчика и 1796 девочек) в возрасте от 6-ти до 7-ми лет, посещающих подготовительные группы образовательных учреждений в разных районах города Санкт-Петербурга. Обследование включало измерение длины и массы тела. Оценка физического развития дана в соответствии с нормативами ВОЗ — «WHO Growth Reference 2007» с помощью антропометрического калькулятора «who anthro plus». Нутритивный статус оценивали с помощью массо-ростового индекса Кетле₂ (body mass index — BMI), значение которого определялось путем деления массы тела (кг) на квадрат длины тела (м²). В зависимости от соответствия значения BMI показателям центильной шкалы выделяли недостаточность питания (ниже 5-го лобальных регистрировали, если индивидуальные показатели длины тела ребёнка были ниже, чем -2,1 стандартных отклонения от медианного значения для данного возраста).

Статистическая обработка материалов исследования выполнена методами вариационной статистики с помощью прикладных программ STATISTICA v.10.0 © STATSOFT, USA. Анализ статистической значимости различий показателей проведен с помощью критерия χ^2 -Пирсона (с поправкой Йейтса). Различия результатов считались статистически значимыми при $p < 0,05$.

Результаты. Задержка роста (дефицит соотношения длины тела и возраста) является признаком недостаточности питания в прошлом или хронической недостаточности питания. Низкий рост определен у 1,2 [95%ДИ: 1,0–1,4]% дошкольников; у мальчиков чаще (1,5 [95%ДИ: 1,2–1,8]%), чем у девочек (1,0 [95%ДИ: 0,8–1,2]%), однако разница показателей не имеет статистической значимости.

Дисгармоничные варианты физического развития, обусловленные повышенным питанием (избыточная масса тела — 10,7 [95%ДИ: 10,2–11,2]%; ожирение — 12,9 [95%ДИ: 12,4–13,4]%), регистрировались у дошкольников чаще, чем связанные с пониженным питанием (дефицит массы тела — 7,4 [95%ДИ: 7,0–7,8]%; недостаточность питания — 3,6 [95%ДИ: 3,3–3,9]%). Распространённость недостаточного питания у мальчиков и девочек существенно не различалась: дефицит массы тела — 7,6 [95%ДИ: 7,0–8,2] и 7,2 [95%ДИ: 6,6–7,8]%; недостаточность питания — 3,8 [95%ДИ: 3,4–4,2] и 3,4 [95%ДИ: 3,0–4,3] соответственно. Избыточная масса тела также одинаково часто отмечалась у мальчиков (11,0 [95%ДИ: 10,3–11,7]%) и девочек (10,3 [95%ДИ: 9,6–11,0]%). Ожирение чаще регистрировалась у мальчиков (14,5 [95%ДИ: 13,7–15,3]%), чем у девочек (11,5 [95%ДИ: 10,8–12,2]%; $p=0,0058$).

Заключение. Нами выявлено, что распространённость низкого роста и недостаточности питания у дошкольников Санкт-Петербурга не превышает целевые показатели глобальных задач в области питания, которые должны быть достигнуты к 2025 году в мире. Однако показатели частоты избыточной массы тела и ожирения у детей значительно превышают планируемый уровень. Полученные данные являются предпосылкой для более глубокого анализа причин и разработки региональных профилактических программ нормализации алиментарного статуса детского населения мегаполиса.

СОСТОЯНИЕ ПАРОДОНТА НА ФОНЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА

*Александр Юрьевич Дондоков, Антон Анатольевич Сериков,
Андрей Константинович Иорданишвили, Владислав Денисович Нестеров*

Военно-медицинская академия им. С. М. Кирова. 194044, Санкт-Петербург, ул. Академика Лебедева, д. 6

E-mail: dondakov97@mail.ru

Ключевые слова: пародонт, язвенная болезнь желудка, желудочно-кишечный тракт, полость рта.

Введение. Заболевания желудочно-кишечного тракта весьма разнообразны и распространены у людей любого возраста. Рецепторы слизистой оболочки и пародонта полости рта являются источником рефлексов, влияющих на секреторную и моторную деятельность пищеварительной системы. Вместе с тем полость рта и пародонта — это эффективное звено обратного влияния патологических рефлексов желудка, кишечника и т.д. (гастро-лингвальный рефлекс). Изменения в полости рта и пародонта при патологии желудочно-кишечного тракта не специфичны для отдельных нозологических форм и нередко встречаются при других внутренних болезнях, что представляет определенные трудности для диагностики, требует тщательного обследования больного и консультации гастроэнтеролога, терапевта.

Цель исследования. Выявление особенности пародонта при заболеваниях желудочно-кишечного тракта.

Материалы и методы. Анализ литературных источников — монографии, научные статьи, иллюстрации, систематические обзоры.

Результаты. Следует отметить, что при язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки создаются условия для возникновения воспаления в пародонте, потому что имеет место нарушение ряда регуляторных механизмов. В результате ослабляется резистентность организма, что приводит к развитию гингивита и пародонтита. Одной из причин быстрого прогрессирования воспалительных заболеваний пародонта на фоне язвенной болезни — увеличение в крови пациентов уровня кальций-регулирующих гормонов: паратиреоидного и кальцитонина. Предполагают, что пусковым механизмом этого процесса является повышенная выработка при язвенной болезни гормонов желудочно-кишечного тракта (гастрина, холицистокинина и др.). Данные гормоны способствуют увеличению продукции кальцитонина, и, соответственно, усилению резорбтивная процессов в пародонте. Анализируя связь заболеваний пародонта и желудочно-кишечного тракта, большинство авторов установили, что патология органов пищеварения чаще предшествует появлению заболеваний пародонта. Частота и интенсивность заболеваний пародонта увеличивается пропорционально продолжительности и тяжести основного заболевания. Таким образом, патология желудочно-кишечного тракта является фактором риска развития и неблагоприятного течения хронических воспалительных и воспалительно-дистрофических заболеваний пародонта.

Заключение. Можно отметить, что изменения со стороны пародонта, в большинстве случаев может быть связано с заболеванием желудочно-кишечного тракта. Принципиальными общими патогенетическими механизмами развития, как заболевания пародонта, так и данных соматических заболеваний являются наличие микроорганизмов и действие эндотоксинов, способных вызывать воспалительные, иммунные реакции и метаболическое липидное поражение тканей.

ОСОБЕННОСТИ НАРУШЕНИЙ ПИЩЕВАРИТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ У ДЕТЕЙ С РЕАКТИВНЫМ АСТЕНИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

Ирина Борисовна Ершова², Артем Михайлович Левчин¹, Алёна Геннадиевна Роговцова²

¹Ростовский государственный медицинский университет. 344022, Ростов-на-Дону, Нахичеванский пер., д. 29

²Луганский государственный медицинский университет имени Святителя Луки. 291045, Луганск, кв-л 50-летия обороны Луганска, д. 1г

E-mail: alena.stetsenko.2020@mail.ru

Ключевые слова: пищеварение, дети, астенический синдром.

Введение. В настоящее время наблюдается значительная распространенность проявлений реактивного астенического синдрома у детей, в результате напряжения адаптивных возможностей организма. Появление клинических симптомов является сигналом о перегрузке ретикулярной активирующей системы, аутоинтоксикации продуктами метаболизма и нарушении регуляции выработки и использования энергетических ресурсов организма. Нарушения пищеварительной системы также характеризуются преходящим характером астенического синдрома у детей и наличием четкой связи с провоцирующим фактором и его неспецифичностью.

Значимым фактором, провоцирующим развитие реактивного астенического синдрома у детей младшего школьного возраста, является дефицит витаминов и минералов, аминокислот, полиненасыщенных жирных кислот, которые необходимы для нормального функционирования нервной системы и синтеза нейромедиаторов, которые влияют на эмоциональную сферу и поведение ребенка. Связующим звеном между психологической и соматической сферой является стресс. При наличии патопластического перенапряжения, которое не блокируется психологической защитой, функциональный этап поражения перерастает в деструктивно-морфологические изменения в соматической системе и происходит генерализация заболевания.

Цель исследования: изучить особенности пищеварительной системы у детей с реактивным астеническим синдромом.

Материалы и методы. Проведено проспективное когортное нерандомизированное исследование 419 детей младшего школьного возраста. В основную группу вошли 128 детей с проявлениями реактивного астенического синдрома. 291 ребенок без клинической симптоматики астении составили группу контроля. У всех детей проводился сбор жалоб, анамнеза, анализ амбулаторных карт, объективный осмотр, исследование моторно-эвакуаторной функции ЖКТ с помощью периферической электрогастроэнтерографии. В работе использовался «Гастроскан-ГЭМ», созданный НПП «Исток-Система» г. Фрязино.

Результаты. В процессе диспансерного наблюдения за детьми с реактивным астеническим синдромом, была отмечена особенно высокая частота жалоб, относящихся к системе пищеварения. При опросе чаще всего регистрировалось нарушение аппетита. Причем из 97 детей у 69 (71,13%) наблюдалось его снижение, а у 28 (28,87%) — полное отсутствие. Второе ранговое место по частоте регистрации жалоб со стороны пищеварительного тракта заняло нарушение стула (79 (61,72%) младших школьников). Каждого третьего ребенка беспокоили периодические боли в животе. При более детальном опросе выяснилось, что наиболее часто дети указывали на боли в околопупочной (17 (41,46%) человек), а также в эпигастральной (14 (34,15%) детей) областях. У большинства (68,29%) детей отмечались еженедельные, и даже ежедневные боли, исчезающие во время переключения внимания или в спокойной обстановке.

Анализ полученных данных из амбулаторных карт показал, что в целом функциональные отклонения в работе пищеварительной системы регистрировались у 79 (61,72%) обследованных детей, органическая патология — у 62 (48,44%). У 28 (21,88%) младших школьников были установлены соматоформные расстройства желудочно-кишечного тракта. У 97 (76,98%) детей наблюдалась сочетанная патология пищеварительной системы.

Среди функциональных отклонений у обследованных детей на первом ранговом месте стояли функциональные расстройства билиарного тракта (зарегистрированы у 80 (62,50%) обследованных) основной группы. Второе ранговое место среди дисфункций пищеварительной системы заняли расстройства дефекации, встречающиеся более чем у 40% детей. Тре-

тье ранговое место среди функциональных расстройств пищеварительной системы у детей с реактивным астеническим синдромом заняли рецидивирующие абдоминальные боли (40 (31,25%) человек), которые могут быть причиной дистресса и дискомфорта у детей.

Среди органических болезней системы пищеварения на первом месте у детей младшего школьного возраста, вошедших в основную группу, оказались болезни желудка и 12-перстной кишки (у 59 (46,09%) обследованных). Следующее ранговое место занимали болезни кишечника. Среди них ведущее место занимал неспецифический язвенный колит (НЯК), который регистрировался у 72,72% (24) детей от общего количества младших школьников с болезнями кишечника в целом. Значительно реже (19 (14,84%) человек) у обследованных детей регистрировались болезни желчного пузыря и желчевыводящих путей.

Необходимо отметить высокую регистрацию наличия у одних и тех же детей одновременно нескольких заболеваний пищеварительной системы.

Анализ показателей моторно-эвакуационной функции желудочно-кишечного тракта, путем определения миоэлектрической активности его разных отделов, выявил различной степени выраженности повышение значений относительной мощности (P_i/P_s) практически во всех отделах ЖКТ (кроме толстой кишки) у детей с реактивным астеническим синдромом. Также отмечалось снижение миоэлектрической активности толстой кишки (на 31,29% в сравнении с группой контроля), свидетельствующее о замедлении ее моторики.

Заключение. У всех детей с реактивным астеническим синдромом выявлены жалобы со стороны органов пищеварительной системы. Среди функциональных отклонений (у 80 (62,50%) детей основной группы) на первом ранговом месте стояли функциональные расстройства билиарного тракта. В числе органических болезней (у 62 (48,44%) детей) — болезни желудка и 12-перстной кишки. Периферическая электрогастроэнтерография выявила у большинства детей основной группы нарушения моторики разной степени выраженности во всех отделах ЖКТ.

КОРРЕКЦИЯ ДИСБИОЗА КИШЕЧНИКА У ДЕТЕЙ С АНОРЕКТАЛЬНЫМИ МАЛЬФОРМАЦИЯМИ

Михаил Оганесович Есаян, Натуся Каплановна Барова, Андрей Евгеньевич Стрюковский, Алина Николаевна Григорова, Шалва Важикович Вардосонидзе

Кубанский государственный медицинский университет. 350063, Краснодар, ул. Седина, д.4

E-mail: mishana 61@ mail.ru

Ключевые слова: дети, аноректальные мальформации, дисбиоз кишечника, лечение.

Введение. Аноректальные мальформации являются распространёнными пороками развития. Частота встречаемости: 1:3000–4000 новорожденных. Врождённые нарушения строения толстой кишки, длительное курсовое применение антибактериальной и гормональной терапий, этапные оперативные вмешательства приводят к развитию дисбиоза микрофлоры толстой кишки в 100% случаев. Традиционные методы коррекции нарушений микрофлоры толстой кишки занимают большой временной интервал, а их результаты не всегда удовлетворяют детских хирургов.

Цель исследования. Оптимизация методов коррекции дисбиоза толстой кишки у детей с аноректальными агенезиями.

Материалы и методы. Располагаем опытом реабилитации 139 детей с аноректальными мальформациями. Проведённое бактериологическое исследование позволило диагностировать дисбиоз кишечника в 100% случаев. Он был обусловлен: дефицитом нормальной бифидофлоры — 94,96%; уменьшением количества лактобактерий — 89,21%; изменением количественного содержания кишечной палочки — 61,87%. Появлением условно-патогенной микрофлоры: изменённые формы кишечной палочки — 42,45%; кокковая флора — 37,41%; грибы рода *Candida* — 25,90%; протей — 16,55%; синегнойная палочка -10,07%. Выбор антибиотиков, для санации желудочно-кишечного тракта, проводился под контролем анализа кала на дисбактериоз. Наиболее часто, использовались: аминогликозиды, цефалоспорины, противогрибковые препараты.

Для оценки эффективности методов коррекции дисбиоза кишечника пациенты с аноректальными агенезиями были разделены на 2 клинические группы. Контрольная группа — 65 больных. При бактериологическом обследовании дисбактериоз 1 степени был диагностирован — в 29,23%, 2 степени — в 58,56%, а 3 степени — в 12,31%. Оценка фаз течения дисбактериоза кишечника в контрольной группе, показала: латентное течение зарегистрировано — в 18,46%, а клиническая фаза — 81,54%. При изучении стадийности дисбактериоза кишечника было установлено, что детей с декомпенсированной стадией дисбактериоза не было. Количество пациентов с компенсированной стадией соответствовало числу пациентов с латентной фазой дисбиоза кишечника. Количество детей с субкомпенсированной стадией дисбактериоза кишечника соответствовало числу больных с клинической фазой.

В контрольной группе больных санацию желудочно-кишечного тракта начинали проводить за 4 дня до операции путём перорального назначения антибиотиков. В послеоперационном периоде проводилась деконтаминация кишечника — 4 дней, в сочетании с системной антибактериальной терапией. При длительном парентеральном применении антибактериальных препаратов назначался бифидумбактерин, по показаниям — противогрибковая терапия. Системная коррекция дисбиоза кишечника проводилась по окончании всех этапов хирургической коррекции аноректальных мальформаций и завершения парентеральных курсов антибактериальной терапии по методикам тотальной деконтаминации или с использованием бактериофагов.

Основная группа — 74 ребёнка. При бактериологическом обследовании диагностированы: дисбактериоз 1 степени — 33,78%; 2 степени — 56,76%, 3 степени — 9,46% случаев. Оценка фаз течения дисбактериоза кишечника, в основной группе, показала, что латентное течение дисбактериоза было — в 22,97%, а клиническая фаза — 77,03%. При изучении стадийности дисбактериоза кишечника, в основной группе было установлено, что детей с декомпенсированной стадией дисбактериоза не было. Количество пациентов с компенсированной стадией соответствовало числу пациентов с латентной фазой дисбиоза кишечника. Количество детей

с субкомпенсированной стадией дисбактериоза кишечника соответствовало числу больных с клинической фазой.

Сравнительный анализ цифрового материала говорит об идентичности степеней, стадий и фаз течения дисбактериоза кишечника в изучаемых группах, при первичном бактериологическом обследовании.

Коррекция дисбиоза кишечника, в основной группе больных проводилась по разработанной в клинике программе. Сроки начала коррекции дисбиотических нарушений микрофлоры толстой кишки зависели от анатомического варианта порока развития. У детей с аноректальными мальформациями не требующими экстренного оперативного вмешательства — коррекцию дисбиоза кишечника начинали проводить по установлению диагноза. В послеоперационном периоде, на фоне: антибактериальной терапии, назначался бифидумбактерин. По окончании курса антибактериальной терапии проводилось контрольное бактериологическое обследование. В зависимости от его результатов подбирались: антибиотик для перорального применения и пробиотика. Длительность деконтаминации — 4 дня. Для «заселения» желудочно-кишечного тракта применялись комплексные пробиотики. Длительность курса — 14–21 день. По окончании курса пробиотиков ребёнок переводился на пребиотики и проводилось бактериологическое обследование. В послеоперационном периоде коррекция дисбиоза кишечника проводилась по методике селективной деконтаминации в сочетании с ферментотерапией и энтеросорбцией. Наряду с методами фармакотерапии в лечении детей основной группы широко применялась фитотерапия. Она проводилась преимущественно на амбулаторных этапах лечения. Последняя применялась в зависимости от клинической картины синдрома раздражённой кишки и преимущественного терапевтического эффекта фитосбора. В состав фитосборов включались препараты с противовоспалительным, вяжущим, послабляющим и репаративным эффектами. В первом триместре послеоперационного периода использовались препараты с противовоспалительным действием, которые при необходимости дополнялись сборы послабляющего действия. Во втором триместре применялись фитосборы противовоспалительного и вяжущего действия. В третьем триместре преимущественно использовались травы с репаративными эффектами. В дальнейшем программа фитотерапии проводилась по индивидуальным показаниям. Помимо указанных эффектов при назначении фитотерапии учитывался микробицидный спектр действия фитопрепарата.

Результаты. Для оценки эффективности разработанного и традиционных методов коррекции дисбиоза микрофлоры толстой кишки нами были выбраны: длительность купирования клинической и латентной фаз. При сравнении результатов длительности коррекции дисбиоза кишечника в исследуемых группах больных с аноректальными агенезиями были получены следующие результаты: нормализация клинических признаков дисбиоза кишечника наступала в течение — $11,57 \pm 0,43$ месяцев в основной группе больных; в контрольной группе пациентов клинический проявления дисбиоза кишечника купировались через — $22,87 \pm 1,54$ месяца; лабораторные признаки дисбиоза микрофлоры толстой кишки купировались в основной группе через — $13,07 \pm 0,23$ месяцев; в группе контроля — $36,25 \pm 2,17$ месяцев. Приведённые данные статистически достоверны $P \leq 0,001$.

Заключение. Приведённый цифровой и клинический материал свидетельствуют о достаточно высокой эффективности предложенной схемы коррекции дисбиоза кишечника у детей с аноректальными мальформациями. Её использование в клинической практике позволило сократить длительность лечения клинической фазы дисбактериоза кишечника, у детей с аноректальными мальформациями, в 2 раза, а латентной фазы — 2,5 раза.

ДИАГНОСТИКА НАРУШЕНИЙ УГЛЕВОДНОГО И ЛИПИДНОГО ОБМЕНА У БОЛЬНЫХ СО СТЕАТОЗОМ ПЕЧЕНИ И ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Диляфруз Хужамурадовна Жаббарова¹, Гулчехра Рустамовна Юлдашева²

¹Ташкентский государственный стоматологический институт. г. Ташкент, Узбекистан, ул. Махтумкули 103

²Центр развития профессиональной квалификации медицинских работников. 100007, г. Ташкент, Узбекистан, ул. Паркентская 51

E-mail: yuldashev.b2012@mail.ru

Ключевые слова: стеатоз печени и поджелудочной железы, углеводный обмен, липидный обмен.

Введение. Исследования касающиеся вопросам диагностики метаболического синдрома с каждым годом увеличиваются, однако до настоящего времени остаются не раскрытыми возможные причины и механизмы развития стеатоза печени и поджелудочной железы. Несмотря на огромное количество исследований посвященных изучению данной патологии до настоящего времени её клинические особенности течения недостаточно выяснены. Все это определило цель и задачи нашего исследования.

Цель исследования. Определить особенности углеводного и липидного обмена у пациентов со стеатозом печени и поджелудочной железы

Материал и методы. В исследовании участвовали 79 человек, из них 17 мужчин и 62 женщин средний возраст $52,2 \pm 2,6$ года, контрольную группу составили 17 человек без проявлений метаболического синдрома. Исследованы активности амилазы в сыворотке крови и моче, С-реактивного белка, аланиновой и аспарагиновой трансаминаз, показатели общего и прямого билирубина, щелочной фосфатазы, гаммаглутамилтранспептидазы. Кроме того, учитывались сывороточный общий белок, альбумин, холестерин, триглицериды, ЛПНП и ЛПОНП, рассчитывалось абсолютное количество лимфоцитов, а также концентрация глюкозы, инсулина и лептина. По данным УЗИ обнаружено стеатоз печени и поджелудочной железы.

Результаты. Полученные результаты исследования, показали наличие достоверных изменений в крови у больных со стеатозом печени и поджелудочной железы, состояние дислипидемии, проявляющиеся у большинства больных сочетанной формой патологии указывало на формирование состояния резистентности к инсулину и повышение уровня неэтерифицированных жирных кислот в среднем в 3 раза. Увеличение в крови уровня свободных жирных кислот сопровождается состоянием гиперинсулинемии повышение уровня свободных жирных кислот в крови, способствует нарушению функции рецепторов к инсулину и поглощению клетками глюкозы. В данной ситуации эффект липотоксичности сопровождается гиперинсулинемией и гипергликемией, и отражается в динамике повышения уровня лептина в крови. Итак, нарушение углеводного и липидного спектра крови, на фоне гормональных нарушений у пациентов со стеатозом печени и поджелудочной железы приводит к приспособлению организма к этим условиям и активизирует процесс липолиза.

Заключение. Таким образом, у пациентов со стеатозом печени и поджелудочной железы наблюдается нарушения в глюкозо-инсулиновом гомеостазе, обусловленный не только гормональными нарушениями, но и изменением метаболизма в клетках за счет основного субстрата — свободных жирных кислот.

ХАРАКТЕРИСТИКА БИЛИАРНЫХ НАРУШЕНИЙ ПРИ ТЕЗИОГРАФИЧЕСКОМ ИССЛЕДОВАНИИ ЖЕЛЧИ

Зауреш Кенжекановна Жумадилова, Алида Шариповна Каскабаева, Жанна Ергалиевна Муздубаева, Даулет Кайратович Муздубаев, Мадина Темирболаткызы Тогайбекова

Некоммерческое акционерное общество «Медицинский университет Семей», 071400, Абайская область, г. Семей, улица Абая Кунанбаева, 103

E-mail: muzduba@mail.ru

Ключевые слова: гепатобилиарная система, билиарные нарушения, тизиограмма, диагностика.

Введение. Гепатобилиарная система — это функционально взаимодействующая система, объединяющая желчеобразующую, желчевыделительную, пищеварительную деятельность печени, желчного пузыря, поджелудочной железы, протоков, сфинктеров. Нарушения гепатобилиарной системы могут быть функциональными (например, дискинезия желчевыводящих путей), так и тяжелыми органическими (вплоть до билиарных циррозов печени), приводящих к нарушениям белкового, углеводного и жирового обмена. В связи с этим необходима ранняя диагностика билиарных нарушений и своевременная их коррекция.

Цель исследования. Оптимизация диагностики билиарных нарушений гепатобилиарной системы.

Материалы и методы. Было обследовано 45 больных, находившихся на лечении в гастроэнтерологическом отделении Университетского госпиталя НАО «Медицинский Университет Семей» в 2021–2022 годах. Из них 35% составили больные с хроническим холециститом, 28% — хроническим панкреатитом, 22% — хроническим гепатитом, 15% — дискинезией желчевыводящих путей. Всем больным после ультразвуковой диагностики гепатобилиарной зоны проводилось дуоденальное зондирование с забором желчи для микроскопического, биохимического, бактериологического и тизиографического исследования.

Результаты. При ультразвуковом исследовании размеры желчного пузыря составили в среднем 75,2x36,7 мм, деформация желчного пузыря была обнаружена у 45% больных, в 30% случаев определялся вытянутый желчный пузырь. Признаки хронического холецистита были отмечены у 60% больных, в 70% случаев — признаки гипомоторной дискинезии. При проведении дуоденального зондирования у половины больных в желчи были обнаружены желчные кислоты, у 70% больных — кристаллы холестерина, у 30% — лейкоциты, в 80% случаев — нарушение коллоидной стабильности. Бактериологический посев желчи у большинства пациентов (62,3%) не выявил патологической флоры, только у 22,64% больных получена культура *E. Coli*. При тизиографическом исследовании желчи у больных с билиарно-зависимыми нарушениями и наличием билиарной гипертензии наблюдалась более выраженная кристаллизация желчи в форме сложных узоров, дендритов. Так, при билиарном панкреатите отмечалась структурность и организованность кристаллов желчи с определенными разветвлениями. При небилиарном панкреатите дендриты располагались свободно, без формирования определенного рисунка. При хроническом холецистите была выраженность узорчатого рисунка. При хроническом гепатите просматривался мелкофестральный (скопление дендритов) рисунок. Для дискинезии по гипомоторному типу был характерен узорчатый рисунок с организацией кристаллов в виде дендритов. Для дискинезии по гипермоторному типу — линейность рисунка со множеством изломов.

Заключение. Таким образом, тизиографическое исследование желчи, определяющее различие кристаллообразующих свойств, позволяет изучить физические свойства желчи и определить билиарные нарушения на ранних стадиях заболевания и обосновать необходимость их своевременной коррекции. Сравнительная характеристика тизиограмм дает возможность дифференцировать билиарные дисфункции, а также механизмы формирования билиарно-зависимых панкреатитов, желчнокаменной болезни и холестатических заболеваний печени.

ЦЕЛЕСООБРАЗНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ МЕТОДА ТРАНСКРАНИАЛЬНОЙ ЭЛЕКТРОСТИМУЛЯЦИИ В ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С ДИСКИНЕЗИЕЙ ЖЕЛЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ ПО ГИПЕРКИНЕТИЧЕСКОМУ ТИПУ

Лилия Рамилевна Замыслова

Санкт-Петербургское государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Городская поликлиника № 14», 194021, Санкт-Петербург, 2-й Муринский пр., д. 35, лит А

Ключевые слова: дискинезия желчевыводящих путей, транскраниальная электростимуляция.

Введение. Дискинезия желчевыводящих путей (ДЖВП) — функциональные нарушения моторики желчного пузыря и желчных протоков вследствие несогласованного, несвоевременного, недостаточного или чрезмерного сокращения желчного пузыря или сфинктерного аппарата.

В механизме этих нарушений ведущая роль принадлежит изменениям нервно-вегетативной иннервации и выделительной функции пищеварительного тракта. В развитии дискинезии желчевыводящих играют роль нарушения режима питания и заболевания других органов пищеварительного тракта. Специалисты выделяют два основных вида дискинезии: гиперкинетическая и гипокинетическая. При гиперкинетическом виде дискинезии тонус желчного пузыря повышен, вследствие чего сокращения желчного пузыря происходят довольно быстро и сильно, приводя к резким болям в правом подреберье. Обычно эти боли имеют кратковременный характер. Также особенность этого вида заключается в том, что он встречается чаще всего в молодом возрасте.

При гипокинетическом виде дискинезии, наоборот, происходит недостаточно интенсивное сокращение желчного пузыря. Боль также возникает в правом подреберье, но уже не является резкой и сильной. В основном боли длительные и носят тупой характер. Особенность заключается в том, что он встречается чаще всего в пациентов старшего возраста.

Комплекс терапевтических мероприятий, в том числе с использованием воздействия лечебных физических факторов, у пациентов с данной патологией включает методы, способствующие либо стимуляции тонуса желчного пузыря и желчевыводящих путей, либо релаксации их гипертонуса. Терапия ДЖВП направлена на обезболивающее, противовоспалительное и спазмолитическое действие и психо-корректирующее влияние на центральную нервную систему.

Цель и задачи исследования. Оценка эффективности применения методики транскраниальной электростимуляции в лечении пациентов с ДЖВП.

Материалы и методы. Исследование проводилось на базе отделения медицинской реабилитации СПб ГБУЗ «Городская поликлиника №14». Материалом для исследования послужили результаты динамического наблюдения и лечения 60 пациентов, в возрасте от 28 до 50 лет с ДЖВП.

Диагноз заболевания устанавливался на основании совокупности данных анамнеза и объективного обследования больных, также УЗИ исследования брюшной полости, клинического и биохимического анализа крови.

Критериями включения были наличие добровольного информированного согласия на исследование и отсутствие противопоказаний к физиотерапевтическому лечению.

Среди больных с ДЖВП были выделены две группы: 1 группа-пациенты, которым проводилась только медикаментозная терапия с включением препаратов, оказывающих спазмолитическое, обезболивающее, желчегонное действие и диетотерапию (n=26). 2 группа — пациенты, которые наряду с медикаментозной терапией получали курс транскраниальной электростимуляции (ТЭС) от аппарата «ТРАНСАИР -4» (n=34).

В клинической картине исследуемых групп ведущее место занимали болевой синдром, горечь во рту, тяжесть в правом подреберье, запоры или поносы.

Методика проведения транскраниальной электростимуляции: положение пациента — лежа на спине, Расположение электродов классическое. Доза определялась индивидуально по ощущениям пациента. Средняя доза во время процедуры составляла 1,5–2 мА. Первые 3 дня процедуры проводились 2 раза в день с интервалом в 4–6 часов. Средняя продолжительность процедуры 20 мин. Последующие дни лечения — один раз в день. На курс — до 15 процедур.

Результаты. В группе пациентов, получавших медикаментозную терапию, наблюдались следующие изменения клинической симптоматики: боли в правом подреберье купировались в течение 10 дней у 11 больных (42,3%), у 15 пациентов (57,6%) болевой синдром сохранялся до 14–15 дней терапии, диспептические нарушения регрессировали на 14- 16 день. В группе пациентов, получавших сочетание медикаментозной терапией с ТЭС боли в правом подреберье купирована на 6 день лечения у 24 больных (70,5%), диспептические нарушения регрессировали на 5- 7 день терапии.

Выводы. Полученные данные свидетельствуют об эффективности ТЭС-терапии в комплексном лечении пациентов с ДЖВП и позволяют рекомендовать использование этого метода в комплексном лечении пациентов с дискинезией желчевыводящих путей.

БИОМАРКЕРЫ ВОСПАЛЕНИЯ И ИХ РОЛЬ В РАЗВИТИИ НЕАЛКОГОЛЬНОГО СТЕАТОГЕПАТИТА У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2-ГО ТИПА

*Лариса Арсентьевна Звенигородская, Михаил Викторович Шинкин,
Светлана Юрьевна Сильвестрова*

ГБУЗ МКНЦ им. А.С. Логинова ДЗМ, г. Москва, Россия

Ключевые слова: сахарный диабет, неалкогольная жировая болезнь печени, неалкогольный стеатогепатит, эндотоксин, фосфолипаза А2, оксид азота, метилглиоксаль.

Цель. Определить роль биомаркеров воспаления у пациентов с сахарным диабетом 2-го типа (СД 2) и неалкогольной жировой болезнью печени (НАЖБП) в стадии стеатоза и стеатогепатита (НАСГ). Изучить уровень метилглиоксала (МГ) как маркера глюкозотоксичности и накопления конечных продуктов гликирования; а также продукты неферментативного гликозилирования белков крови накапливаемые при гипергликемии.

Изучить роль фосфолипазы А2 (ФЛА2) в формировании системного воспаления; определить связь фосфолипазной активности с оксидом азота, который регулирует сосудистый тонус и микроциркуляцию.

Материалы и методы. Обследовано 208 пациентов с НАЖБП и нарушением углеводного обмена.

Индекс массы тела составлял — $34,85 \pm 1,79$ кг/м²; возраст — $57,3 \pm 5,2$ года. Из них с СД 2 типа — 76 пациентов. Контрольную группу составили 30 человек. Уровень МГ в сыворотке крови определялся методом высокоэффективной жидкостной хроматографии по В.Н. Титову (2014 г.) в нашей модификации у пациентов с НАЖБП и СД 2-го типа. Содержание метаболитов оксида азота по методу В.А. Метельской, активность липопротеинассоциированной ФЛА2 определяли иммуноферментным методом.

Результаты. У пациентов с СД 2-го типа и НАСГ отмечено достоверное повышение ассоциированной с липопротеидами ФЛА2, что составило $650,2 \pm 13,79$ нг/мл, при стеатозе — $477,2 \pm 10,14$ нг/мл. По уровню оксида азота в сыворотке крови на стадии НАСГ отмечались достоверно высокие показатели — $139,0 \pm 7,21$ мкмоль/л ($p=0,001$). Активность ФЛА2 свидетельствует о высоком кардиоваскулярном риске у этой группы больных. Повышенное содержание оксида азота у пациентов с СД 2-го типа и НАСГ может объяснять развитие эндотелиальной дисфункции. Уровень МГ при СД 2-го типа и НАСГ был достоверно повышен — $520,75 \pm 114,35$ нМ/л ($p=0,001$), при стеатозе — $292,11 \pm 16,34$ нМ/л. В контроле — $261,0 \pm 6,67$ нМ/л. **Заключение.** У пациентов с СД 2 типа и НАСГ наблюдается достоверное увеличение МГ в сыворотке крови по сравнению с контролем. МГ повреждает аргининовые остатки белков, нарушает передачу инсулинового сигнала, ингибирует ферменты и играет ключевую роль в развитии инсулинорезистентности и гипергликемии. Высокая активность маркеров воспаления у пациентов с СД 2-го типа и НАСГ является диагностическим и прогностическим критерием активности воспалительного процесса в печени.

РОЛЬ ИММУНИТЕТА И БАКТЕРИАЛЬНОГО МЕТАБОЛИЗМА ТОЛСТОЙ КИШКИ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2-ГО ТИПА И НЕАЛКОГОЛЬНОЙ ЖИРОВОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПЕЧЕНИ (СД2 И НАЖБП)

*Лариса Арсентьевна Звенигородская, Михаил Викторович Шинкин,
Светлана Юрьевна Сильвестрова*

ГБУЗ МКНЦ им. А.С. Логинова ДЗМ, г. Москва, Россия

Ключевые слова: микробиота, короткоцепочечные жирные кислоты, лептин, адипонектин.

Введение. На сегодняшний день отмечается усиление интереса в вопросах влияния микробиоты человека на его здоровье. Это связано с распространением ожирения, СД2 и метаболического синдрома. Дисбаланс микробиоты приводит к воспалению, повышению секреции провоспалительных цитокинов (интерлейкина 6, фактора некроза опухоли). Одним из ведущих клинических проявлений СД2 и НАЖБП является инсулинорезистентность, которая характеризуется усилением продукции адипокинов — цитокинов, секретируемых жировой тканью (адипонектин, лептин). Роль в этом процессе короткоцепочечных жирных кислот (КЖК) — главных метаболитов толстой кишки — широко обсуждается в научной литературе.

Цель. Оценить взаимосвязь показателей иммунного статуса и основных метаболитов сахаролитической микрофлоры толстой кишки у больных СД2 и НАЖБП.

Материалы и методы. В копрофильтратах 45 больных СД2 и НАЖБП (19-муж. и 26 жен., 58,6±6,8 лет; ИМТ 29,5±0,8 кг/м²) и у 13 лиц без нарушений углеводного обмена (гр.К), сопоставимых по полу и возрасту, методом газожидкостной хроматографии оценивали концентрации фекальных КЖК: уксусной (Ac), пропионовой (Pr), масляной (Bu), валериановой, капроновой, изо-масляной, изо-валериановой и изо-капроновой. В крови этих же пациентов методом иммуноферментного анализа с применением реагентов повышенной чувствительности определяли лептин и адипонектин.

Результаты. В качестве критерия оценки метаболической активности микрофлоры толстой кишки больных СД2 и НАЖБП принята суммарная концентрация бактериальных метаболитов КЖК, которая у обследованных больных оказалась снижена и составила 7,33±2,61 мг/г vs К 10,61±5,24 мг/г; $p < 0.05$.

Это снижение было в основном за счет ацетата (доля Ac 45% vs К 64%), который увеличивает выработку в толстой кишке IgA, являющегося одним из главных компонентов иммунной системы. В структуре метаболитов у больных исследуемой группы особенно необходимо отметить низкий уровень бутирата (0,74±0,23 vs К 1,47±0,51 мг/г, $p < 0.01$), поскольку именно этот метаболит проявляет наиболее выраженное, по сравнению с другими КЖК, иммуномодулирующее и противовоспалительное действие.

Для оценки степени влияния бактериальных метаболитов на иммунитет проведен корреляционный анализ между лептином и адипонектином и концентрациями отдельных КЖК. Так коэффициент корреляции лептин — Bu составил $r = 0.5133$, $p < 0.02$; лептин — Pr: $r = 0.50$, $p < 0.02$; адипонектин — Bu: $r = -0.42$, $p < 0.04$ и адипонектин — Pr: $r = -0.39$, $p < 0.05$. Выявлено, что оба показателя иммунитета имели достаточно высокий уровень корреляции с КЖК.

Полученные результаты свидетельствуют о взаимосвязи иммунитета и бактериального метаболизма толстой кишки у больных СД2 и НАЖБП.

КЛИНИКО-НУТРИТИВНЫЕ АСПЕКТЫ И РЕАБИЛИТАЦИЯ ПАЦИЕНТОВ С КОМОРБИДНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ ВНУТРЕННИХ ОРГАНОВ НА ФОНЕ ИНФЕКЦИИ, ВЫЗВАННОЙ ВИРУСОМ SARS-CoV-2

Елена Анатольевна Знахаренко, Янина Сергеевна Мишина, Юлия Дмитриевна Зимина, Алена Михайловна Горбунова, Абдул Сатер Ихаб, Татьяна Александровна Тугулева, Мария Александровна Кондратова Анастасия Александровна Толмачева, Оксана Николаевна Герасименко, Александр Борисович Кривошеев

Новосибирский государственный медицинский университет, 630091, Красный Проспект, 52

E-mail: krivosheev-ab@narod.ru

Ключевые слова: вирус SARS-CoV-2, коморбидная патология внутренних органов, реабилитация; клинико-нутритивная программа.

Введение. Первичная неалкогольная жировая болезнь печени (НАЖБП), как правило, ассоциирована с различными метаболическими расстройствами. Активно изучается врачами различных специальностей: гастроэнтерологами, гепатологами, эндокринологами, терапевтами. Проблема обусловлена тем, что наблюдается прогрессивный рост заболеваемости НАЖБ и прогрессирование до цирроза печени и гепатоцеллюлярной карциномы. На ранних стадиях сочетается с эндокринной и сердечно-сосудистой патологией, чем и обусловлена высокая смертность таких пациентов. Также, согласно современным данным, НАЖБП все чаще ассоциируется с внепеченочными злокачественными новообразованиями, такими как колоректальный рак, рак легкого и поджелудочной железы.

Цель исследования. Для выявления нутритивно-метаболических особенностей проводилось одномоментное открытое описательное сравнительное исследование

Материалы и методы. Обследовали мужчин и женщин в возрасте от 18 лет с верифицированной НАЖБП, в которую включено 113 пациентов (основная группа). Пациенты наблюдались в ГБУЗ НСО «Новосибирский областной клинический госпиталь ветеранов войн № 3». Контрольную группу составили 105 условно здоровых лиц. Клиническая антропометрия включала в себя измерение роста и массы тела пациента. Степень ожирения оценивали на основании показателей ИМТ, соответствующих критериям ВОЗ (2007 г.). Оценка физического питания пациентов проводилась с помощью компьютерной программы-опросника «Анализ состояния питания человека» НИИ питания РАМН (2005 г.), которая позволяет установить общую калорийность рациона, химический состав, частотные показатели используемых продуктов, риски недостатка и избытка основных макро- и микронутриентов. Состояние нутритивного статуса оценивалось путем расчета ИМТ, исследованием компонентного состава тела методом биоимпедансометрии аппаратом МЕДАСС ФВС-01 (Россия). Определялись показатели состава тела: жировая и безжировая (тощая) масса тела, активная клеточная и скелетно-мышечная масса, общая вода организма, клеточная и внеклеточная жидкости.

Результаты. В ходе исследования выявлены статистически значимые различия между исследуемыми группами по основным антропометрическим характеристикам: массе тела, ИМТ, объему талии и индексу ОТ/ОБ. В основной группе пациентов с НАЖБП было меньше лиц с избыточной массой тела и больше с ожирением I и II ст. По уровню двигательной активности исследуемые пациенты относились к I группе (очень низкая физическая активность) — работники преимущественно умственного труда, коэффициент физической активности — 1,4. На основании оценки физического питания, рацион больных НАЖБП можно назвать несбалансированным: полученные данные свидетельствовали о недостаточном потреблении всеми пациентами микроэлементов и витаминов, пищевых волокон, полиненасыщенных жирных кислот, с одновременным увеличением в составе рациона продуктов с высоким содержанием насыщенных жирных кислот, холестерина, общего жира, добавленной сахарозы и общих углеводов, в то время как количество в пище белка, аскорбиновой кислоты и железа соответствовало нормативным значениям.

Заключение. Таким образом при анализе состава тела методом биоимпедансометрии выявлено ряд изменений. Во-первых, при НАЖБП имеется склонность к задержке жидкости, о чем свидетельствует повышенный показатель общей воды в организме; во-вторых, показано, что определение композитного состава тела методом биоимпедансометрии при НАЖБП имеет важное диагностическое значение, а именно при снижении количества активной клеточной массы возрастает риск развития и прогрессирования НАЖБП.

КАК ПРАВИЛЬНО ОЦЕНИВАТЬ ПРОЯВЛЕНИЯ ДИСПЛАЗИИ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ СО СТОРОНЫ ПИЩЕВАРИТЕЛЬНОГО ТРАКТА У ДЕТЕЙ

Ирина Игоревна Иванова

Тверской государственной медицинский университет, 170100, Российская Федерация, г. Тверь, ул. Советская, д. 4

E-mail: drabador@yandex.ru

Ключевые слова: дисплазия соединительной ткани, проявления, пищеварительный тракт, дети.

Введение. В настоящее время дисплазия соединительной ткани (ДСТ) рассматривается как мультифакториальный процесс с доказанным вовлечением элементов пищеварительного тракта. От степени нарушения строения и функции мезенхимальных структур зависит работа как отдельных частей, так и в целом всего пищеварительного тракта. Оценка проявлений ДСТ со стороны данной системы органов, предлагаемая разными авторами, порою противоречива и дискуссионна, имеет свои достоинства и недостатки.

Цель исследования — определить наиболее значимые маркеры ДСТ со стороны пищеварительного тракта.

Материалы и методы. В исследование включено 224 пациента школьного возраста с хроническим гастродуоденитом. У большинства детей встречались и другие проблемы со стороны пищеварительного тракта: гастроэзофагеальный рефлюкс, дискинезия желчевыводящих путей, запоры, пр.

У 166 детей имелись признаки ДСТ (1 группа), у 58 они отсутствовали (2 группа). Среди детей 1 группы выделена когорта пациентов с выраженными проявлениями ДСТ (3 степени) — 48 человек. Группы были сопоставимы по полу и возрасту.

Диагностика патологии пищеварительного тракта проводилась по общепринятым критериям, оценка степени выраженности ДСТ — по методике Т.И. Кадуриной.

Результаты. К проявлениям ДСТ со стороны пищеварительного тракта традиционно принято относить перегиб желчного пузыря, спланхноптоз, рефлюксы, долихосигму. Мы сравнили частоту встречаемости указанных и некоторых других симптомов в группах детей с ДСТ и без ДСТ.

Различные изменения формы желчного пузыря отмечались более чем у половины детей с хроническим гастродуоденитом вне зависимости от наличия ДСТ. Перегиб желчного пузыря выявлен у 38,6% пациентов 1 группы и 46,6% 2 группы ($p > 0,05$). Он несколько чаще встречался у детей с выраженной ДСТ (52,1%), но по нашим данным не может считаться маркером ДСТ при отсутствии достоверных различий между группами с наличием и отсутствием ДСТ. В то же время деформация данного органа чаще выявлялась при ДСТ: 13,3% и 6,9% в 1 и 2 группах, 27,1% при ДСТ 3 степени ($p < 0,05$). Соотношение частоты встречаемости перегиба желчного пузыря и его деформации составляло 3:1 для детей с ДСТ, 2:1 для пациентов с ДСТ 3 степени и 6,7:1 в группе без ДСТ, т.е. при более выраженной несостоятельности соединительной ткани чаще встречаются более существенные изменения формы желчного пузыря. Осадок в желчном пузыре встречался у большинства детей с хроническим гастродуоденитом и ДСТ (60,8% и 44,8% в 1 и 2 группах), чаще при выраженной ДСТ (81,3%).

Обратил на себя внимание такой ультразвуковой феномен как слоистая стенка желчного пузыря, который чаще встречался у детей с ДСТ (5,4% в группе и 10,2% при ДСТ 3 степени), в то время как в группе без ДСТ выявлен лишь у 1 человека ($p < 0,05$). Следовательно, его можно рассматривать как новый критерий диспластических изменений в пищеварительном тракте.

Гастроптоз (3,6% у детей с ДСТ, 8,3% с ДСТ 3 степени), спаечная болезнь (4,2% и 1,1% в 1 и 2 группах, 10,4% при ДСТ 3 степени), долихосигма (12,5% при ДСТ 3 степени) относились к редким симптомам, но чаще встречались при ДСТ и особенно при выраженной несостоятельности СТ.

К частым проявлениям патологии относились гастроэзофагеальный рефлюкс (45,8% и 19,0% в 1 и 2 группах, 66,7% у детей с ДСТ 3 степени) и эрозивно-язвенные поражения пищеварительного тракта (50,6% детей с ДСТ и 15,5% без ДСТ), запоры (23,5% и 8,6% в 1 и 2 группах, 52,1% при ДСТ 3 степени) ($p < 0,05$). Все они существенно чаще встречались у

пациентов с несостоятельностью соединительной ткани, что позволяет их также рассматривать как её маркеры.

Заключение. При оценке проявлений ДСТ со стороны пищеварительного тракта у детей рекомендуется учитывать наличие как частых симптомов (гастроэзофагеальный рефлюкс, эрозивно-язвенные поражения пищеварительного тракта, запоры), так и редких (гастроптоз, спаечная болезнь, долихосигма). Деформация желчного пузыря должна расцениваться как маркер несостоятельности соединительной ткани в отличие от его перегиба. К новым критериям проявлений ДСТ можно отнести слоистую стенку желчного пузыря, обнаруженную при ультразвуковом исследовании. Инструментальные исследования помогают объективизировать диагностический поиск, учёт висцеральных маркеров ДСТ повышает точность её выявления.

ПАТОЛОГИЯ ПИЩЕВОДА У ДЕТЕЙ С ДИСПЛАЗИЕЙ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ

Ирина Игоревна Иванова

Тверской государственной медицинский университет, 170100, Российская Федерация, г. Тверь, ул. Советская, д. 4

E-mail: drabador@yandex.ru

Ключевые слова: дисплазия соединительной ткани, пищевод, эзофагит, пищеварительный тракт, дети.

Введение. Заболевания верхних отделов пищеварительного тракта у детей являются самой частой патологией данной системы органов. Традиционно в большей степени принято уделять внимание заболеваниям желудка, ДПК и желчного пузыря, в то время как патология пищевода нередко не является приоритетной в диагностическом ряду, считаясь в большей степени проблемой взрослого населения. По данным современной литературы частота поражения пищевода у детей растёт. К причинам и провоцирующим факторам, способствующим её возникновению, относят погрешности в диете, вредные привычки, наследственность, вегетативную дисрегуляцию, а также несостоятельность соединительной ткани. Последняя отражается на состоянии сфинктерного аппарата, проявляется нарушениями моторной функции, деструктивными процессами.

Цель исследования — оценить состояние пищевода у детей с дисплазией соединительной ткани (ДСТ).

Материалы и методы. Дети с патологией верхних отделов пищеварительного тракта, в первую очередь, с хроническим гастродуоденитом разделены на 2 группы в зависимости от наличия ДСТ: первую составили 166 человек с проявлениями несостоятельности соединительной ткани, в том числе 48 человек с ДСТ 3 степени, вторую — 58 пациентов без диспластического фона. Группы были сопоставимы по полу и возрасту, включали детей от 7 до 17 лет. Соотношение девочек и мальчиков было примерно равным: мальчики составляли 53,6% и 51,7% в группах с ДСТ и без ДСТ.

Для оценки состояния пищеварительного тракта использовались клинично-анамнестический метод, УЗИ органов брюшной полости, ФЭГДС, суточная рН-метрия.

Результаты. Патология пищевода у обследованных детей проявлялась в виде эзофагита. По данным ЭГДС воспалительные изменения пищевода на фоне хронического гастродуоденита встречались у половины детей 1 группы (48,8%), 2/3 пациентов с выраженной ДСТ (64,6%) и лишь у четверти представителей группы сравнения (24,1%) ($p < 0,05$ для пар ДСТ — без ДСТ, ДСТ 3 степени — без ДСТ), что подчеркивает предрасполагающее действие несостоятельности СТ к повреждению и воспалению слизистой оболочки пищевода. Это может быть реализовано не только через менее выраженные защитные свойства тканей органа, но и в особенностях функционирования желудочно-пищеводного перехода. По нашим данным гастроэзофагеальный пролапс и недостаточность кардии чаще наблюдались у детей с ДСТ (18,67% и 3,45% в 1 и 2 группах, $p < 0,05$) и особенно с ДСТ 3 степени (25%). Еще чаще наблюдались нарушения моторной функции в виде гастроэзофагеального рефлюкса (45,8% и 19,0% в 1 и 2 группах, 66,7% у детей с ДСТ 3 степени).

Самым частым вариантом нарушений моторной функции был кислый гастроэзофагеальный рефлюкс. По данным рН-метрии он выявлен у 69,7% детей с ДСТ, 78,1% детей с ДСТ 3 степени и 81,8% детей без ДСТ. Щелочной вариант гастроэзофагеального рефлюкса выявлен реже — у 46,1% пациентов с ДСТ в целом, 40,6% при выраженной ДСТ и у 18,2% пациентов без ДСТ ($p < 0,05$ для пары ДСТ — без ДСТ). В каждом шестом случае в группе с ДСТ встречалось сочетание кислого и щелочного гастроэзофагеального рефлюкса, что считается наименее благоприятным вариантом нарушений моторной функции. Эти последние данные отражают долю детей с разными вариантами рефлюкса среди всех выявленных случаев нарушений моторной функции в обследованной когорте пациентов.

Анализ структуры эзофагитов показал, что катаральный вариант был доминирующим в группе сравнения (92,9%), встречался в половине случаев у детей с ДСТ (53,1%) и реже при ДСТ 3 степени (38,7%). Эрозивный эзофагит чаще выявлен у пациентов с ДСТ, особенно с выраженной ДСТ, составляя среди всех эзофагитов 46,9%, 61,3% и 7,1% соответственно в

группах с ДСТ, ДСТ 3 степени и без ДСТ ($p < 0,05$ для пар ДСТ — без ДСТ, ДСТ 3 степени — без ДСТ). Во всех случаях это были эрозии, язвенных поражений пищевода не отмечалось. Выявлена прямая корреляционная связь между наличием эрозивного эзофагита и выраженностью ДСТ ($\rho = 0,534$, $p < 0,01$).

Возникновение одновременно множественных эрозий в пищеводе отмечено только у детей с диспластическим фоном (5 человек, в том числе 4 ребенка с ДСТ 3 степени). У 2 детей с ДСТ одновременно с эрозивным эзофагитом в пищеводе имелись эрозированные полипы.

Упорное течение эрозивно-язвенных поражений с их повторным многократным возникновением в одном или разных отделах пищеварительного тракта было характерно для детей с несостоятельностью соединительной ткани и, в первую очередь, для пациентов с ДСТ 3 степени. Нередко у ребенка сначала возникал эрозивный гастрит и/или дуоденит, потом присоединялся эрозивный эзофагит.

Заключение. Пищевод очень часто вовлекается в воспалительный процесс у детей с заболеваниями верхних отделов пищеварительного тракта, особенно у пациентов с диспластическим фоном. Для этой группы характерны патологические кислые и щелочные гастроэзофагеальные рефлюксы, эндоскопически положительный вариант гастроэзофагеальной рефлюксной болезни. Эзофагиты у пациентов с ДСТ существенно чаще сопровождаются возникновением эрозий в пищеводе, в том числе множественными, что требует настороженности лечащего доктора, своевременного назначения ФЭГДС и пролонгированных курсов терапии.

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ И ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРЫХ ОДОНТОГЕННЫХ ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ПОЖИЛЫХ ЛЮДЕЙ

Андрей Константинович Иорданишвили

Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова. 194044, Санкт-Петербург, ул. Академика Лебедева, д. 6

E-mail: professoraki@mail.ru

Ключевые слова: пожилые люди, острые одонтогенные гнойно-воспалительные заболевания, тяжесть течения заболевания, эффективность лечения, остеомиелит, абсцесс, флегмона, эффективность комплексной терапии.

Введение. Одонтогенные гнойно-воспалительные заболевания (ОГВЗ) челюстно-лицевой области (ЧЛО), несмотря на достигнутые успехи в диагностике и лечении данной патологии в современной медицине, не потеряли своей научно-практической значимости и остаются одной из ведущих проблем геронтостоматологии и челюстно-лицевой хирургии. Возрастание числа случаев ОГВЗ ЧЛО у пожилых и старых людей обусловлено значительным снижением качества жизни населения, материально-бытовых условий, ухудшением питания, отсутствием санации полости рта, снижением уровня и качества личной гигиены, которые способствуют понижению общей резистентности и неспецифического иммунитета и нарастанию уровня стоматологической заболеваемости и случаев хронической одонтогенной инфекции.

Цель исследования. Оценить эффективность лечения ОГВЗ ЧЛО у пожилых людей и особенности их клинического течения.

Материал и методы. Для создания методики оценки тяжести течения ОГВЗ ЧЛО у пожилых людей был проведен анализ клинической картины 25 (6 мужчины и 19 женщин) пациентов в возрасте от 61 до 73 лет, страдающих различными нозологическими формами ОГВЗ ЧЛО, что позволило выделить основные симптомы, которые легли в основу разработанной методики по оценке тяжести течения ОГВЗ ЧЛО и эффективности его лечения. Затем была проведена апробация предложенной методики в практике челюстно-лицевого стационара на примере пожилых людей, страдающих ОГВЗ ЧЛО. Исследование полностью соответствовало этическим стандартам Комитета по экспериментам на человеке Хельсинкской декларации 1975 г. и ее пересмотренного варианта 2000 г. Полученный в результате исследования цифровой материал обработан на персональном компьютере с использованием специализированного пакета для статистического анализа — Statistica for Windows v.6.0.

Результаты. В ходе клинического наблюдения за пожилыми пациентами, страдающими ОГВЗ ЧЛО, выявляли основные симптомы, которые характеризовали особенности течения гнойно-воспалительной патологии челюстно-лицевой области одонтогенного происхождения. После определения пяти наиболее значимых клинических симптомов провели их градацию по степени выраженности, что позволило использовать полученный клинический материал для создания методики определения степени тяжести течения, а также эффективности комплексного лечения ОГВЗ ЧЛО у людей старших возрастных групп.

Для оценки тяжести течения ОГВЗ ЧЛО у пожилых людей и эффективности проводимого комплексного лечения был разработан следующий полуколичественный способ. Суть методики состоит в том, что врач оценивает состояние пожилого пациента с учетом клинической картины ОГВЗ ЧЛО и следующих признаков в баллах: 1) нозологическая форма ОГВЗ ЧЛО: 1) оценка состояния пациента, страдающего ОГВЗ ЧЛО: удовлетворительное — 0; средней тяжести — 1; тяжелая степень тяжести течения ОГВЗ ЧЛО на основании осмотра — 5; пациент здоров — 0; выявляется периостит или остеомиелит челюсти — 1; диагностируются околочелюстные абсцессы или флегмоны — 5; 3) температура тела пациента: 36,0–36,9°C — 0; 37–38,5°C — 1; ниже 36,0°C или выше 38,5°C — 5; 4) характеристика интоксикации по клинической картине крови пациента: отсутствие интоксикации — 0; наличие умеренно выраженной интоксикации (отмечается лейкоцитоз до $15 \times 10^9/\text{л}$) — 1; наличие выраженной интоксикации (лейкоцитоз выше $15 \times 10^9/\text{л}$) — 5; 5) характеристика СОЭ: до 10 мм/ч — 0; от 10 — 30 мм/ч — 1; более 30 мм/ч — 5. После регистрации исходного клинического состояния пожилого пациента, страдающего ОГВЗ ЧЛО, согласно предложенной методики, необходимо осуществить

подсчет баллов в сумме и оценить тяжесть течения патологии исходя из полученной суммы баллов: от 0 — пациент практически здоров; 1–4 балла — легкая степень тяжести ОГВЗ ЧЛО; 5–9 баллов — средняя степень тяжести течения ОГВЗ ЧЛО; 10–25 баллов — тяжелая степень тяжести течения ОГВЗ ЧЛО.

Для определения эффективности проведенной комплексной терапии при ОГВЗ ЧЛО, необходимо произвести расчет с использованием следующей формулы: Эффективность комплексного лечения ОГВЗ ЧЛО (%) = $100 \times (A - B) / A$, где А — сумма баллов при клинической оценке состояния пациента до начала комплексных лечебно-профилактических мероприятий; В — сумма баллов при клинической оценке состояния пациента на этапе или по завершению комплексной терапии или мероприятий стоматологической реабилитации.

На втором этапе клинического исследования проведена апробация предложенной методики в практике челюстно-лицевого стационара на пожилых пациентах, страдающих различными нозологическими формами ОГВЗ ЧЛО. Приведем клиническое наблюдение. Пациент Е., 66 лет, поступил в челюстно-лицевое отделение многопрофильного стационара по поводу острого одонтогенного остеомиелита нижней челюсти от 4.7 зуба осложненного флегмоной поднижнечелюстного пространства справа. При поступлении в стационар, тяжесть течения у пациента ОГВЗ ЧЛО с учетом клинической картины заболевания, состояния пациента и клинического анализа крови, по предложенной методике, можно было характеризовать как тяжелое, так как цифровое значение предложенного индекса у этого пациента на момент поступления составила 11 усл. ед.

Спустя 8 дней от момента поступления в стационар и начала комплексного лечения ОГВЗ ЧЛО у пожилого пациента Е., 66 лет, наступило значительное улучшение. Пациенту был удален «причинный» 4.7 зуб, вскрыта и дренирована флегмона правого поднижнечелюстного пространства, а также назначена медикаментозная (противомикробные, противовоспалительные, антигистаминные, общеукрепляющие препараты) терапия, что привело к снижению тяжести течения ОГВЗ ЧЛО до легкой степени. Об этом свидетельствовало цифровое выражение клинической картины ОГВЗ ЧЛО, которое составило 4 балла, что по предложенной методике, можно было характеризовать как легкую степень тяжести течения заболевания. Исходя из динамики течения ОГВЗ ЧЛО у пациента Е., 66 лет, он был выписан из стационара на амбулаторное долечивание. Использование предложенной методики позволило оценить эффективность проведенного комплексного лечения ОГВЗ ЧЛО у пациента Е., 66 лет, которая составила 63,64%. Клинический опыт применения предложенной методики в челюстно-лицевом отделении многопрофильного стационара показал, что она может быть использована также для аналогичных целей у пациентов с неодонтогенными гнойно-воспалительными заболеваниями ЧЛО.

Заключение. Улучшение оценки тяжести течения ОГВЗ ЧЛО, а также оценки эффективности комплексной терапии у пожилых людей, является актуальной задачей не только челюстно-лицевой хирургии и стоматологии, но и современной мировой медицины, так как у людей старших возрастных групп рассматриваемая патология протекает тяжело. Проведенное клиническое исследование позволило разработать методику оценки тяжести течения ОГВЗ ЧЛО у пожилых людей, выявить основные клинические симптомы рассматриваемой патологии, которые встречаются у лиц старших возрастных групп. Предложенная методика оказалась применимой для использования также у пожилых пациентов с неодонтогенными гнойно-воспалительными заболеваниями ЧЛО. Методика проста в использовании, не занимает много времени и может применяться в клинической стоматологической практике и научных исследованиях. Клинические наблюдения за комплексным лечением ОГВЗ ЧЛО у пожилых людей показало, что оно может быть эффективно при своевременно оказанном хирургическом пособии и назначении адекватной фармакотерапии, которая учитывает особенности клинического течения воспалительного процесса ЧЛО и сопутствующую патологию.

БОЛЕЗНЬ КРОНА КАК ФАКТОР РИСКА РАЗВИТИЯ АТЕРОСКЛЕРОЗА

*Георгий Олегович Исаев, Марта Валерьевна Юраж,
Мария Алексеевна Исайкина, Ольга Юрьевна Миронова*

Федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования «Первый Московский государственный медицинский университет имени И. М. Сеченова» Министерства здравоохранения Российской Федерации (Сеченовский Университет), 119435, г. Москва, ул. Большая Пироговская, д. 6, стр. 1

Email: isago1804@gmail.com

Ключевые слова: болезнь Крона, воспалительные заболевания кишечника, атеросклероз, хроническое воспаление, кардиология.

Вступление: Болезнь Крона (БК) является воспалительным заболеванием кишечника (ВЗК). Известно, что хроническая воспалительная реакция организма может приводить к прогрессированию атеросклероза. Следовательно, ВЗК и, в частности, БК могут приводить к развитию и прогрессированию атеросклероза за счет процессов дисрегуляции иммунного ответа и персистенции воспаления в организме. Наиболее доступным и простым способом оценки атеросклероза периферического русла является ультразвуковое исследование сосудов. Изменение толщины стенки сосуда косвенно говорит о атеросклеротическом процессе, протекающем в организме.

Цель исследования: Оценить влияние БК на толщину стенки брахиоцефальных сосудов и наличие атеросклеротических бляшек в брахиоцефальном русле.

Материалы и методы: В исследование было включено 2 группы пациентов: пациенты с болезнью Крона (БК), и пациенты контрольной группы. Диагноз БК выставлялся согласно клиническим рекомендациям по данным заболеваниям и подтверждались гистологически после проведения колоноскопии. Исследование проводилось на базе Университетской клинической больницы №1 Сеченовского университета. Пациенты с БК включались в исследование вне зависимости от тяжести течения заболевания, его активности и получаемой терапии. Критериями невключения в исследования было наличие заведомо высокого сердечно-сосудистого риска, наличие известных сердечно-сосудистых заболеваний, наличие других известных заболеваний, которые могут вызвать системную воспалительную реакцию (ревматоидный артрит, системные заболевания соединительной ткани, псориаз и тд.). Пациентам проводилась ультразвуковая доплерография брахиоцефальных артерий (УЗДГ БЦА). Исследование проводилось опытным специалистом функциональной диагностики на аппаратуре экспертного класса (Samsung Medison Accuvix A30). Специалисту не сообщался диагноз испытуемого. Пациенты сравнивались по нескольким параметрам: возраст, пол, индекс массы тела, скорость оседания эритроцитов, количество лейкоцитов, уровень С-реактивного белка, уровень общего холестерина, уровень триглицеридов, уровень липопротеинов высокой плотности (ЛПВП), уровень липопротеинов низкой плотности (ЛПНП). При УЗДГ БЦА в рамках исследования регистрировались данные: толщина комплекса интима-медиа (ТКИМ) на подключичных артериях (ПКА) и общей сонных артериях (ОСА) с двух сторон, а также наличие атеросклеротических бляшек в бассейнах подключичных и сонных артерий.

Результаты: В исследование включено 37 пациентов (17 контрольной группы и 20 группы БК). Группы пациентов были сопоставимы практически по всем показателям, кроме скорости оседания эритроцитов (Контрольная группа VS БК: 7,35 мм/час±5,16 vs 12,9 мм/час±10,19 p=0,05), уровня общего холестерина (Контрольная группа VS БК: 5,15 ммоль/л±0,67 vs 4,40 ммоль/л±1,3 p=0,038) и уровню ЛПВП (Контрольная группа VS БК: 1,45±0,44 vs 1,19±0,32 p=0,054). Примечательно, что показатели липидограммы в контрольной группе оказались хуже. Выявлена статистически значимая разница в средней ТКИМ на ПКА слева (Контрольная группа VS БК: 0,06 см±0,01 vs 0,07 см±0,02 p=0,05), ОСА с обеих сторон (слева: контрольная группа VS БК: 0,07 см±0,02 vs 0,08 см±0,01 p=0,035; справа: контрольная группа VS БК: 0,07 см±0,02 vs 0,08 см±0,02 p=0,023). У 3 (15%) пациентов с БК выявлены атеросклеротические бляшки в бассейне сонных артерий, у пациентов контрольной группы бляшек не обнаружено.

Заключение: Пациенты с БК имеют большую ТКИМ, чем пациенты без ВЗК, что может говорить о том, что ВЗК оказывают негативное влияние на атеросклеротический процесс в стенках сосудов, даже несмотря на уровень холестерина в организме.

ОБ ЭФФЕКТИВНОСТИ ГЕННОЙ ИНЖЕНЕРНОЙ БИОЛОГИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ХРОНИЧЕСКИХ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ КИШЕЧНИКА

Гулбаршын Каппаскызы Калимолдина, Зауреш Кенжсехановна Жумадилова, Алида Шариповна Каскабаева, Жанна Ергалиевна Муздубаева

Государственный медицинский университет г.Семей. 071400, Республика Казахстан, г. Семей, ул. Абая, 103

E-mail: gubakk@mail.ru

Ключевые слова: хронические воспалительные заболевания кишечника, язвенный колит, болезнь Крона, биологическая терапия, инфликсимаб, Фламмегис.

Введение. Хронические воспалительные заболевания кишечника (ХВЗК) — язвенный колит (ЯК) и болезнь Крона (БК) являются одними из наиболее тяжелых заболеваний органов пищеварения. Настоящее время ХВЗК перестают быть редкими заболеваниями, так распространенность ЯК составляет 21–268 случаев на 100тыс, с ежегодным приростом от 5 до 20 случаев на 100 тыс., с его увеличением за последние 10 лет в 6 раз. Наряду с чем многие авторы подчеркивают распространенность ХВЗК среди лиц молодого, трудоспособного возраста, манифестацией патологии от 30 — до 50% всех случаев у подростков; тяжелое прогрессирующее течение, системными проявлениями, приводящее к стойкой утратой трудоспособности и формированию на 3–6 году резистентности к лечению. Связи с чем конец XX века ознаменовался изучением возможностей применения генной инженерной биологической терапии (ГИБТ) при ХВЗК, разработанной на основе синтеза антагониста фактора некроза опухоли альфа — инфликсимаба и уже в первом десятилетии XI века были представлены многочисленные сообщения об опыте их применения (A.Jha, W.Dunlop, A.Upton, Великобритания; J.Yoon Suk et al., Корея; A. Gils et al., Бельгия; J.Sieczkowska et al., Польша; T.Molnar et al., Венгрия). В том числе доступным стало использование данных технологий и в регионах РК (Ф.К. Смаилов с соавт, 2014г.).

Цель исследования явилось изучение эффективности генной инженерной биологической терапии при ХВЗК

Материалы и методы. Исследование проведено на базе клиники Государственного медицинского университета г.Семей.

Критериями включения в настоящее исследование пациентов явились:

1. верифицированный диагноз ХВЗК, соответствующий средней и тяжелой степени;
2. наличие гормональной зависимости и/или резистентности к традиционной терапии;
3. отсутствие тяжелых, декомпенсированных сопутствующих заболеваний;
4. отсутствие психических заболеваний, туберкулезной инфекции, активных вирусных заболеваний (н-р герпетической, цитомегаловирусной инфекции, хронических вирусных гепатитов и т.п.).

Соответственно определение последних (п 3,4) явилось критерием исключения, на ряду с легкой степенью тяжести ХВЗК, неактивной фазой воспаления. Также нами рассматривалось соблюдение условий непрерывного наблюдения и продолжения программного применения биологической терапии на протяжении всего периода исследования, связи с чем исключались возможности прерывания лечения пациентами на основании как субъективных, так и объективных причин, не связанных с медицинскими аспектами, как то отдаленность проживания и т.п. Следует отметить, проведению исследования предшествовало подписание пациентами информированного согласия, включающего в себя все положения договора по проведению ГИБТ с оповещением больных о всех побочных реакциях и осложнениях этого вида лечения.

Проведение биологической терапии осуществлялась в условиях гастроэнтерологического отделения университетского госпиталя ГМУ г. Семей. по разработанной и общепринятой методике, составляющей в/в инфузии каждые 8 недель с мониторингом результатов терапии. Средний период наблюдения составил 1год 4 месяца. Суммарная эффективность оценивалась спустя 3 и 6 месяцев от начала лечения.

Всего нами было проведено 41 сеанс ГИБТ, 0,82% случаев — 2 сеанса были прерваны из-за развития аллергической реакции с клиникой бронхоспазма, кожной сыпи по типу крапивницы, купированных в последующем бесследно и отменой проведения биологической терапии, Индикаторами эффективности лечения послужили клинические критерии — частота стула, наличие и выраженность патологических включений, масса тела больных; из лабораторных показателей — общедоступные для исследования уровень гемоглобина, эритроцитов, лейкоцитов, СОЭ. А также уровень фекального кальпротектина и показатели копрограммы. Эффективность применения ГИБТ определялась в начале лечения (после 3 инъекции, что соответствовало сроку 3 месяцев от начала лечения), в середине лечения — спустя 6 инъекций (6 месяцев) и спустя год от начала исследования. Для оценки различий между средними величинами использовался непараметрический критерий Вилкоксона для парных выборок (Wilcoxon signed rank test). При проведении попарных сравнений в три различные моменты времени был использован новый критический уровень значимости. ($0,05/3=0,017$). Поскольку распределение переменных отличается от нормального, данные описаны с помощью медиан.

Результаты. Эффективность ГИБТ была изучена у 20 больных ХВЗК, преимущественно 90% с Язвенным колитом и 10% — болезни Крона. Средний возраст больных был 37 лет (95%ДИ:33,4–40,7) СО=7,8. Самому молодому пациенту было 20 лет, самому старшему 51 год, соотношение мужчин и женщин 1:1. По социальному положению 90% ($n=18$) участников были инвалиды, безработные составили 10% ($n=2$). Возможные этиологические факторы: среди больных были распространены ятрогенные факторы, табакокурение, сопутствующие заболевания ЖКТ. Клиническая характеристика ХВЗК: следует отметить, что такие симптомы как диарея с примесью крови и слизи в стуле были свойственны для ЯК, при БК — в большей степени выраженности отмечались болевой синдром, лихорадка и системные проявления, такие как полиартралгии, кардиты, дерматиты. Эндоскопически картина поражения толстой кишки была представлена гиперемией, эрозивно-язвенными нарушениями.

При проведении ГИБТ уже после первых сеансов отмечалось сокращение частоты стула у 87,5% больных — в 2 и более раза, снижение патологических примесей на 74,1%. Динамика копрограммы: в начале исследования у всех 20 (100%) пациентов стул был неоформленный — жидкий, в середине исследования у 10 (50%) стал оформленным, у 10 (50%) пациентов кашицеобразным. К завершению исследования у всех 20 (100%) стул сохранял оформленную структуру. Наличие примеси эритроцитов в стуле отчетливую достоверную динамику достигло после 6 инъекции ГИБТ, между тем выраженные воспалительные маркеры — лейкоциты в копрограмме уже с начала лечения имели тенденцию к уменьшению: если в начале исследования до 80% случаев отмечалось наличие в значительном количестве, то после 3 инъекций ГИБТ — только в 10% случаев с их отсутствием в копрограмме после 6 инъекции.

Противовоспалительную эффективность проводимой терапии также отражала динамика фекального кальпротектина. Так для сравнения уровня фекального кальпротектина в ходе лечения использовался непараметрический критерий Q-критерий Кокрена для трех связанных групп. В начале исследования у 12 больных уровень фекального кальпротектина был T1-T2, в середине и в конце исследования этот показатель у всех 20 пациентов был равен T1 ($Q=24,000$, $df=2$, $p=0,000$). Нулевую гипотезу об отсутствии различий между группами опровергаем и этот показатель статистически значим ($p=0,000$).

Также у больных после 3 сеанса отмечается стойкое прибавление веса на 16,2% — к 5 сеансу на 19,8%. Снижение активности проявлений ЯК — у 100% пациентов нашло отражение в уменьшении индекса Мейо на 2–4 балла. Изменение стула как в качественную (наличие крови в стуле) — у 60% пациентов снижение на 1 балл и более, так и в количественную сторону — у 100% снижение на 1 балл и более, что отражается уменьшением в динамике индекса Мейо (у 100% пациентов на 2 балла и более).

Заключение. Таким образом, реальные прогнозы применение биологической терапии при ХВЗК основаны на возможности достижения значительного клинического эффекта, подтвержденного очевидной положительной лабораторной динамикой признаков анемии и воспалительной активности заболевания с тенденцией к нарастанию этой динамики по мере продолжения программного применения ГИБТ от 3 до 6 месяцев, приводящих в конечном итоге с индукции ремиссии и повышению качества жизни больных с ХВЗК.

ОЦЕНКА РОЛИ ФАКТОРОВ РИСКА В ФОРМИРОВАНИИ ГАСТРОИНТЕСТИНАЛЬНОЙ ФОРМЫ ПИЩЕВОЙ АЛЛЕРГИИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

Инобат Мухамеджановна Ахмедова², Зулхумор Ерназаровна Умарназарова¹, Дилрабо Абдиазизовна Абдуллаева¹, Шазода Саидбакиевна Султанходжаева², Геллер Светлана Игоревна¹

¹ Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр педиатрии

² Центр развития профессиональной квалификации медицинских работников

E-mail: shozoda_07@mail.ru, geller_svetlana@mail.ru

Ключевые слова: дети, аллергия, коровье молоко, заболевание, факторы риска, ЖКТ.

Введение. Гастроинтестинальная аллергия—это поражение желудочно-кишечного тракта аллергической природы, которое занимает второе место среди патологий, связанной с пищевой аллергией. При гастроинтестинальной форме пищевой аллергии в системе мер направленных на снижение аллергических заболеваний, наибольшую актуальность приобретает изучение механизмов их развития у детей первых лет жизни, с выявлением факторов риска их развития, что является главным ориентиром в изучении особенностей формирования болезни.

Цель: Изучение роли факторов риска в формировании гастроинтестинальных форм пищевой аллергии у детей раннего возраста.

Материалы и методы. Под наблюдением было 109 пациентов в возрасте от 3 месяцев до 3 лет, из них мальчиков было 57 (52,3%), 52 девочек (47,7%), находящиеся на стационарном лечении в отделении гастроэнтерологии РСНПМЦП. В работе использовались общеклинические, аллерго-иммунологические, инструментальные методы обследования, анкетирование родителей. В качестве факторов риска, влияющих на формирование гастроинтестинальной формы пищевой аллергии у детей, нами взяты медико-биологические, социальные факторы включающие анамнестические сведения и преморбидный фон ребенка, которые отражали их влияние на формирование изучаемой патологии. Проводилась количественная оценка факторов риска, приводящих к формированию пищевой аллергии у детей. Влияние экзогенных и эндогенных факторов риска на формирование гастроинтестинальной формы пищевой аллергии у детей раннего возраста оценивали путём вычисления относительного риска, атрибутивного риска, этиологической доли, отношения шансов.

Результаты исследования. При анализе этиологической доли факторов риска (доля добавочного риска, содержащего ту же информацию что и атрибутивный риск), по величине вклада признаков (факторов риска) в формирование заболевания, нами установлена: наибольший удельный вес занимает раннее введение молочных каш, состояния, протекающие с затяжной диареей; анемии у матери во время беременности; частые медицинские аборт; кесарева сечение; пищевая аллергия среди других членов семьи; раннее смешанное вскармливание ребенка; лекарственная аллергия у родственников; антенатальные факторы, приводящие к внутриутробной сенсибилизации плода, то есть злоупотребление беременной облигатными аллергенами.

Выводы. При наличии у беременной аллергической реакции из диеты исключают высокоаллергенные продукты. Необходимо исключительное грудное вскармливание, как минимум, до 4–6 месяцев жизни. Не рекомендуется раннее (до 6 месяцев жизни) введение прикорма. При невозможности грудного вскармливания детям из группы риска по развитию аллергических заболеваний рекомендуется использовать частичные гидролизаты белка. С целью выявления групп детей с высоким риском развития аллергической патологии необходимо проведение анкетирования беременных женщин с отягощенным аллергологическим анамнезом, чтобы повысить эффективность профилактических мероприятий. Максимальное устранение факторов, имеющих выраженное неблагоприятное влияние на формирование гастроинтестинальных форм пищевой аллергии у детей, является ранней профилактикой заболевания.

ВЫЯВЛЕНИЕ ГИПЕРТРАНСАМИНАЗЕМИИ ПРИ СКРИНИНГЕ ЦЕЛИАКИИ У МОЛОДЫХ МУЖЧИН 18–27 ЛЕТ

Александра Михайловна Карелина¹, Илья Германович Фёдоров^{1,2}, Людмила Юрьевна Ильченко², Гаяне Гургеновна Тотолян², Игорь Геннадиевич Никитин²

¹Городская клиническая больница им. В. М. Буянова, 115516, г. Москва, ул. Бакинская, д. 26

²Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н. И. Пирогова, 117997, г. Москва, ул. Островитянова д. 1

E-mail: sashenka.ul-wnl@list.ru

Ключевые слова: целиакия, мужчины призывного возраста, хронические заболевания, диагностика.

Введение. Целиакия (глютеновая энтеропатия) — хроническая генетически детерминированная аутоиммунная Т-клеточно-опосредованная энтеропатия, характеризующаяся стойкой непереносимостью специфических белков злаковых культур с развитием атрофии слизистой оболочки тощей кишки и синдрома мальабсорбции. Здоровье мужчин молодого возраста относится к значимой медико-социальной проблеме. Среди заболеваний у мужчин 18–27 лет преобладают болезни органов пищеварения (язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь, воспалительные заболевания кишечника, функциональные нарушения и др.). Вместе с тем в последние годы отмечен значительный рост заболеваемости целиакией: в России предполагаемая частота встречаемости целиакии в 2019 г. составила около 1:100 — 1:250 у трудоспособного населения. Однако, распространенность данного заболевания у мужчин 18–27 лет неизвестна. В литературе отмечено наличие взаимосвязи целиакии с аутоиммунными заболеваниями печени (АИЗП) (аутоиммунным гепатитом (АИГ), первичным склерозирующим холангитом (ПСХ)). Установлено, что частота АИЗП среди пациентов с целиакией выше средней в популяции, а среди больных АИГ и ПСХ выше заболеваемость целиакией. Наиболее часто наблюдают изолированное повышение активности аминотрансфераз (АЛТ, АСТ), которое нормализуется при соблюдении аглютеновой диеты. По данным разных авторов, гипертрансаминаземию диагностируют у 8–47% пациентов с целиакией.

Цель исследования: оценить встречаемость гипертрансаминаземии при скрининге целиакии у молодых мужчин 18–27 лет.

Материалы и методы: за период с 01.2022 г. по 05.2023 г. в отделение гастроэнтерологии многопрофильного стационара было госпитализировано 1295 мужчин молодого возраста, направленных районными военкоматами. Проведено обследование, включавшее клинико-лабораторные (общий анализ крови, биохимический анализ крови, расчет индекса массы тела (ИМТ)) и инструментальные методы (ультразвуковое исследование органов брюшной полости, эзофагогастродуоденоскопия (ЭГДС), фиброколоноскопия, уреазный дыхательный тест, гистологическое исследование). Для выявления целиакии с помощью иммуноферментного анализа (ИФА) в крови определяли антитела (АТ) к глиадину (IgA, IgG), к тканевой трансглутаминазе (anti-tTG IgG, IgA), к деамидированным пептидам глиадина (anti-DGP IgG, IgA).

Результаты. По данным иммуноферментного анализа крови в 304/1295 (23,4%) случаях зарегистрировано повышение уровня антител: у 21 (6,9%) — к глиадину IgA; у 87 (28,6%) — к глиадину IgG; у 16 (5,2%) — к anti-tTG IgA; у 25 (8,2%) — к anti-tTG IgG; у 12 (3,9%) — к anti-DGP IgA; у 17 (5,5%) — к anti-DGP IgG, а у 126/304 (41,4%) пациентов получено их различное сочетание. В клинической картине преобладали жалобы на боли в эпигастрии — 112 (36,8%), тошнота — 8 (2,6%), отрыжка — 4 (1,3%), изжога — 2 (0,6%), запоры — 2 (0,6%), диарея — 5 (1,6%); их сочетание отмечено у 144 (47,3%); отсутствие жалоб — у 27 (8,8%). Снижение массы тела (ИМТ менее 18,5 кг/м²) наблюдалось у 53 (17,4%) пациентов. Также среди пациентов с повышенным уровнем АТ зарегистрирована гипертрансаминаземия у 86 (28,2%) мужчин. При ЭГДС в постбульбарном отделе двенадцатиперстной кишки у 92 (30,2%) обследованных наблюдалась отечная слизистая с очаговой поперечной гиперемией. В одном случае при гистологическом исследовании выявлена картина характерная для целиакии по Marsh 1.

Заключение. Согласно клиническим рекомендациям ВОЗ, 2016 г., наличие целиакии можно предположить у 15,1% (196/1295) обследованных нами мужчин призывного возраста. Состояние 35,5% (108/304) пациентов, имеющих лишь положительные АТ к глиадину, нами расценено как нецелиакийная чувствительность к глютену. Повышение активности аминотрансминаз отмечено у 44,3% (87/196) мужчин с предполагаемой целиакией. Всем пациентам с подозрением на целиакию была рекомендована аглютеновая диета, длительное соблюдение которой приводит к восстановлению нормального строения слизистой оболочки, нормализации аминотрансфераз, улучшению всасывания микронутриентов.

О ПОДГОТОВКЕ МЕДИЦИНСКИХ СЕСТЕР ОКАЗАНИЮ ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ

Галина Борисовна Кацова, Нина Петровна Малеева

Оренбургский государственный медицинский университет. 450002, Оренбург, ул. Советская, д. 6

E-mail: kazovagalina@yandex.ru

Ключевые слова: паллиативная помощь, медицинские работники, повышение квалификации.

Введение. По данным мировой статистики ежегодно в оказании паллиативной помощи нуждаются более 40 миллионов человек. Международная сеть ППД (ICPCN) каждый год регистрирует более 8 миллионов детей во всем мире, рожденных с генетическими заболеваниями и врожденными пороками, в том числе и пищеварительной системы, которые в перспективе будут нуждаться в оказании паллиативной медицинской помощи (ПМП). Однако не все нуждающиеся в паллиативной помощи действительно получают её. Одним из факторов этого является недостаток подготовленных по паллиативной помощи специалистов. В Российской Федерации вопросы оказания паллиативной помощи регулирует приказ Министерства здравоохранения РФ и Министерства труда и социальной защиты РФ от 31 мая 2019 г. N 345н/372н «Об утверждении Положения об организации оказания паллиативной медицинской помощи, включая порядок взаимодействия медицинских организаций, организаций социального обслуживания и общественных объединений, иных некоммерческих организаций, осуществляющих свою деятельность в сфере охраны здоровья». Согласно п. 10 приказа «..паллиативная медицинская помощь оказывается медицинскими работниками, прошедшими обучение по оказанию такой помощи».

Подготовка кадров для оказания паллиативной помощи является актуальной задачей образовательных организаций и работодателей, являющихся заказчиками и независимыми экспертами оценки качества обучения.

Цель исследования. Обобщить опыт работы кафедры сестринского дела Оренбургского государственного университета подготовке сестринских кадров по паллиативной медицине.

Материалы и методы. Рабочие программы циклов паллиативной помощи и анализ результатов подготовки обучающихся.

Результаты. В Оренбургском государственном медицинском университете обучение медицинских сестер по оказанию паллиативной помощи осуществляется на кафедре сестринского дела с 2019 года. Разработаны программы дополнительного профессионального образования продолжительностью 36 и 144 часа по очной форме с применением дистанционных образовательных технологий. На занятиях разбираются вопросы истории становления хосписной и паллиативной помощи в России и за рубежом, причин развития основных патологических синдромов, правовые основы оказания паллиативной помощи. Уделяется внимание психологическим проблемам пациентов и их родственников. Учитывая большую физическую и эмоциональную нагрузку медицинской сестры при работе с паллиативным пациентом, на занятиях обсуждаются проблемы синдрома профессионального выгорания. Особая роль отводится практической части циклов, на которой отрабатываются существующие и новые технологии ухода за паллиативным гастроэнтерологическими больным с использованием современных манекенов-тренажеров.

В процессе работы мы пришли к выводу, что особой проблемой является оказания паллиативной помощи больным ВИЧ и СПИД с гастроэнтерологической симптоматикой. В рамках взаимодействия с автономной некоммерческой организацией по профилактике социально значимых заболеваний — поддержка людей, живущих с ВИЧ, в Оренбурге и Оренбургской области, поддержанной фондом президентских грантов нами разработана программа по подготовке не только медицинских работников, но и студентов, родственников больных, волонтеров вопросам домашнего ухода за больными СПИД и ВИЧ. На циклах изучаются причины заболевания, пути передачи, осваиваются навыки самостоятельного ухода и ухода за пациентом в домашних условиях.

По окончании циклов обучающиеся сдают экзамен в форме собеседования или тестирования, показывают хорошие знания и навыки ухода за паллиативным больным.

Заключение. Таким образом, обучение медицинских сестер, родных пациента, волонтеров вопросам оказания паллиативной помощи больным с гастроэнтерологическими симптомами поможет решить многие проблемы, существующие в настоящее время в паллиативной медицине.

МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ХРОНИЧЕСКОГО ГАСТРОДУОДЕНИТА У ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ: РЕЗУЛЬТАТЫ ОРИГИНАЛЬНОГО ИССЛЕДОВАНИЯ

Ольга Александровна Кизимова, Юлия Александровна Фоминых,
Руслан Абдуллаевич Насыров

Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет. 194100, Санкт-Петербург, ул. Литовская, д. 2

E-mail: olya.kizimova.95@mail.ru

Ключевые слова: билиарный гастрит, иммуногистохимия, маркеры пролиферации, эндотелиальные маркеры, *Helicobacter pylori*.

Введение. Билиарный гастрит (рефлюкс-гастрит) является актуальной проблемой в настоящее время, поскольку, по мнению многих зарубежных исследователей, является предраковым состоянием. Особая роль уделяется патоморфологическим изменениям слизистой оболочки желудка, влиянию на течение *H. pylori*-инфекции и участию в развитии канцерогенеза желудка. Однако в отношении билиарного гастрита существует много противоречивых данных.

Цель исследования. Сравнение экспрессии иммуногистохимических маркеров в желудке и двенадцатиперстной кишке в зависимости от *H. Pylori* и патологического дуоденогастрального рефлюкса (ДГР) у пациентов через 6 месяцев после холецистэктомии (ХЭ) по поводу желчно-каменной болезни (ЖКБ).

Материалы и методы. Обследовано 64 пациента, обратившиеся в СПб ГБУЗ “Елизаветинская больница” в период с февраля по июнь 2023 года с показаниями для проведения ХЭ по поводу ЖКБ. Средний возраст составлял $46,3 \pm 9,7$ лет. Все пациенты распределены по группам: I — 22 пациента с небилиарным и HP неассоциированным гастритом; II — 23 пациента с билиарным и HP — ассоциированным гастритом; III — 19 пациентов с билиарным и HP неассоциированным гастритом. Всем участникам выполнялось клинико-лабораторное, инструментальное и гистологическое исследования. Нашим коллективом были получены образцы биопсийного материала, в котором мы оценивали экспрессию эндотелиальных маркеров (CD34, эндотелиальный сосудистый фактор роста — VEGF), маркера апоптоза (CD-95), маркеров пролиферации (ki-67, CDX2) с помощью иммуногистохимического окрашивания.

Результаты. По данным проведенного исследования уровни маркеров в I группе до и после ХЭ существенно не отличались. У пациентов из II группы наблюдалась повышенная экспрессия уровней маркеров ki-67 в теле желудка ($p < 0,05$ ($p = 0,03$)), CDX2 в теле ($p < 0,05$ ($p = 0,030$)) и антральном отделе желудка ($p < 0,05$ ($p = 0,001$)). Также была получена повышенная экспрессия эндотелиальных маркеров: CD -34 $p < 0,05$ ($p = 0,001$) и VEGF $p < 0,05$ ($p = 0,035$) в теле желудка и CD -34 $p < 0,05$ ($p = 0,000$), VEGF $p < 0,05$ ($p = 0,02$) в антральном отделе желудка. В III группе наблюдалась повышенная экспрессия маркеров CD-95 ($p = 0,017$), Ki-67 ($p = 0,002$), CDX2 ($p = 0,043$) в антральном отделе, а также значительное увеличение уровня маркеров CD34 ($p = 0,012$) и VEGF ($p = 0,003$) как в кардиальном отделе, так и в антральном отделе желудка — CD34 ($p = 0,020$), VEGF ($p = 0,003$).

Заключение. Промежуточный анализ данных указывает на более высокую оценку маркеров пролиферативной активности и сосудистых маркеров через 6 месяцев после холецистэктомии по поводу желчнокаменной болезни в группе II и III, что может свидетельствовать о прогрессировании и развитии кишечной метаплазии, ангиогенеза, что вероятно способствует канцерогенезу желудка.

ЛЕЧЕНИЕ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ СТРИКТУР ХОЛЕДОХА С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ АНТЕГРАДНОЙ ЧРЕСФИСТУЛЬНОЙ ХОЛАНГИОСКОПИИ У БОЛЬНЫХ С ПОСТХОЛЕЦИСТЭКТОМИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ.

Алексей Дмитриевич Ковалевский

Государственное автономное учреждение здравоохранения Свердловской области «Городская клиническая больница № 14», 620095, г. Екатеринбург, ул. 22 Партсъезда, 15а

E-mail: alexkov1968@mail.ru

Ключевые слова: антеградная холангиоскопия, стеноз терминального отдела холедоха, эндоскопическая папиллосфинктеротомия, гибридная эндоскопия.

Введение. Эндоскопическая папиллосфинктеротомия является признанным «стандартом» в лечении доброкачественных стенозов терминального отдела холедоха и большого дуоденального сосочка. Но, несмотря на широкое её внедрение, риск послеоперационных осложнений достигает 16,5% с уровнем летальности 5,4%.

Цель исследования. Изучить результаты применения антеградно ассистированной гибридной методики эндоскопической папиллосфинктеротомии (методика «RENDEZVOUS») в лечении пациентов с доброкачественными стенозами большого дуоденального сосочка, терминального отдела холедоха и билиодигестивных анастомозов.

Материалы и методы. За период 2017 — 2019 г.г. (доковидный период) в хирургических отделениях городской клинической больницы № 14 г. Екатеринбурга были пролечены 251 больной с функционирующими наружными желчными дренажами. Из них у 157 пациентов был изолированный холангиолитиаз, у 77 — сочетание холангиолитиаза и стеноза различных отделов холедоха, у 17 — доброкачественные стриктуры желчных протоков без камней. Выявленные у 234 больных камни были удалены сразу с помощью корзинок Dormia или после фрагментации с применением механической, электрогидравлической или лазерной литотрипсии через сформированный на дренаже наружный желчный свищ. Показания к гибридным операциям по поводу стриктур и стенозов были выявлены у 94 (37,54%) пациентов с доброкачественными заболеваниями желчевыводящих путей.

Результаты. У 79 пациентов применяли антеградно ассистированную папиллотомию (методика «RENDEZVOUS»). У 9 из этих больных выполнить полный разрез не удалось из-за большой протяженности стриктуры в терминальном отделе холедоха, распространяющейся за пределы общей стенки холедоха и ДПК. Для восстановления адекватного пассажа желчи на втором этапе была использована баллонная дилатация нерассеченной части стриктуры. У 1 пациента данная проблема была выявлена сразу и данную процедуру провели в ходе первичной операции. Баллонная дилатация терминального отдела холедоха, как первичное вмешательство, была выполнена у 10 больных с хирургически измененной анатомией при отсутствии эндоскопического доступа к большому дуоденальному сосочку. Нарушения пассажа желчи при стриктуре билиодигестивного анастомоза у 4 пациентов были разрешены баллонной дилатацией с проведением «каркасного» наружно — внутреннего дренажа (по типу стента).

Ещё у 1 больного после перенесенной ранее резекции желудка по Бильрот — II выполненная ранее баллонная дилатация не принесла должного эффекта. Дуоденоскоп для выполнения папиллотомии провести не удавалось из-за выраженной деформации в зоне гастроэнтероанастомоза. Пациенту была выполнена антеградная папиллосфинктеротомия с позиционированием направления разреза трансдуоденально через торцевой гастроскоп.

Доброкачественные стенозы и стриктуры терминального отдела холедоха и билиодигестивных анастомозов удалось разрешить у 93 пациентов из 94 при уровне осложнений 6,4% и 1 (1,1%) летальном исходе. У 1 больного, после антеградного удаления крупного фиксированного в ампуле конкремента во время выполнения «RENDEZVOUS» — папиллотомии произошла перфорация истонченной задней стенки холедоха в забрюшинное пространство, которая привела к развитию забрюшинной флегмоны, распространенному перитониту и летальному исходу после серии этапных операций.

Заключение. Хочется отметить, что использование гибридных технологий, в том числе «RENDEZVOUS» — папиллотомии, сопровождалось низким риском развития острого постманипуляционного панкреатита, особенно тяжелых его форм.

Но, к сожалению, использование гибридных доступов и методик навигации не позволила полностью избавиться от риска тяжелых осложнений, в том числе и от ретродуоденальной перфорации. Причиной тому могла служить тяжесть контингента пролеченных больных: запущенность патологии желчевыводящих протоков, которую не удалось разрешить ни традиционным эндоскопическим способом, ни при хирургической операции, а также сложность анатомических изменений в парафатеральной области. Это были больные с огромными камнями, пациенты с гигантскими перипапиллярными дивертикулами и сложной для эндоскопической канюляции ориентацией устья БСДК в сочетании со стенозом терминального отдела холедоха, больные с хирургически измененной анатомией верхних отделов желудочно-кишечного тракта.

Несмотря на это успешность гибридной «RENDEZVOUS» — папиллотомии составила 98,9% и сопровождалось снижением числа осложнений в сравнении с «традиционной» папиллосфинктеротомией.

ЛЕЧЕНИЕ ХОЛЕДОХОЛИТИАЗА С ПРИМЕНЕНИЕМ АНТЕГРАДНОГО ЧРЕСФИСТУЛЬНОГО ДОСТУПА

Алексей Дмитриевич Ковалевский

Государственное автономное учреждение здравоохранения Свердловской области «Городская клиническая больница № 14», 620095, г. Екатеринбург, ул. 22 Партсъезда, 15а

E-mail: alexkov1968@mail.ru

Ключевые слова: антеградная холангиоскопия, холангиолитиаз, контактная литотрипсия, лазерная литотрипсия.

Введение. Пациенты с камнями в желчных протоках на фоне наружного дренажа желчных протоков в последнее время встречаются редко, но полностью исключить из рутинной хирургической практики подобные случаи не удастся. Ни один из современных методов диагностики не гарантирует интраоперационного выявления и удаления всех конкрементов. Нередко возникают ситуации, когда при выполнении фистулохолангиографии у больных, с казалось бы полным устранением холангиолитиаза, выявляют оставленные камни в желчных протоках. Применяемая в подобных ситуациях традиционная эндоскопическая папиллосфинктеротомия с литэкстракцией имеет эффективность 82–95%, а в случаях «сложного» холедохолитиаза (камней > 15 мм) она уменьшается до 45,6–81%. При этом всегда происходит разрушение сфинктерного аппарата большого дуоденального сосочка с потерей автономности билиарного тракта и возможными осложнениями в отдаленные сроки послеоперационного периода.

Цель исследования. Оценить возможности применения чресфистульных эндоскопических манипуляций у пациентов с оставленными конкрементами желчных протоков на фоне наружного билиарного дренирования.

Материалы и методы. За период с 2017 — 2019 г.г. (доковидный период) в условиях хирургического стационара ГКБ-14 города Екатеринбурга были пролечены 251 больной с доброкачественными заболеваниями желчных путей. Холангиолитиаз был выявлен у 234 (93,2%) пациентов. Хочется отметить, что у 116 (46,2%) больных наличие или число конкрементов не совпало с результатами чредренажных холангиограмм. У 213 пациентов имел место Т-образный дренаж холедоха, в 10 случаях — дренаж, установленный через культю пузырного протока и в 9 наблюдениях — чрескожный чреспеченочный дренаж. Еще у одного больного доступ в протоки был осуществлен через холецистостому и один из дренажей был дислоцирован из желчных протоков и связан с протоковой системой через узкий извитой свищ. Свищевой канал формировали в течение 36–49 суток.

Результаты. Литоэкстракцию корзинкой Дормиа под визуальным контролем выполнили у 175 (74,8%) больных при наличии конкрементов размером 3–7 мм. Такие камни свободно проходили через свищевой ход без риска его повреждения. У 54 (23,1%) пациентов со «сложным» холангиолитиазом было выполнено 112 сеансов литотрипсии (максимально — 5 вмешательств на 1 пациента). Среднее количество сеансов на одного больного составило 2,1. Механическую литотрипсию выполняли у 16 пациентов. При мягких конкрементах она оказалась эффективной во всех случаях. Ударно-волновая и лазерная литотрипсия использовалась у 23 и 15 больных соответственно при наличии плотных конкрементов. Камни удалось удалить во всех наблюдениях. Более частое применение ударно-волновой методики разрушения камней было обусловлено тем, что гольмиевый лазер поступил в отделение только в конце 2018 г. В 5 (2,1%) случаях при выявленном холангиолитиазе удалить конкременты не удалось из-за осложнений, связанных с нарушением целостности стенок свищевого хода. У 4 из этих больных камни были удалены при повторном обращении.

Осложнения были отмечены у 9 (3,6%) больных. Причем, тяжелые (IV — V по Clavien-Dindo) — только у 2 пациентов. Умер 1 (0,4%) больной.

Заключение. Таким образом, полученные результаты свидетельствуют о перспективности антеградных эндоскопических операций с использованием чресфистульного доступа у пациентов с оставленными камнями в желчных протоках. Эффективность в лечении холангиолитиаза, включающего множественные камни и «сложный» холедохолитиаз по нашим данным

составила 99,6%, при уровне осложнений 3,9% и летальности 0,4%. Антеградные чресфи-
стульные вмешательства более чем в половине случаев не потребовали анестезиологического
пособия, что позволяло использовать их даже у больных с запущенным патологическим про-
цессом и тяжелой соматической патологией. В результате комплексной уточненной диагности-
ки и процедур, включающих литоэкстракцию, в том числе с литотрипсией, коррекцию поло-
жения дренажей и купирование воспалительных изменений в желчных протоках, у 157 боль-
ных (62,5%) эвакуаторная функция большого дуоденального сосочка была не нарушена, что
позволило избежать напрасной папиллотомии и связанных с ней дополнительных временных
и материальных затрат, рисков для пациента в раннем и отдаленном послеоперационном пери-
оде. Концентрация больных с дренажами желчных путей и оставленной протоковой патологи-
ей в специализированных центрах, имеющих соответствующее оснащение и подготовленных
специалистов, представляется достаточно перспективным.

ИЗУЧЕНИЕ СОДЕРЖАНИЯ КОРОТКОЦЕПОЧЕЧНЫХ ЖИРНЫХ КИСЛОТ В КАЛЕ У ДЕТЕЙ С ФУНКЦИОНАЛЬНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ ЖКТ ПРИ ВОЗДЕЙСТВИИ МЕТАПРЕБИОТИКА

Алексей Михайлович Колодкин², Мария Дмитриевна Ардатская¹

¹Научное общество «Микробиота». 141313, Московская обл., г. Сергиев Посад, ул. 2-я Рыбная, д.5А

²ФГБУ ДПО «Центральная государственная медицинская академия УДП РФ». 121359, Москва, ул. Маршала Тимошенко, д.19, стр. 1А

E-mail: alexey.kolodkin66@gmail.com

Ключевые слова: метапребиотик, короткоцепочечные жирные кислоты, анаэробный индекс, дети.

Введение. Изменение концентрации короткоцепочечных жирных кислот (КЖК) в кале отражает метаболическую функцию микробиоты хозяина и позволяет судить о ее состоянии. Диетические интервенции оказывают значимое воздействие на микробиоту. Одновременное применение метабиотика и пробиотика при таких состояниях в настоящий момент практически не исследовано.

Цель исследования. Оценить влияние метапребиотика (комбинации метабиотика с пребиотическим комплексом) на изменения метаболической активности микробиоты по изменению содержания КЖК жирных кислот в кале у детей с функциональными нарушениями ЖКТ.

Материалы и методы: Для лабораторного определения короткоцепочечных жирных кислот (КЖК) дети с функциональными нарушениями ЖКТ случайным образом распределены на исследуемую и контрольную группы. Возраст детей в исследуемой группе составил $4,31 \pm 1,75$ лет, в контрольной $-4,97 \pm 1,35$. Всего в каждой группе отобрано по 32 образца кала (по 16 до начала и в конце исследования).

В лабораторных условиях методом ГЖХ-анализа были определены КЖК — уксусная (С2), пропионовая (С3), изомасляная (изо-С4), масляная (С4), изовалериановая (изо-С5), валериановая (С5), изокапроновая (изо-С6) и капроновая кислоты (С6) в кале детей обеих групп. Дополнительно был рассчитан анаэробный индекс (АИ).

Статистическая оценка результатов проведена с помощью компьютерной программы Excel.

Специализированный диетический продукт СТИМ Кидс назначался детям исследуемой группы в течение 14 дней по 1 стику (3,0 г) 3 раза в день. Продукт в качестве метабиотического компонента содержит 200 мг лактата кальция и пробиотический комплекс из 510 мг олигофруктозы и 53 мг инулина.

Значения анаэробных индексов при различных типах изменения профиля кислот, свидетельствуют об изменении среды обитания микроорганизмов, способствующей росту либо аэробных, либо анаэробных популяций микробиоты. В связи с этим дети исследуемой и контрольной групп для проведения сравнительного анализа были распределены на подгруппы в зависимости от относительной концентрации уксусной кислоты: исследуемая подгруппа I («аэробный тип» микробиоты) (8 детей) с исходной относительной концентрацией уксусной кислоты больше 0,641 и исследуемая подгруппа II («анаэробный тип» микробиоты) (8 детей) с исходной относительной концентрацией уксусной кислоты меньше 0,641. Контрольная группа аналогичным образом также была разделена на две подгруппы: на контрольную подгруппу I (6 детей) и контрольную подгруппу II (10 детей).

Результаты. После окончания приема метапребиотика в обеих исследуемых подгруппах I и II отмечается повышение суммарного абсолютного содержания КЖК по сравнению с контрольными. При этом абсолютная концентрация кислот у детей контрольной группы либо не изменилась, либо имела тенденцию к снижению.

Исходно в исследуемой I подгруппе наблюдался дисбаланс в профиле С2-С4 с повышенным относительным содержанием уксусной кислоты, снижением относительного содержания пропионовой и, особенно, масляной кислоты. После приема метапребиотика в исследуемой подгруппе I наблюдаются благоприятные изменения в профиле С2-С4: имелись тенденции к нормализации относительного содержания уксусной кислоты, повышения относительных значений пропионовой и масляной кислот. Значение АИ вышло из области слабо отрицательных

значений и практически нормализовался с $-0,37 \pm 0,13$ ед до $-0,58 \pm 0,14$ ед. Тогда как в контрольной подгруппе I продолжал нарастать дисбаланс С2-С4 КЖК, выражающийся в дальнейшем повышении относительного содержания уксусной кислоты с $0,69 \pm 0,06$ ед. до $0,75 \pm 0,05$ ед. При этом, значение индекса АИ отклонилось в область более слабо отрицательных значений: с $-0,46 \pm 0,09$ ед до $-0,32 \pm 0,13$ ед., что свидетельствует об усугублении дисбиотических явлений.

Исходно в исследуемой II подгруппе наблюдался дисбаланс в профиле С2-С4 с пониженным относительным содержанием уксусной кислоты, высоким уровнем пропионовой кислоты. После окончания 14 дневного приема метабиотика отмечены изменения в профиле С2-С4 кислот: повышение относительного содержания уксусной кислоты при сохранении уровня пропионовой кислоты. Наряду с этим, наблюдалось снижение относительного содержания масляной кислоты в этой подгруппе. Абсолютное содержание масляной кислоты осталось фактически на прежнем уровне. Значение АИ отклонилось из области резко отрицательных показателей $-0,67 \pm 0,05$ ед в область нормальных значений: $-0,59 \pm 0,21$ ед.

В тоже время в контрольной подгруппе II исходно отмечавшийся дисбаланс относительного содержания КЖК не претерпел каких-либо существенных изменений концу исследования. АИ в этой подгруппе продолжал оставаться в области резкоотрицательных значений $-0,69 \pm 0,18$ ед.

Заключение: Использование диетического продукта СТИМ Кидс с метапребиотическими свойствами помогает модифицировать микробиоту детей с функциональными нарушениями ЖКТ. Увеличение суммарного абсолютного содержания КЖК свидетельствует о повышении численности и активности представителей индигенной микробиоты. Происходит восстановление качественного состава микроорганизмов. При этом тенденция к нормализации микробиоты отмечается как при аэробном, так и при анаэробном типах ее исходного нарушения.

ПРОБЛЕМА ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ОПУХОЛЯМИ ПАНКРЕАТОДУОДЕНАЛЬНОЙ И ГЕПАТОБИЛИАРНОЙ ЗОНЫ В ХИРУРГИЧЕСКОМ СТАЦИОНАРЕ

Вадим Анатольевич Колосюк, Олег Валентинович Лисовский

Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет. 194100, Санкт-Петербург, ул. Литовская, д. 2

E-mail: vadkolos@mail.ru

Ключевые слова: рак поджелудочной железы, рак желчных путей, хирургическое лечение.

Введение: Опухоли поджелудочной железы, печени и внепеченочных желчных путей представляют сложную проблему в лечении. Единственным радикальным методом лечения при этих опухолях остается хирургический способ. Но резектабельность при раках данных локализаций (за исключением большого дуоденального соска) невысока и составляет по данным литературы 3,0–15,0%. Хирургические вмешательства в этой области обширны, тяжелы для пациентов и сопровождаются большим количеством осложнений (21–50%), высокой послеоперационной летальностью (7–60%). 5-летняя выживаемость этих пациентов после радикальных операций невысока. Есть мнение, что результаты радикальных и паллиативных операций при этих опухолях различаются незначительно.

Цель исследования: улучшить результаты лечения больных опухолями поджелудочной железы и гепато-билиарной системы.

Материалы и методы: Анализируется 201 наблюдение больных с опухолями поджелудочной железы (ПЖ), большого дуоденального соска (БДС), желчного пузыря и внепеченочных желчных протоков, печени. Пациенты оперированы в хирургическом стационаре, за период 25 лет. Больные госпитализированы экстренно, в связи с механической желтухой. Средний возраст больных был $69,0 \pm 0,78$ г., то есть, отмечалось значительное преобладание лиц пожилого возраста.

Результаты: Выход опухоли за пределы органа наблюдался у абсолютного большинства (165 или 82,1%) пациентов. Для многих из указанных локализаций выход опухоли за пределы органа не исключает радикального хирургического лечения, но значительно отягощает прогноз. Регионарные метастазы обнаружены почти у половины больных (93 или 41,3%). Отдаленные метастазы имелись почти у каждого третьего пациента (62 или 30,8%). Наибольшей склонностью к регионарному и гематогенному распространению отличался рак желчного пузыря. Оперативные вмешательства выполнялись в срочном или неотложном порядке. Основным показанием к операции была механическая желтуха, которая имела у 175 (87,1%) больных. При локализациях опухолей в БДС, желчных протоках и печени желтуха отмечалась у всех пациентов. У ряда больных наблюдались явления стеноза выходного отдела желудка или двенадцатиперстной кишки (16 или 7,9%).

Радикальные хирургические вмешательства удалось выполнить лишь 15 (7,5%) больным. Это были трансдуоденальные папилэктомии (3) и панкреато-дуоденальные резекции (3) при раке БДС, холецистэктомии (8) при раке желчного пузыря, резекция желчных протоков при раке холедоха. Пациентам с опухолями поджелудочной железы и печени радикальное вмешательство не удалось выполнить ни в одном наблюдении. Большую часть операций (109 или 54,2%) составили различные варианты обходных билиодигестивных анастомозов. Наружное отведение желчи как единственно возможное вмешательство произведено 11 (5,5%) больным. В 16 (7,9%) наблюдениях производились обходные гастроэнтеростомии. В связи с этим в литературе встречаются рекомендации выполнять гастроэнтеростомию во всех случаях обходных желчных анастомозов, не дожидаясь обструкции выходного отдела желудка. Почти у каждого третьего больного (59 или 29,3%) операция была диагностической (пробная лапаротомия). Послеоперационная летальность составила 14,9% (30 больных). Наиболее высокой она была после радикальных вмешательств (26,7%). После выполнения обходных билиодигестивных анастомозов умерли 15 (13,8%) пациентов. После пробных лапаротомий умерли 11 (18,6%) больных.

После выписки из стационара прослежена судьба пациентов, перенесших паллиативные вмешательства. Средняя продолжительность жизни больных составила $7,3 \pm 1,64$ мес. Наибольшая продолжительность жизни отмечена в группе больных опухолями БДС ($15,1 \pm 3,0$ месяцев). Больные раком поджелудочной железы жили после паллиативных вмешательств в среднем $9,7 \pm 1,30$ месяцев. Гораздо меньше была продолжительность жизни пациентов с опухолями желчных протоков (4,7 мес), желчного пузыря (3,6 мес) и печени (3,3 мес). Среди больных раком поджелудочной железы отмечено, что женщины жили после билиодигестивных анастомозов в среднем больше, чем мужчины (соответственно, $11,8 \pm 1,97$ и $7,6 \pm 1,50$ мес). Продолжительность жизни пациентов существенно не различалась после наложения обходных анастомозов и пробных лапаротомий (соответственно, $9,5 \pm 1,45$ и $8,1 \pm 2,4$). Наиболее благоприятно протекали опухоли БДС и поджелудочной железы — 17,6% пациентов жили после операции более года.

Важная проблема — получение морфологического подтверждения диагноза при локализации опухолей в поджелудочной железе, БДС. Нередко диагноз устанавливается на основании макроскопических интраоперационных данных. Инцизионная биопсия поджелудочной железы во время операции многими авторами считается опасной манипуляцией. Биопсия лимфатических узлов нередко оказывается неинформативной (в наших наблюдениях — почти каждое второе исследование). После выписки из стационара, при диспансерном учете у каждого десятого (9,9%) пациента диагноз опухоли панкреатодуоденальной и гепатобилиарной зоны оказывался ошибочным (эти больные не включены в исследование). Данный показатель наиболее высок в группе больных опухолями поджелудочной железы (15%).

Заключение: Таким образом, среди пациентов с опухолями поджелудочной железы, БДС, желчных протоков и желчного пузыря, печени в хирургический стационар по неотложным показаниям госпитализируются больные в основном пожилого и старческого возраста с распространенными и осложненными формами болезни. Радикальное лечение удается выполнить лишь в единичных наблюдениях. Паллиативные вмешательства в данной группе продлевают жизнь на относительно небольшой срок, хотя не менее чем каждый десятый пациент живет год и более. Распространенность опухолей и высокая частота осложнений при указанных новообразованиях свидетельствуют о поздней диагностике. Позднее выявление таких опухолей связано не только со скрытым течением заболевания и поздним обращением больных, но и с недостаточной онкологической настороженностью врачей на догоспитальном этапе.

ИССЛЕДОВАНИЕ АКТИВНОСТИ КАРБОГИДРАЗ В ДИСТАЛЬНОМ ОТДЕЛЕ ТОНКОЙ КИШКИ КАК МЕТОД ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ ЭНТЕРОПАТИИ С НАРУШЕНИЕМ МЕМБРАННОГО ПИЩЕВАРЕНИЯ И СИНДРОМА РАЗДРАЖЕННОГО КИШЕЧНИКА

Е.А. Кондрашова², А.И. Парфенов¹, Н.И. Белостоцкий¹

¹ Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Московский клинический научный центр им. А.С. Логинова» Департамента здравоохранения Москвы. 111123, г. Москва, шоссе Энтузиастов, 86

² Общество с ограниченной ответственностью «Клинический госпиталь на Яузе», 111033, г. Москва, Волочаевская, 15 к.1

E-mail: kondrashova@yamed.ru

Ключевые слова: карбогидразы, синдром раздраженного кишечника, энтеропатия с нарушением мембранного пищеварения.

Цель исследования. Изучить активность карбогидраз в дистальном отделе тонкой кишки у пациентов при синдроме раздраженного кишечника (СРК), энтеропатии с нарушением мембранного пищеварения (ЭНМП) и в группе контроля.

Материалы и методы. В исследование включено 12 пациентов с ЭНМП, 16 — с СРК и 12 относительно здоровых людей (контрольная группа). Дизайн включал анализ переносимости пищевых продуктов и определение активности сахаразы, глюкоамилазы, мальтазы и лактазы в слизистой оболочке залуковичного отдела двенадцатиперстной кишки и подвздошной кишки по методу Далквиста в модификации Н.И. Белостоцкого.

Статистическую обработку материала проводили с использованием пакета программы Microsoft Office Excel и STATISTICA 10.0. Оценку достоверности различий между количественными показателями выполняли с помощью критерия Манна — Уитни. Различия считали значимыми при $p < 0,05$. Сравнение проводилось с контрольной группой.

Результаты. У лиц контрольной группы активность карбогидраз в слизистой оболочке подвздошной кишки не имела статистически достоверных различий при сравнении с показателями активности в слизистой оболочке двенадцатиперстной кишки

У пациентов группы СРК активность глюкоамилазы и мальтазы в слизистой оболочке подвздошной кишки была выше, чем в ДПК: глюкоамилазы в 2,2 раза, мальтазы — в 2 раза.

У пациентов с ЭНМП активность глюкоамилазы, мальтазы и сахаразы в слизистой оболочке подвздошной кишки превышает таковую в двенадцатиперстной кишке в 5,2, 3,8 и в 2 раза соответственно, что свидетельствует о формировании у них компенсаторной реакции по типу адаптационного сдвига, впервые описанного А.М. Уголевым и соавторами в 1985г.

Заключение. Исследование активности карбогидраз в слизистой оболочке подвздошной кишки расширяет сведения о патогенезе ЭНМП и дифференциальной диагностике ее с СРК.

ОБОНЯТЕЛЬНАЯ И ВКУСОВАЯ ДИСФУНКЦИЯ ПРИ COVID-19 КАК ПРЕДИКТОР ПАТОЛОГИИ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА

*Анна Игоревна Красноперова, Виктория Андреевна Дударева,
Яна Олеговна Бурлачко, Ирина Глебовна Дядикова*

ФГБОУ ВО «Ростовский государственный медицинский университет» Минздрава России, кафедра здорового образа жизни и диетологии 344022, г. Ростов-на-Дону, пер. Нахичеванский, 29

E-mail: annkra1512@gmail.com

Ключевые слова: COVID-19, anosmia, ageusia, патология желудочно-кишечного тракта.

Введение. Быстрое распространение Covid-19 в первые месяцы вызвало панику, в связи с недостаточностью информации о вирусе, трудностями диагностики и лечения. По мере накопления базы знаний стали появляться работы, отражающие характерные черты течения COVID-19. Так в ряде научных работ отмечается, что нарушения обоняния и восприятия вкуса могут расцениваться как ранние симптомы, отмечаемые у многих пациентов. Их доля варьирует от 22 до 68% по данным разных источников.

Аносмия при SARS-CoV-2 имеет несколько уникальных особенностей. К ним относят высокую распространенность, короткую продолжительность, внезапное появление без сопутствующих симптомов заложенности носа и ринореи. Часто аносмия является единственным признаком наличия данной инфекции у пациента.

Основываясь на анализе научной литературы, можно выделить несколько теорий в основе которых лежит взаимодействие субъединиц РНК SARS-CoV-2 с рецепторы ACE2 на поддерживающих клетках и сосудистых перicyтах обонятельного эпителия и луковицы при развитии аносмии и взаимодействии тех же вирусных частиц с рецепторами ACE2 с угнетение работы G-белка при развитии агевзии. Также в патогенезе нарушения вкусового восприятия выделяется теория, в основе которой лежит взаимодействие вирусных частиц с рецепторами сиаловых кислот, что приводит к преждевременному разрушению гликопротеидов, переносящих вкусовые молекулы, приводя к повышению вкусового порога.

Ощущение вкусов и запахов напрямую связано с пищевым поведением и работой ЖКТ в целом, запуская условно-рефлекторное выделение слюны, желудочного сока для процесса пищеварения.

Вирус SARS-CoV-2, воздействуя на рецепторы ACE2 слизистой оболочки ЖКТ, способствует повышению её проницаемости. В сочетании с нарушенным пищевым поведением на фоне аносмии создаются благоприятные условия для обострения/формирования патологии ЖКТ.

Цель. Выявить взаимосвязь аносмии и агевзии с развитием/обострением патологии ЖКТ.

Материалы и методы. Коллективом авторов на базе кафедры здорового образа жизни и диетологии была разработана анонимная анкета. Анкетирование проводилось дистанционно при помощи Google-формы. В опросе участвовали 100 человек с подтвержденным методом полимеразной цепной реакции (ПЦР) диагнозом коронавирусной инфекции, имевших жалобы на нарушения обоняния и вкуса.

В исследовании приняли участие 81 женщина и 19 мужчин, из них 44% находились в возрастной группе 40–59 лет, 27% — в группе 30–39 лет, 24% — в группе 18–29 лет и 5% — старше 60 лет.

Результаты. Половина опрошенных (53%) назвали днем пропажи запахов 3–4 день болезни, 23% — 5–6 день болезни, 19% — 1–2 день болезни, у остальных запахи пропал позже. Нарушения обоняния были внезапными, одномоментными у большинства респондентов. У 2/3 анкетированных (77%) запахи пропали полностью, 17% — снижение восприятия. У 42% ощущение запахов вернулось полностью, у остальных либо частично, либо не вернулось вовсе. У 70% респондентов обонятельная дисфункция сопровождалась потерей вкусовых ощущений.

У пациентов отмечались изменения пищеварительной функции на фоне пропажи запахов. Аппетит снизился либо пропал полностью у 57%. Специи и приправы не помогли вернуть аппетит или усилить ощущение запахов. Дискомфорт со стороны желудочно-кишечного тракта (тошнота/изжога/метеоризм/диарея/запор) испытывали 36% опрошенных.

Для ответа на вопрос о связи аносмии и агевзии с обострением/развитием патологии ЖКТ нами был использован непараметрический критерий χ^2 Пирсона. Для этого все опрошенные были разделены на группы с наличием/отсутствием симптомов обострения патологии ЖКТ, наличие только аносмии или аносмии и агевзии. За нулевую гипотезу было выдвинуто предположение, что у пациентов с нарушением обоняния и вкуса чаще происходит обострение/развитие патологии ЖКТ. В ходе расчетов $\chi^2 = 0,84$, $f = 1$, при уровне ошибки 0,05. Критическое значение $\chi^2 = 3,8$. При сравнение полученных результатов с табличными значениями ($3,8 > 0,84$) подтвердилась нулевая гипотеза.

Выводы. Таким образом, у пациентов с нарушением обоняния и вкуса чаще происходит обострение/развитие патологии ЖКТ. Она проявляется снижением аппетита, дисфункцией со стороны желудочно-кишечного тракта (диарея, метеоризм, запор, тошнота, изжога и т.д.).

Нами разработаны рекомендации по диетотерапии после перенесенного COVID-19, включающие высокобелковую диету, назначение витаминно-минеральных комплексов (с солями цинка, витаминами А, Е), а также технические приемы для усиления вкусовых ощущений.

ЦИРРОЗ ПЕЧЕНИ И ИНФЕКЦИЯ, ВЫЗВАННАЯ ВИРУСОМ SARS-CoV-2

Александр Борисович Кривошеев¹, Людмила Алексеевна Хван², Татьяна Александровна Тугулева¹, Мария Александровна Кондратова¹, Инга Анатольевна Кривошеева²

¹Новосибирский государственный медицинский университет. 630091, Новосибирск, Красный проспект, 52

²Городская клиническая больница № 1. г. Новосибирск. 630047, Новосибирск, ул. Залесского д. 6, кор. 6–7

E-mail: krivosheev-ab@narod.ru

Ключевые слова: цирроз печени, вирус SARS-CoV-2, инфекция COVID-19, результаты обследования, исход заболевания.

Введение. Болезни цивилизации — это общепринятый и одновременно собирательный термин. Такие болезни возникают в результате воздействия различных новых триггерных факторов на организм человека. Некоторые вопросы могут быть детально изучены только в эксперименте на животных, так как патологический агент может вызывать у человека и у животных сходные изменения функций различных органов и систем. В этом отношении манифестация в декабре 2019 года инфекции, обусловленной вирусом SARS-CoV-2 стала причиной пандемии covid-19. Было обнаружено, что на фоне этой инфекции в патологический процесс вовлекаются практически все органы и системы. Органы пищеварения в данном случае не являются исключением.

Цель исследования. Изучение статистических и клинических особенностей цирроза печени (ЦП) на фоне перенесенной коронавирусной инфекции, вызванной вирусом SARS-CoV-2.

Материалы и методы. Обследовано 98 больных (51 мужчина и 47 женщин) в возрасте от 23 до 69 лет (средний возраст $53,8 \pm 1,9$ года) с верифицированным диагнозом ЦП. Давность заболевания варьировала от 3 до 8 лет (в среднем $4,7 \pm 1,3$ года). Больные разделены на 2 группы. 1-ю группу (основная) составили 49 пациентов, перенесшие в 2020–2021 гг. коронавирусную инфекцию. Во 2-ю группу (контрольная) включено 49 больных ЦП, проходивших лечение и обследование в 2017–2018 годах, что позволяло исключить у них инфекцию, вызванную вирусом SARS-CoV-2. Обе группы были разделены на 2 подгруппы: выздоровевшие и умершие. В динамике при поступлении и по окончании курса стационарного лечения проводили комплексное клиничко-лабораторное и инструментальное обследование. Результаты клинических и лабораторных исследований обрабатывали методом вариационной статистики.

Результаты. Характеристика больных: распределение пациентов по полу и возрасту оказалось идентичным (мужчины 51–52%, $53,2 \pm 1,8$ года; женщины 47–48%, $54,5 \pm 2,0$ года). Сравнение пациентов ЦП по классу Чайлд-Пью не выявило различий (класс А выявлен у 17–17,3%; класс В — у 18–18,4% и класс С — у 63–64,3%). Закономерно чаще в обеих группах регистрировался класс С ($p < 0,01$). При оценке этиологии ЦП также между группами не выявлено различий. Вирусная, токсическая, метаболическая причина заболевания наблюдалась с одинаковой частотой. У части пациентов регистрировалась сочетанная причина. Исход заболевания в целом по обеим группам обследованных, а также с учетом пола больных статистически оказался одинаковым. Однако, летальный исход, как в целом по группе, так и между мужчинами и женщинами, заметно чаще регистрировался у пациентов 1-й группы. Сопутствующая патология различий не имела за исключением двусторонней пневмонии, которая закономерно и достоверно ($p < 0,01$) чаще регистрировалась у больных основной группы. Анализировали результаты пациентов, у которых зарегистрирован летальный исход. В подгруппах больных выздоровевшие результаты в динамике лечения оказались идентичными, позитивными, заметно улучшались в процессе разрешения инфекции. Динамика показателей функции печени у умерших пациентов 1-й и 2-й групп также оказались аналогичными, но отрицательной. Анализ показателей цитолиза установил их достоверное прогрессирование, особенно АсАТ и более значимое в 1-й группе. Причем заключительные результаты достоверно превышали значения пациентов из 2-й группы (соответственно $1,82 \pm 0,01$ и $1,38 \pm 0,02$ мкмоль/л; $p < 0,001$). Щелочная фосфатаза и гаммаглутамилтрансфераза имели такую же динамику, что свидетельствовало о прогрессировании синдрома холестаза (ЩФ $180,8 \pm 12,3$ и $223,9 \pm 16,3$ г/л, $p < 0,05$; ГГТП $124,2 \pm 14,6$ и $188,0 \pm 18,4$ ЕД/л, $p < 0,05$). Прогрессировали нарушения обмена билирубина, ко-

торые достоверно значимы были в 1-й группе ($196,9 \pm 9,4$ и $115,8 \pm 8,3$ мкмоль/л, $p < 0,001$). Ухудшался белковый обмен. Наблюдалась тенденция к снижению уровня общего белка в обеих группах. Значения альбумина достоверно снижались только у больных 1-й группы ($26,1 \pm 1,2$ и $23,1 \pm 0,8$ г/л, $p < 0,05$). Показатели гемостаза (ПТИ, ПТВ) в динамике наблюдения достоверно ухудшались более значимо у пациентов 1-й группы. Ожидаемо был выше уровень С-реактивного белка у пациентов 1-й группы, что обусловлено специфическим воспалительным процессом органов дыхания. В динамике наблюдения данный показатель достоверно нарастал ($53,4 \pm 4,4$ и $70,9 \pm 6,1$ г/л, $p < 0,05$). Летальный исход в 1-й группе наблюдался у 23 больных (46,9%), тогда как во 2-й группе у 17 (34,7%) пациентов.

Заключение 1. Согласно литературным данным у значительной части пациентов, перенесших инфекцию, вызванную вирусом SARS-CoV-2 могут возникать нарушения функции органов пищеварения, которые могут быть очень вариабельными. Эти данные совпадают с нашими исследованиями и наших коллег.

2. Установлено, что коронавирусная инфекция может вызывать значительные нарушения функции печени, которые сопровождаются заметным повышением активности показателей цитолиза, нарушением белкового обмена, расстройством показателей гемостаза.

3. Летальный исход заболевания закономерно чаще наблюдался у пациентов, перенесших COVID-19, как у мужчин, так и у женщин.

Таким образом, наши наблюдения позволяют констатировать, что больные с ЦП имеют определенные особенности течения заболевания на фоне инфекции COVID-19, а именно более высокие показатели декомпенсации функции печени и смерти при инфицировании вирусом SARS-CoV-2.

КОМОРБИДНАЯ ПАТОЛОГИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ПЕРЕНЕСЕННОЙ ИНФЕКЦИЕЙ, ВЫЗВАННОЙ ВИРУСОМ SARS-CoV-2

*Александр Борисович Кривошеев¹, Татьяна Александровна Тугулева¹,
Оксана Николаевна Герасименко¹, Абдул Сатер Ихаб¹,
Инга Анатольевна Кривошеева², Мария Александровна Кондратова¹*

¹ФГБОУ ВО Новосибирский государственный медицинский университет Минздрава России. 630091, Новосибирск, Красный проспект, 52.

²ГБУЗ НСО ГКБ № 1 г. Новосибирск. 630047 Новосибирск, ул. Залесского 6

E-mail: krivosheev-ab@narod.ru

Ключевые слова: вирус SARS-CoV-2, инфекция COVID-19, сахарный диабет, коморбидная патология, реабилитация.

Введение. В патологический процесс при инфекции COVID-19 могут вовлекаться все органы и системы. В этом отношении эндокринная система не является исключением. На данный момент сахарный диабет 2 типа (СД 2) является одной из самой часто встречающейся остро-социальной эндокринной патологией нарушения метаболического обмена. Согласно данным ФГБОУ «НМИЦ Эндокринологии» Минздрава России общая численность пациентов с СД 2 на 2021 г. составила 4872636 человек. Инфекция, обусловленная вирусом SARS-CoV-2 стала причиной пандемии COVID-19 и предвнесла в медицинскую практику существенные проблемы: высокая летальность, отсутствие у части больных ожидаемой эффективности от проводимой терапии, выявление специфических клинических, лабораторных, инструментальных изменений, может сопровождаться поражением различных систем и органов в том числе эндокринной системы. На фоне инфекции COVID-19 достаточно часто в патологический процесс вовлекаются практически все органы и системы. Нередко изменяется течение хронических заболеваний внутренних органов.

Цель исследования. Анализ коморбидной патологии у пациентов СД 2 на фоне перенесенной коронавирусной инфекции, вызванной вирусом SARS-CoV-2.

Материалы и методы. Обследовано 44 больных (20 мужчин и 24 женщин) в возрасте от 65 до 73 лет (средний возраст $68,8 \pm 1,9$ года) с верифицированным диагнозом СД. Давность СД 2 варьировала от 4 до 18 лет (в среднем $12,7 \pm 2,3$ года). Больные перенесли в 2020–2021 гг. коронавирусную инфекцию и проходили курс реабилитации. В зависимости от давности перенесенной инфекции пациентов разделили на 3 группы — до 6 месяцев, от 6 месяцев до одного года и более одного года. У всех пациентов изучали анамнестические сведения. Проводили комплексное клиничко-лабораторное обследование. Оценивали стандартные функции печени в динамике (показатели цитолиза, холестаза, гемостаза, белкового обмена, провоспалительные маркеры). Эти исследования проводили в динамике: при поступлении и по окончании курса стационарного лечения. Инструментальное обследование включало проведение рентгенологического исследования органов грудной клетки, включая компьютерную томографию грудной клетки, ЭКГ, ФГС, ЭхоКГ, ультрасонографию органов брюшной полости. У части больных по показаниям проводили Холтеровское мониторирование и суточный мониторинг артериального давления. Результаты клинических и лабораторных исследований обрабатывали методом вариационной статистики.

Результаты. При анализе жалоб пациентов было установлено, что у в большинстве случаев (у 38 человек, 86,4%) ведущей жалобой, причем не зависимо от давности перенесенной инфекции отмечалась выраженная слабость. У всех пациентов отмечена коморбидная патология внутренних органов различной степени давности. Преимущественно наблюдалась артериальная гипертензия (40 больных, 90,9%). Характерно прогрессирование артериальной гипертензии с первой по третью степень у пациентов с СД 2 после перенесенной инфекции COVID-19. Различные варианты ишемической болезни сердца (ПИКС, стенокардия, аритмический вариант) выявлялись в 2 раза чаще. Хроническая сердечная недостаточность диагностирована у 36 больных (81,8%). Было установлено, что хроническая сердечная недостаточность ФК₁ и

ФК₂ почти в 4 раза чаще стала диагностироваться у пациентов с СД, а общее количество больных с хронической сердечной недостаточностью возросло на 27%. При контрольном обследовании у половины пациентов были выявлены выраженные нарушения липидного обмена, которые выражались в повышении уровня общего холестерина, триглицеридов, холестерина липопротеидов низкой плотности и снижением уровня холестерина липопротеидов высокой плотности. У 14 больных (31,8%) выявлены нарушения функции печени (повышение активности показателей цитолиза, гаммаглутамилтранспептидазы, щелочной фосфатазы, легкая гипербилирубинемия). Все пациенты были мужского пола. С учетом данных инструментального обследования (ультрасонография органов брюшной полости) диагностирована неалкогольная жировая болезнь печени. После прохождения курса реабилитации у большинства пациентов (31 человек, 70,4%) отмечалось повышение толерантности к физическим нагрузкам, облегчение симптомов, нормализация и переход к контролируемому течению хронических заболеваний. Пять человек (11,4%) направлены на прохождение повторной реабилитации в течение ближайших 3–6 месяцев. У четверти больных (11 человек, 25,0%) отмечен переход с ШРМ 4 на ШРМ 3 по шкале маршрутизации

Заключение. Проведенное исследование позволило констатировать, что пациенты, которые перенесли коронавирусную инфекцию в клинической картине, имели следующие закономерности:

Согласно литературным данным у значительной части пациентов, перенесших инфекцию, вызванную вирусом SARS-CoV-2 могут возникать нарушения функции внутренних органов, которые могут быть очень переменными.

Пациенты с СД и перенесшие инфекцию SARS-CoV-2 находятся в группе риска по возникновению и прогрессированию сопутствующих заболеваний.

После перенесенной коронавирусной инфекции у большинства пациентов после проведения курса реабилитации повышалась толерантность к физическим нагрузкам, обострившиеся хронические заболевания внутренних органов переходили в стадию ремиссии, улучшалось качество жизни. Отмечается положительный прогноз на дальнейшее течение постковидного синдрома.

НЕМЕДИКАМЕНТОЗНАЯ КОРРЕКЦИЯ ОБМЕННЫХ НАРУШЕНИЙ У БОЛЬНЫХ НЕАЛКОГОЛЬНОЙ ЖИРОВОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПЕЧЕНИ

Александр Борисович Кривошеев, Андрей Дмитриевич Куимов, Оксана Николаевна Герасименко, Константин Васильевич Попов, Ольга Геннадьевна Гантимурова, Мария Александровна Кондратова, Анастасия Александровна Толмачева, Алена Михайловна Горбунова, Татьяна Александровна Тугулева, Юлия Дмитриевна Зимина, Абдул Сатер Ихаб, Янина Сергеевна Мишина, Елена Анатольевна Знахаренко

Новосибирский государственный медицинский университет, 630091, Красный Проспект, 52

E-mail: krivosheev-ab@narod.ru

Ключевые слова: неалкогольная жировая болезнь печени, метаболические расстройства, немедикаментозные методы коррекции обменных нарушений, минеральная вода, показатели липидного обмена.

Введение. Неалкогольная жировая болезнь печени (НАЖБП) рассматривается как самостоятельное заболевание, имеющее характерные клинико-биохимические расстройства и морфологические изменения. НАЖБП включена в группу патологических состояний печени, в основе которых лежат метаболические нарушения, и представляет гетерогенную группу поражений печени. Представляет собой спектр заболеваний: жировую дистрофию, неалкогольный стеатогепатит, фиброз с исходом в цирроз печени и гепатоцеллюлярную карциному. На начальных стадиях заболевания лечение имеет хорошие результаты. Возможно применение немедикаментозных методов лечения.

Цель исследования. Оценка для пациентов с НАЖБП возможности и эффективности курсового применения хлоридно-гидрокарбонатной натриевой минеральной воды (МВ) «Карачинская».

Материалы и методы. Обследовано 76 пациентов (20 женщин и 56 мужчин) в возрасте от 42 до 72 лет (средний возраст $59,4 \pm 1,2$ года) с установленным диагнозом НАЖБП. Все больные обследованы общепринятыми клиническими, биохимическими, инструментальными методами. В динамике целенаправленно оценивали показатели липидного спектра. Пациентам в базисную терапию основного заболевания включали 10-дневный питьевой курс минеральной воды «Карачинская» в объеме 1000 мл/сут. Результаты исследований обрабатывали методом вариационной статистики.

Результаты и обсуждение. НАЖБП у всех пациентов была диагностирована впервые при обследовании по поводу различных заболеваний внутренних органов. До верификации НАЖБП 36 больных (47,4%) наблюдались по поводу ишемической болезни сердца (ИБС), а 72 пациента (94,7%) состояли на диспансерном учете у терапевта с артериальной гипертензией, которая у 32 больных сочеталась с различными формами ИБС. Хроническая обструктивная болезнь легких наблюдалась у 19 человек (25,0%). Регистрировались заболевания органов пищеварения (гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, пищевод Баррета, грыжа пищеводного отверстия диафрагмы), которые выявлены у 44 пациентов (57,9%). У 70 больных (92,1%) имелись расстройства углеводного обмена (преддиабет и сахарный диабет типа 2). У всех больных имело место абдоминальное ожирение. Критерием верификации абдоминального ожирения является окружность талии (ОТ). ОТ у мужчин составила $111,5 \pm 1,7$ см, у женщин — $108,7 \pm 3,8$ см. С учетом критериев International Diabetes Federation, утвержденных в 2005 году и рекомендованных для верификации метаболического синдрома, ОТ превышала целевой уровень у женщин на 26,4%, а у мужчин только на 15,7%. Достоверных различий не обнаружено ($p > 0,5$), однако у женщин данный показатель оказался в 1,5 раза выше. Избыточная масса тела ИМТ оказалась достоверно ($p < 0,05$) выше у женщин ($35,3 \pm 1,2$ и $32,2 \pm 0,7$ кг/м², соответственно). При анализе показателей липидного спектра у большинства пациентов зарегистрирована гиперхолестеринемия различной степени выраженности, уровень которой на фоне приема МВ заметно снижался. Следует отметить, что при нормальном уровне ОХС значения данного показателя не изменялись и оставались

на прежнем уровне (соответственно $4,4 \pm 0,1$ и $4,2 \pm 0,2$ ммоль/л). Нами были проведены дополнительные расчеты согласно критериям гиперхолестеринемии по классификации Европейского атеросклеротического общества. Нормальный уровень ОХС (до $5,2$ ммоль/л) зарегистрирован у 20 пациентов (26,3%). Достоверное снижение уровня ОХС отмечено только при легкой ($5,9 \pm 0,1$ и $4,7 \pm 0,3$ ммоль/л; $p < 0,002$) и умеренной гиперхолестеринемии ($7,1 \pm 0,1$ и $6,1 \pm 0,2$ ммоль/л; $p < 0,001$). Тогда как у 11 больных (14,5%) с высокой гиперхолестеринемией (от $7,9$ до $11,2$ ммоль/л) значения этого показателя практически не изменялись ($9,0 \pm 0,3$ и $8,1 \pm 0,4$ ммоль/л; $p > 0,1$). Уровень триглицеридов оставался практически на исходном уровне. Среди других показателей липидного обмена следует отметить заметную положительную динамику ХС-ЛПВП, а также достоверное снижение уровня индекса атерогенности.

Заключение. Полученные результаты позволяют сделать следующие выводы. Во-первых, у наблюдаемых нами больных с НАЖБП наблюдается коморбидная патология — регистрируется не менее 3–4 заболеваний внутренних органов одновременно. Наиболее часто регистрировалась патология сердечно-сосудистой системы и расстройства углеводного обмена. Во-вторых, у подавляющего большинства больных обнаружены расстройства липидного обмена. Наиболее значимые расстройства характеризовались повышением уровня ОХС. В-третьих, включение 10-дневного питьевого курса хлоридно-гидрокарбонатной натриевой МВ «Карачинская» способствует коррекции липидного обмена, особенно ОХС. Выявленный нами гипохолестеринемический эффект МВ «Карачинская» позволяет рекомендовать ее для немедикаментозной коррекции повышенного уровня ОХС, который рассматривается в настоящее время как установленный фактор риска ИБС и артериальной гипертензии. Следует отметить, что в последнее время использованию немедикаментозных методов в лечение и профилактике заболеваний сердечно-сосудистой системы придается большое значение.

Таким образом, хлоридно-гидрокарбонатно-натриевая МВ «Карачинская» при курсовом питьевого приеме оказывает избирательное стресс-воздействие при нарушениях метаболических процессов, способствуя их стабилизации. Одновременно, нормально протекающие обменные процессы не подвергаются этому эффекту и их дестабилизации не происходит. Побочных реакций при питьевого приеме МВ не наблюдалось. Это дает основание рекомендовать использование хлоридно-гидрокарбонатно-натриевой МВ «Карачинская» в качестве эффективного средства повышения резервов здоровья и профилактики заболеваний.

НАРУШЕНИЕ МИКРОБИОТЫ РОТОВОЙ ПОЛОСТИ И ЖЕЛУДКА У ДЕТЕЙ, ПИТАЮЩИХСЯ ЧЕРЕЗ ГАСТРОСТОМУ

Юлия Васильевна Кузнецова, Анна Никитична Завьялова,
Олег Валентинович Лисовский, Ксения Игоревна Смирнова

Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет. 194100, Санкт-Петербург, ул. Литовская, д. 2

E-mail: u-piter@mail.ru

Ключевые слова: микробиом желудка, гастростома, микробиом ротовой полости, дисфагия, *H. pylori*.

Введение. Нутритивный статус детей с нарушением глотания зачастую оценивается как низкий. При тяжелой степени дисфагии диетическая коррекция является невозможной. Постановка гастростомической трубки является манипуляцией выбора в данной группе пациентов. После начала питания через гастростому происходит улучшение показателей трофического статуса. Однако через некоторое время на фоне питания специализированными смесями у части больных вновь появляются признаки нутритивного дефицита. При ФГДС зачастую обнаруживаются язвы желудка и двенадцатиперстной кишки, в том числе манифестирующие кровотечениями. В литературе недостаточно данных о причинах подобных нарушений.

Цель исследования. Определить характерные изменения микробиоты ротовой полости и желудка у детей, питающихся через гастростому, определить зависимость функциональных и органических изменений желудка от его микробиоты.

Материалы и методы. Изучен микробиом ротовой полости и желудка 21 ребенка 1–17 лет, получающего питание через гастростому. Пациенты разделены на 2 группы в зависимости от длительности стояния гастростомической трубки: 1 группа — менее 1 года, 2 группа — более 1 года. В группу сравнения вошли 12 детей такого же возраста без признаков дисфагии, питающиеся через рот. Производился забор жидкости из ротовой полости и гастростомы с последующим метагеномным секвенированием 16S рРНК. Оценка показателей выполнена методами непараметрического анализа с использованием медианного значения.

Результаты. В ходе анализа микробиома ротовой полости выделены основные филы: Bacteroidota, Firmicutes, Proteobacteria, Fusobacteriota, Patescibacteria. Всего в обеих группах выделено 27 классов. В 1 группе было от 11 до 17 классов (медиана 13), во 2 группе — 10–21 (медиана — 14). Наибольшее число микроорганизмов в обеих группах представлены классами Bacteroidia, Gammaproteobacteria, Bacilli, Fusobacteriia, Clostridia. Родовой состав микробиома ротовой полости был представлен 186 родами. Наиболее часто встречающиеся микроорганизмы относились к родам Streptococcus, Fusobacterium, Prevotella, Alloprevotella, Gemella, Porphyromonas. При сравнении показателей 1 и 2 групп с помощью критерия Манна-Уитни в программе Wolfram Mathematica 2016 достоверные отличия не выявлены ($p > 0.05$).

При сравнении общей группы детей, питающихся через гастростому (группы 1 и 2) с группой контроля (дети, питающиеся через рот) в ротовой полости обнаружено преобладание представителей фил Firmicutes, Fusobacteriota, Campylobacterota в группе контроля ($p \leq 0.05$), а бактерий филы Proteobacteria ($p = 0.06$) в группе с гастростомой. Микроорганизмов класса Gammaproteobacteria было достоверно больше в ротовой полости детей с гастростомами ($p \leq 0.05$). Представителей классов Coriobacteriia, Negativicutes, Campylobacteria, Fusobacteriia было значимо больше в контрольной группе. Индекс биоразнообразия (Шеннона) снижен в ротовой полости пациентов с гастростомами и составил $2,17 \pm 0,27$ при показателе $3,78 \pm 0,63$ в группе контроля ($p < 0.01$).

Анализ микробиоты желудка показал наличие 23 бактериальных фил в образцах жидкости из гастростомы. В 1 группе идентифицировано от 8 до 19 фил, медиана 12,0. Во второй группе от 4 до 13, медиана 7,5, различия статистически достоверны ($p < 0,05$). Распределение бактерий желудка у пациентов 1 группы характеризуется значимым преобладанием представителей классов Bacteroidia и Fusobacteria. В общей группе детей с гастростомами идентифицировано от 6 до 26 классов микроорганизмов. При этом малое количество классов (6–8) наблюдалось у

больных с длительным стоянием гастростомы (медиана 79,8 мес) и у пациентов с патологией желудка (ГЭРБ, язвенная болезнь желудка). В анамнезе в течение 1 месяца до момента забора биоматериала у некоторых пациентов отмечались рвота, задержка стула. У части больных имело место нарушение микробиома ротоглотки с высевом условно-патогенной микрофлоры (*Staphylococcus aureus*, *Pseudomonas aeruginosa*). У больных, микробиом желудка которых содержал 15–17 классов микроорганизмов, длительность нахождения гастростомы в желудке была меньше и составляла около 36,2 месяцев. Хронических заболеваний желудка у данных больных не отмечалось, в течение 1 месяца до забора биоматериала патогенная микрофлора из полости ротоглотки не выявлена.

Родовой состав микробиоты желудка был представлен 310 OTU (operation taxonomic units), представленных родами (Genus). В каждом образце обнаружено около 66 OTU. По мере увеличения длительности питания через гастростому число родов уменьшалось — с 69,5 OTU в 1 группе, до 41 OTU во 2 группе. Наблюдалось значимое уменьшение противовоспалительных бактерий родов *Prevotella* и *Parabacteroides* при увеличении длительности стояния трубки. Как известно, бактерии рода *Porphyromonas* обнаруживаются в желудке здоровых людей при условии отсутствия в нём в доминирующем количестве *Helicobacter pylori*. У пациентов 2 группы снижено число бактерий рода *Porphyromonas*, что может служить одним из показателей воспаления, связанного с *H. pylori*. Обсемененность данным микроорганизмом в обеих группах достигала 50%. Микробное биоразнообразие уменьшалось с увеличением времени стояния гастростомы, индекс Шеннона в 1 группе — 1,95, во 2 группе — 1,69 ($p \leq 0.05$).

Выводы. Нарушения микробиоты ротовой полости происходили в ранние сроки после прекращения питания через рот и носили стойкий характер. Они характеризовались снижением числа представителей фил *Fusobacteriota*, *Campylobacterota*. При этом достоверно уменьшалось количество бактерий, относящихся к классам *Coriobacteriia*, *Negativicutes*, *Campylobacteria* и *Fusobacteriia*. Число микроорганизмов класса *Gammaproteobacteria* после установки гастростомы, наоборот, увеличивалось. Микробное биоразнообразие ротовой полости у детей, питающихся через гастростому, было достоверно меньше, чем у детей, питающихся через рот.

Изменения микробиоты желудка по мере увеличения сроков питания через гастростому заключались в снижении числа противовоспалительных бактерий (родов *Prevotella* и *Parabacteroides*, *Porphyromonas*) на фоне роста обсемененности желудка *Helicobacter pylori*, что еще больше усиливало предрасположенность слизистой оболочки желудка к воспалению. Анализ численности микроорганизмов родов *Prevotella*, *Parabacteroides*, *Porphyromonas* в гастростомической трубке, вероятно, может стать предиктором эрозивно-язвенных изменений желудка и показанием для своевременной коррекции дисбиотических расстройств.

ОСОБЕННОСТИ ПОЛЬЗОВАНИЯ СЪЕМНЫМИ ЗУБНЫМИ ПРОТЕЗАМИ

Валерий Константинович Леонтьев¹, Андрей Константинович Иорданишвили^{2, 3}

¹Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова. 127206, Москва, ул. Вучетича, д. 9А.

² Санкт-Петербургский медико-социальный институт. 195272, Санкт-Петербург, Кондратьевский пр., д. 72

³ Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова. 194044, Санкт-Петербург, ул. Академика Лебедева, д. 6

E-mail: leontyevvk@mail.ru

Ключевые слова: съемный зубной протез, жевательный аппарат, протезное ложе, хронический генерализованный пародонтит, патология жевательных мышц, заболевания височно-нижнечелюстного сустава.

Введение. Полноценный акт жевания играет важную роль в деятельности органов желудочно-кишечного тракта у взрослых пациентов не зависимо от возрастной группы. Для обеспечения эффективного жевания важно не только полноценное смачивание ротовой жидкостью пищевого комка, но и достаточное размельчение пищи в полости рта, так как недостаточное измельчение пищевых продуктов и их смачивание слюной при формировании пищевого комка, не только вызывает неполноценную секреторную деятельность и двигательную активность органов желудочно-кишечного тракта, но и обуславливает возникновение микротравматизации слизистой оболочки полости рта, пищевода и желудка, вызывая в ней различные морфофункциональные изменения. Кроме этого, заболевания органов и тканей полости рта особенно тяжело протекают у лиц, страдающих гипосаливией. Отмечается сложность лечения стоматологических заболеваний при синдроме «сухого рта». Это относится к стоматологическому ортопедическому лечению, особенно у лиц старших возрастных групп, которые по экономическим соображениям не могут позволить себе зубные протезы на искусственных опорах и вынуждены пользоваться съемными акриловыми зубными протезами, изготавливаемыми на счет средств бюджета.

Постарение населения приводит к потере естественных зубов, требующей стоматологического ортопедического лечения. Ряд пациентов, особенно лица пожилого и старческого возраста пользуются съемными зубными протезами (частичные, полные), которые они имеют возможность получить за счет средств бюджета. Оптимизация пользования такими протезами может осуществляться за счет использования адгезивных средств для фиксации протезов, продолжительность «работы» которых в полости рта различны, до 12- 36 часов. Кроме этого, крайне важен вопрос о грамотном пользовании пациентами зубными протезами, особенно в ночное время.

Цель исследования. На основании клинического опыта определить особенности пользования съемными зубными протезами у взрослых пациентов.

Материал и методы. Под наблюдением находимось 78 (56 женщин и 22 мужчины) в возрасте от 27 до 82 лет, которые пользовались частичными или полными съемными зубными протезами на одну или обе челюсти. При анализе анатомических особенностей жевательного аппарата пациентов, их соматического состояния, а также прикуса и состояния тканей протезного ложа анализировали необходимость уточнения рекомендаций по пользованию съемными зубными протезами.

Результаты. Было установлено, что 49 (62,82%) пациентов успешно пользовались частичными или полными съемными зубными протезами. На время приема пищи съемные зубные протезы надевали 15 (19,23%) пациентов. Для 14 (17,95%) пациентов съемные зубные протезы являлись «парадно-выходными», так как пациенты их использовали только в случаях посещения общественных мест.

Анализ анатомических особенностей жевательного аппарата пациентов (патология пародонта, жевательных мышц, заболевания височно-нижнечелюстного сустава и т.п.), их соматического состояния (психические заболевания и т.п.), а также прикуса (фиксированный и нефиксированный) и состояния тканей протезного ложа (наличие воспаления, гипосаливия и т.п.) показал необходимость индивидуального подхода при даче рекомендаций пациентам по пользованию съемными зубными протезами.

Не во всех случаях следует пациентам рекомендовать снятие съемных зубных протезов на ночь. Это относится к пациентам, страдающим патологией височно-нижнечелюстного сустава, а также хроническим генерализованным пародонтитом или лицам с редуцированным пародонтом и частичной утратой зубов, что важно для профилактики возникновения артралгии и перегрузки пародонта, способствующей травматической перегрузке зубов. В тоже время, не следует пользоваться продолжительное время (более 12–15 часов) съемными зубными протезами и оставлять их без гигиенического ухода в полости рта, как обычно поступают при пользовании средствами для фиксации с длительным фиксирующим действием. Исследования показывают, что вечерний уход за съемными протезами, без извлечения их из полости рта, не обеспечивает надлежащего гигиенического ухода за ними. Это подтверждено клиническими и лабораторными микробиологическими и иммунологическими исследованиями. Поэтому, при желании пациента использовать съемные зубные протезы в ночное время, необходимо перед сном выполнить общепринятый уход за ними и установить их на протезное ложе с использованием адгезивных средств.

Заключение. Таким образом, рекомендации по пользованию съемными зубными протезами следует давать сугубо индивидуально, исходя из стоматологического, соматического и психического статуса пациента, а также конструкции съемного зубного протеза.

ОСОБЕННОСТИ ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ ВЫПУСКНИКОВ КАК ПРОЯВЛЕНИЕ КОГНИТИВНЫХ СТРАТЕГИЙ

*Олег Валентинович Лисовский, Полина Андреевна Панкратова,
Иван Александрович Лисица, Дарья Сергеевна Близнякова*

Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет. 194100, Санкт-Петербург, ул. Литовская, д.2

E-mail: polina.pankratova@bk.ru

Ключевые слова: пищевое поведение, подростки, студенты, шкала оценки пищевого поведения, перфекционизм.

Введение. Здоровье обучающихся медицинских университетов включает в себя не только проявления со стороны тела, но и нервно-психическое состояние. Увеличение нагрузки со стороны обучения, работа медицинской сестрой, переживания о будущем — все эти переживания отражаются на пищевом поведении студентов, развитии соматоформных нарушений и психосоциальной дезадаптации. В молодом возрасте проявляются клинические проявления и особенности нарушений пищевого поведения. Оценка траектории развития соматоформных заболеваний определяет ведущее направление профилактики.

Цель исследования. Оценить наличие и распространенность нарушений пищевого поведения среди студентов шестого курса.

Материалы и методы. На кафедре общей медицинской практики Санкт-Петербургского государственного педиатрического медицинского университета произведен опрос обучающихся шестого курса. Всего опрошено 140 обучающихся, из них 117 девушек и 23 юноши. Проведена оценка антропометрических данных и результатов валидизированного опросника «Шкала оценки пищевого поведения». В анкету были включен 51 вопрос, сгруппированный по 7 субшкалам: стремление к худобе, булимия, неудовлетворенность телом, неэффективность, перфекционизм, недоверие в межличностных отношениях, интероцептивная некомпетентность. Каждый вопрос оценивался по 6-балльной шкале. Суммы баллов переводились в «стенайны», которые характеризовали степень выраженности каждой из субшкал.

Результаты. Средний рост — $168,9 \pm 8,15$, вес — $63,6 \pm 13,27$, возраст — $23,1 \pm 2,84$. При оценке опросника выявлено, что: средний балл в 1 субшкале, отражающей стремление к худобе составил $2,68 \pm 3,97$, что соответствует 5 стенайну и выявлен у 15 (11%) человек. Средний балл во 2 субшкале, отражающий проявления булемии — $1,85 \pm 3,09$, что соответствует 6 стенайну — 17(13%) опрошенных. Средний балл в 3 субшкале (отражение неудовлетворенность телом) — $4,73 \pm 4,15$, что соответствует 5 стенайну — 85(59%) респондент. Средний балл в 4 субшкале (неэффективность) — $2,31 \pm 3,21$, соответствует 5 стенайну — 30(22%) человек. Средний балл в 5 субшкале (перфекционизм) — $6,99 \pm 3,99$, соответствует 6 стенайну — 44(31%) студентов. Средний балл в 6 субшкале (недоверие в межличностных отношениях) — $4,38 \pm 2,77$, что соответствует 6 стенайну — 13(10%) человека. И в 7 субшкале (интероцептивная некомпетентность), соответствующей 6 стенайну средний балл составил $2,82 \pm 3,79$ — 32(22%) респондентов.

Вследствие вышеописанного, наиболее выраженные проявления нарушений пищевого поведения отмечены в неудовлетворенности собственным телом и перфекционизме — 85 и 44 человека в максимальной степени выраженности признака в обеих категориях соответственно.

Выводы. Оценка пищевого поведения студентов позволяет выявить стремления, чувства обучающихся на завершающем этапе получения высшего медицинского образования. Студенты шестого курса предъявляют высокие требования как к своему телу, так и к обучению.

АНАЛИЗ АМБУЛАТОРНОЙ ПЕДИАТРИЧЕСКОЙ ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В ТЕЧЕНИЕ 3 ЛЕТ (2020–2022 ГОДЫ)

Нина Петровна Малеева, Галина Борисовна Кацова

Оренбургский государственный медицинский университет. 460000, Оренбург, ул Советская, д. 6

E-mail: ninamaleeva@list.ru

Ключевые слова: патология пищеварительного тракта, структура, дети, сопутствующие заболевания.

Введение. Хроническая патология желудочно-кишечного тракта имеет тенденцию к омоложению и доминированию среди хронических заболеваний детского возраста. Сведения о встречаемости этих заболеваний, эффективности лечения, наличии сопутствующих заболеваний у детей на амбулаторном приеме гастроэнтеролога представляют клинический интерес.

Цель исследования. Провести анализ структуры хронической гастроэнтерологической патологии, сопутствующих заболеваний, частоты рецидивов и длительности ремиссий в зависимости от патологии пищеварительной системы у детей.

Материалы и методы. Был приведен анализ состояния здоровья и амбулаторных карт 1056 больных в возрасте от 3 до 18 лет, наблюдавшихся на амбулаторном приеме у гастроэнтеролога в течение 3 лет, с 2020 по 2022гг. в поликлиниках № 8,9 г. Оренбурга.

Результаты. Среди обратившихся за консультативной помощью преобладали мальчики (57%), что согласуется с данными по РФ (40–60%) по различным регионам. Возрастной состав детей распределялся следующим образом: 3–7 лет — 11%, 7–10 лет — 14%, 11–15 лет — 60%, 16–18 лет — 15%. Среди обратившихся значительно преобладали пациенты в возрасте 11–15 лет, что связано с наличием таких триггерных факторов в питании, как сладкие газированные напитки, чипсы, жареные, копченые, соленые продукты и перекусы в течение дня в пунктах быстрого питания. У детей 3–10 лет эти факторы управляются родителями, а после 16 лет подростки в большинстве своем уже думают о негативных последствиях употребления продуктов вредных для здоровья. Данные по РФ свидетельствуют, что до 70% подростков от 11 до 17 лет посещают кафе быстрого питания. За консультативной гастроэнтерологической помощью в поликлинику обращались дети с разнообразной патологией органов пищеварения: гастродуоденитом (28,5%), гастритом (21%), хроническими запорами на фоне дисфункции кишечника (17%), функциональными заболеваниями пищеварительного тракта (13%). Значительно реже у детей встречался эрозивный гастрит (9%), язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки (4,3%), различные синдромы мальабсорбции (4,7%) и хронические колиты инфекционной природы (3%). За 3 года наблюдения существенной достоверно значимой динамики заболеваемости не отмечалось ($p > 005$). Нами была проанализирована длительность ремиссии и частоты рецидивов у больных с гастроэнтерологической патологией. Так, максимальные сроки ремиссии до 3 лет характерны для гастритов, гастродуоденитов. Минимальные сроки до 6 месяцев характерны для хронических запоров, хронических колитов, функциональных заболеваний желудочно-кишечного тракта. Как правило, при гастритах одного адекватного курса терапии достаточно для выхода в длительную ремиссию. При запорах, хронических колитах, функциональных заболеваниях пищеварительного тракта обычно при наступлении улучшения пациенты прекращают как лекарственную, так и диетотерапию, поэтому длительность ремиссии значительно сокращается. Результаты наблюдения за рецидивами заболеваний свидетельствуют, что чаще дают обострение хронические запоры (38%) и функциональные заболевания пищеварительного тракта (36%), что связано с ранним прекращением лечения в связи с видимостью выздоровления. Рецидивы гастродуоденитов и гастритов встречались в 10–14% соответственно. Язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки рецидивировала крайне редко (2%), что характеризует качество проводимой терапии, тщательность наблюдения за больными со стороны медицинского персонала и родителей. Анализ сопутствующих заболеваний свидетельствует о встречаемости их у достаточно большого числа пациентов (65%). Максимально часто у подростков встречаются такие заболевания как ожирение (18%), паразитоз (5%). У

детей от 3 до 7 лет доминируют дисбиоз кишечника (24%), атопический дерматит (14%), вторичная лактазная недостаточность (4%).

Заключение. Распространенность гастроэнтерологической патологии по нозологическим формам свидетельствует о максимальной встречаемости на амбулаторном приеме гастроэнтеролога больных с гастродуоденитами, гастритами, хроническими запорами.. Максимальная длительность ремиссии до 3 лет характерна для гастродуоденитов, гастритов, язвенной болезни, а рецидивы заболевания чаще встречаются при хронических запорах и функциональных заболеваниях желудочно-кишечного тракта. Сопутствующие заболевания сопровождают патологию желудочно-кишечного тракта у более половины больных. Результаты проведенного исследования позволят обратить более пристальное внимание на определенные группы больных с патологией пищеварительной системы, коррегировать терапию и улучшить прогноз заболевания.

СТОМАТОЛОГИЧЕСКИЙ АСПЕКТ ЭРГОТЕРАПИИ ГЕРИАТРИЧЕСКИХ ПАЦИЕНТОВ ПРИ ПОСТИНСУЛЬТНЫХ НАРУШЕНИЯХ

*Сергей Борисович Мальцев¹, Валерий Константинович Леонтьев^{1,2},
Андрей Константинович Иорданишвили^{1,3}, Сергей Петрович Рубникович⁴,
Жасур Алимджанович Ризаев⁵, Кахрамон Эркинович Шомуродов⁶*

¹Санкт-Петербургский медико-социальный институт. 195271, Санкт-Петербург, пр. Кондратьевский, д.72, лит. А

²Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова. 127006, Москва, ул. Долгоруковская, д. 4

³Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова. 194044, Санкт-Петербург, ул. Акад. Лебедева, д. 6

⁴Белорусский государственный медицинский университет. 220083, Минск, пр. Дзержинского, д. 83

⁵Самаркандский государственный медицинский университет. 111606, Самарканд, ул. Амира Тимура, д. 18

⁶Ташкентский государственный стоматологический институт. 100047, Ташкент, ул. Махтумкули, д. 103

E-mail: professoraki@mail.ru

Ключевые слова: люди пожилого и старческого возраста, инфаркт головного мозга, инсульт; междисциплинарный подход, эрготерапия, стоматологическая помощь, гигиена полости рта, болезни пародонта.

Введение. В настоящее время отмечают, что инфаркты головного мозга (ишемический, геморрагический), стали встречаться чаще, в том числе у людей молодого возраста. Реабилитация таких пациентов, особенно в пожилом и старческом возрасте, представляет серьезную медико-социальную проблему современного отечественного и зарубежного здравоохранения. Главным препятствием на пути к социализации таких пациентов являются постинсультные двигательные и когнитивные нарушения. Существенную помощь в реализации такой задачи, на примере работы сотрудников Санкт-Петербургского медико-социального института, может эрготерапия, то есть излечение через деятельность, обучение человека обычным повседневным действиям, выполнение которых после перенесенного заболевания вызывает физические и нравственные трудности. Индивидуальный комплекс лечебной гимнастики, занятия на тренажерах обычно помогают восстановить двигательные функции, достичь максимальной самостоятельности и независимости в быту, восстановить утраченные навыки или заместить их за счет сохранившихся или восстановленных. Считают, что эрготерапия направлена на то, чтобы «поднять» пациента с «больничной койки» и научить себя обслуживать самостоятельно, что важно в домашних условиях. Полагаем, что главной задачей эрготерапии является возвращение человека к его обычной повседневной жизни, а именно к работе, хобби, а также участию в общественных делах, что также благоприятно влияет на психосоматическое состояние пациентов с постинсультными двигательными и когнитивными нарушениями. В тоже время вопрос ухода за зубами и полостью рта в настоящее время практически не рассматривается в контексте проведения эрготерапии, хотя известно, что на протяжении столетий этот аспект считали весьма важным, как для обеспечения стоматологического здоровья, так и для профилактики очаговообусловленных заболеваний и их осложнений.

Цель исследования. Оценить роль врача-стоматолога или гигиениста стоматологического при эрготерапии пациентов, страдающих постинсультными двигательными и когнитивными нарушениями.

Материал и методы. Под наблюдением находилось 46 (17 мужчин и 29 женщин) в возрасте от 56 до 72 лет, которые страдали постинсультными двигательными и когнитивными нарушениями. Все пациенты проводилась эрготерапия. При этом 20 пациентам без участия врача-стоматолога или гигиениста стоматологического (1 группа), а 46 пациентам при постоянном участии указанных категорий медицинских работников (2 группа). В ходе исследования, которое продолжалось 3 месяца изучали показатели индивидуальной гигиены полости рта с учетом индекса Green-Wermillioh-ОНИ-S в нашей модификации (индекс гигиены хороший, то есть от 0 до 0,6 усл. ед.; средний уровень гигиены полости рта при показателе индекса гигиены рав-

ном 0,7 — 1,6 усл. ед.; плохой или очень плохой уровень гигиены рта при показателе индекса 1,7 усл. ед. и более), а также по количеству пациентов с воспалительными изменениями тканей пародонта. Для сопоставимости полученных результатов всем пациентам в начале эрготерапии проведена профессиональная гигиена полости рта. Критерием включения пациентов в исследование были постинсультные когнитивными нарушения и проводимая эрготерапия. Критериями исключения из клинического исследования были наличие у пациентов выраженной потери зубов (более 12). Достоверность различий средних величин независимых выборок подвергали оценке при помощи параметрического критерия Стьюдента при нормальном законе распределения и непараметрического критерия Манна-Уитни при отличии от нормального распределения показателей. Во всех процедурах статистического анализа считали достигнутый уровень значимости (p), критический уровень значимости при этом был равным 0,05. Исследование соответствовало этическим стандартам Комитета по экспериментам на человеке Хельсинкской декларации 1975 г. и ее пересмотренного варианта 2000 г.

Результаты. В начале клинического исследования и после проведения профессиональной гигиены полости рта у пациентов обеих групп отмечено хорошее состояние индивидуальной гигиены полости рта, а встречаемости воспалительной патологии пародонта (гингивит, пародонтит) была диагностирована у пациентов 1 и 2 групп, соответственно, в 15% (3 чел.) и 19,23% (5 чел.) случаев. По завершению клинического наблюдения было установлено, что среди всех пациентов 1 группы индивидуальная гигиена полости рта была плохой и очень плохой, а воспалительная патология пародонта диагностировалась в 100% случаев. Среди пациентов 2 группы исследования, с которыми на протяжении всего курса эрготерапии занимались врач-стоматолог или гигиенист стоматологической, воспалительная патология пародонта была диагностирована в 42,31% (11 чел.) случаев, а хорошая гигиена полости рта отмечена у 15 (57,69%) чел. У 4 (15,38%) чел., отмечен средней уровень гигиены полости рта, а у 7 (26,92%) чел. — плохой уровень гигиены полости рта. Таким образом, гигиеническое состояние полости рта у пациентов 2 группы было на более высоком уровне, чем у пациентов 1 группы исследования, что подтверждено показателями встречаемости воспалительной патологии пародонта и индекса гигиены полости рта ($p < 0,05$). Таким образом, у пациентов, страдающих постинсультными двигательными и когнитивными нарушениями и регулярно наблюдавшихся врачом-стоматологом или гигиенистом стоматологическим во время курса эрготерапии, стоматологические мероприятия по первичной и вторичной профилактике стоматологических заболеваний, а также при рациональном и постоянном грамотном применении отечественных средств для индивидуального ухода за зубами и тканями полости рта удается добиться значительных и стойких улучшений со стороны органов жевательного аппарата и гигиены полости рта, что, безусловно, положительно отражается на качестве. Можно считать, что эрготерапия, как и многие медицинские клинические специальности, нуждается в междисциплинарном подходе. Это позволяет комплексно решать проблему здоровья человека с постинсультными двигательными и когнитивными нарушениями, обеспечивая удовлетворительные показатели стоматологического здоровья и профилактики возникновения и прогрессирования воспалительных заболеваний пародонта, а также очаговообусловленных заболеваний, что важно для людей старших возрастных групп, у которых отмечается коморбидность патологии.

Заключение. Проведенное клиническое исследование показало важность междисциплинарного подхода в эрготерапии пациентов, страдающих постинсультными двигательными и когнитивными нарушениями. Включение специалиста, работающего в области стоматологии (врач-стоматолог, гигиенист стоматологический) позволило существенно улучшить у таких пациентов показатели стоматологического здоровья. Очевидна необходимость разработки профилактических программ в области стоматологии для пациентов с постинсультными двигательными и когнитивными нарушениями, что позволит существенно улучшить показатели стоматологического здоровья таких пациентов.

ЮВЕНИЛЬНЫЙ ИДИОПАТИЧЕСКИЙ АРТРИТ У ДЕТЕЙ ПОДРОСТКОВОГО ВОЗРАСТА И ПОРАЖЕНИЕ ВЕРХНИХ ОТДЕЛОВ ПИЩЕВАРИТЕЛЬНОГО ТРАКТА

Севда Насреддиновна Мамедова

Азербайджанский медицинский университет, AZ1022, г. Баку, ул. Бакиханова, 23

E-mail: dr.sevda.mammadova@mail.ru

Ключевые слова: ювенильный идиопатический артрит, подростки, реактивный панкреатит, гастродуоденит.

Ведение. Ювенильный идиопатический артрит (ЮИА) представляет собой хроническое воспалительное заболевание суставов с неясной этиологией, начинающееся до шестнадцатилетнего возраста, имеющий тяжелое прогрессирующее течение и сочетающийся у ряда больных выраженными внесуставными проявлениями, среди которых особое место занимает поражение желудочно-кишечного тракта (ЖКТ).

Цель исследования — изучить особенности поражения верхних отделов ЖКТ у детей подросткового возраста с ЮИА по результатам объективного и лабораторно-инструментального обследования.

Материалы и методы. Изучены данные медицинской документации 26 пациентов с диагнозом ЮИА имеющие желудочно-кишечные симптомы (дети, имеющие значимую патологию ЖКТ до установления диагноза ЮИА были исключены из исследования). Средний возраст пациентов составил $11,7 \pm 0,9$ лет (от 11 до 16 лет), из них девочек было -16, мальчик — 10. Средняя длительность болезни составила от 2 до 6 лет. У всех больных тщательно собран анамнез, проведено клиническое и лабораторно-инструментальное исследование. Распределение больных по МКБ 10: юношеский ревматоидный артрит (M08.0) — 7, юношеский артрит с системным началом (M08.2) — 6, юношеский полиартрит (серонегативный) (M08.3) — 8, пауциартикулярный юношеский артрит (M08.4) — 5. Пациенты получали базисные препараты (метотрексат или сульфасалазин) в сочетании НПВС и ГКС в соответствии с вариантом ЮА.

Результаты. Жалобы со стороны ЖКТ предъявляли все больные, однако более интенсивные боли наблюдались у пациентов с системным началом. По данным УЗИ признак дискинезии желчевыводящих путей чаще встречался при олигоартрите — у 5 детей. Изменение структуры и сосудистого рисунка печени наблюдалось у 5 больных ЮА с системным началом, у 4 больных с полиартритом, у 3 — с пауциартикулярным ЮА и у 2 с олигоартритом. Реактивные изменения поджелудочной железы чаще имели больные ЮА с системным началом (4, 2, 3, 2 соответственно). Повышение уровня АЛТ и АСТ отмечалось у 10 пациентов, в том числе у 4 больных с системным ЮА, 3 детей с полиартритом, 2 детей с пауциартикулярным юношеским артритом и у 1 с олигоартритом. Высокие значения АЛТ и АСТ, а также высокий уровень СРП ассоциировалось с большим числом пораженных суставов. Результаты эзофагогастродуоденоскопии позволил установить гастродуоденит у 5 больных с системном артритом и у 3 больных с пауциартикулярным ЮА, гастрит — у 4 больных с полиартритом, у 3 больных с олигоартритом.

У 12 детей с ЮА выявляли по 1 диагнозу, у 10 — по 2 диагноза. Сочетание 3 диагнозов наблюдалось у 4 пациента ЮА с системным началом.

Заключение. Таким образом, полученные данные позволяют сделать вывод о том, подростки с ювенильным идиопатическим артритом, получающие базисное лечение, нестероидные противовоспалительные препараты, стероидные препараты имеют большой риск поражений ЖКТ, выявляемое, как правило при клинических и лабораторно-инструментальных методах исследования. Надо отметить, что наиболее часто гастроэнтерологические проблемы имели пациенты с системным вариантом артрита с высокой активностью болезни.

ЗНАЧИМОСТЬ НЕКОТОРЫХ ИНТЕГРАЛЬНЫХ ИНДЕКСОВ РЕАКТИВНОГО ПОТЕНЦИАЛА И ЭНДОГЕННОЙ ИНТОКСИКАЦИИ У ДЕТЕЙ ПРИ COVID-19 ИНФЕКЦИИ С ПОРАЖЕНИЕМ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА

*Равил Фаткулислямович Махмутов, Ольга Александровна Лихобабина,
Антонина Ивановна Бобровицкая, Алексей Алексеевич Лихобабин,
Эльмира Фиркатовна Ильяная*

Донецкий государственный медицинский университет им. М. Горького. 83003, Донецк, пр. Ильича, д. 16

E-mail: ravilclassic@yandex.com

Ключевые слова: COVID-19, желудочно-кишечный тракт, диагностика, лечение, дети.

Введение. Мультисистемный воспалительный процесс при COVID-19 инфекции характеризуется, в том числе, и поражением желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) у детей. SARS-CoV-2 представляет определенную опасность в отношении декомпенсации имеющихся хронических заболеваний, как в ходе острой инфекции, так и после купирования основных симптомов заболевания.

Цель исследования. Изучить значимость некоторых интегральных индексов реактивного потенциала и эндогенной интоксикации у детей при COVID-19 инфекции, с поражением ЖКТ.

Материалы и методы. Изучены клинические особенности течения COVID-19 инфекции с поражением ЖКТ у 38 детей (возраст 6–18 лет), которые составили исследуемую группу (ИГ). В контрольную группу (КГ) включено 30 здоровых детей (аналогичного возраста).

Критерии включения: дети, у которых был эпизод COVID-19 инфекции (подтвержденной лабораторно), отсутствие соматической патологии в стадии обострения, информированное согласие родителей и самих детей на участие в исследовании.

Критерии исключения: дети, у которых не было в анамнезе заболевания COVID-19 инфекции (подтвержденной лабораторно), наличие соматической патологии в стадии обострения, отказ родителей и самих детей на участие в исследовании.

Верификацию диагноза проводили по результату клинико-лабораторно-инструментальных исследований, заключений специалистов и в соответствии с «МКБ 10-го пересмотра».

С целью оценки состояния защитных систем организма у детей при COVID-19 инфекции, с поражением ЖКТ, изучили состояние общего реактивного потенциала по показателям гемограммы (нагрузочный эритроцитарный коэффициент (НЭК), клеточно-фагоцитарный показатель (КФП), иммуно-лимфоцитарный потенциал (ИЛП), аллергическая настроенность организма (АНО)); показатели эндогенной интоксикации (лейкоцитарный индекс интоксикации (ЛИИ), лейкоцитарный индекс интоксикации модифицированный (ЛИИм), реактивный ответ нейтрофилов (РОН), индекс резистентности организма (ИРО), индекс сдвига лейкоцитов крови (ИСЛК), индекс лимфоцитарно-гранулоцитарный (ИЛГ), индекс Гаркави (ИГ), индекс соотношения лейкоцитов и СОЭ (ИЛСОЭ), индекс Кребса (ИК), ядерный индекс эндотоксикоза (ЯИЭ)).

Исследование соответствует этическим требованиям Хельсинской декларации, Конвенции Совета Европы о правах человека и биомедицине, положениям ВОЗ, Международного совета медицинских научных обществ, Международного кодекса медицинской этики, полностью исключает ограничение прав пациента и/или нанесения вреда его здоровью. Данное исследование одобрено этическим комитетом ФГБОУ ВО ДонГМУ Минздрава России.

Математическая и статистическая обработка результатов исследования проводилась с использованием программных пакетов Excel XP и STATISTICA 6,0. Для параметрических показателей осуществляли расчет среднего арифметического (M), ошибки средней (m), дисперсии (σ^2) и достоверного интервала ($M \pm 2\sigma^2$). При оценке достоверности определялись критерий Стьюдента (t).

Результаты. При госпитализации у детей ИГ тяжелый гастроинтестинальный синдром зафиксирован в 36,84% случаев, экзикоз — в 13,16%. Основными клиническими проявлениями болезни у детей ИГ были: тонзиллит (86,84%), общая слабость (76,32%), отсутствие аппетита (68,42%), боль в горле (65,79%), заложенность носа (65,79%), «озноб» (65,79%), субфебрильная температура (57,89%), кашель (57,89%), головная боль (55,26%), частый (5–12 раз

в сутки) жидкий стул (39,47%), однократная рвота (36,84%), миалгия (34,21%), «першение» в горле (34,21%), нарушение обоняния и вкуса (26,32%).

Уровень показателя НЭК у детей в ИГ превышал на 64,0% ($0,83 \pm 0,09$ усл.ед.) значения в КГ ($0,50 \pm 0,05$ усл.ед.), это свидетельствует о наличии у детей в ИГ выраженных метаболических нарушений, связанных с перегрузкой кровотока продуктами интоксикации, воспаления.

Уровень показателя КФП у детей в ИГ превышал на 20,6% ($569,46 \pm 8,61$ усл.ед.) значения в КГ ($471,90 \pm 12,50$ усл.ед.), это свидетельствует о наличии у детей в ИГ асептического характера воспалительной реакции организма и способности организма предупредить бактериальный характер осложнения процесса.

Уровень показателя ИЛП у детей в ИГ был ниже на 53,9% ($284,73 \pm 9,41$ усл.ед., $p < 0,05$) значения в КГ ($618,00 \pm 17,80$ усл.ед.), это свидетельствует о наличии у детей в ИГ недостаточного иммунного ответа на антигенное раздражение.

Уровень показателя АНО у детей в ИГ был превышал 134,4% ($790,01 \pm 0,12$ усл.ед., $p < 0,05$) значения в КГ ($337,10 \pm 14,90$ усл.ед.), это свидетельствует о резком уменьшении количества эозинофилов у детей в ИГ.

Уровень показателя ЛИИ у детей в ИГ сохранялся на уровне ($1,54 \pm 0,08$ усл.ед.) значения в КГ ($1,50 \pm 0,50$ усл.ед.), это свидетельствует о наличии у детей в ИГ асептического характера воспалительного процесса в организме.

Уровень показателя ЛИИМ у детей в ИГ сохранялся на уровне ($1,55 \pm 0,05$ усл.ед.) значения в КГ ($1,50 \pm 0,50$ усл.ед.), это свидетельствует о степени эндогенной интоксикации у детей в ИГ, эффективности проводимой терапии.

Уровень показателя РОН у детей в ИГ превышал на 159,0% ($1,13 \pm 0,15$ усл.ед.) значения в КГ ($0,71 \pm 0,07$ усл.ед.), это свидетельствует о наличии у детей в ИГ компенсации эндогенной интоксикации.

Уровень показателя ИРО у детей в ИГ был значительно ниже ($27,51 \pm 2,41$ усл.ед., $p < 0,05$) значения в КГ ($75,00 \pm 25,00$ усл.ед.), это свидетельствует о наличии у детей в ИГ возможности развития осложнений чаще, вирусно-бактериального характера.

Уровень показателя ИСЛК у детей в ИГ был ниже ($1,61 \pm 0,09$ усл.ед.) значения в КГ ($1,96 \pm 0,56$ усл.ед.), это свидетельствует об отсутствии у детей в ИГ бактериальных осложнений.

Уровень показателя ИЛГ у детей в ИГ значительно превышал ($73,54 \pm 0,18$ усл.ед., $p < 0,05$) значения в КГ ($4,56 \pm 0,37$ усл.ед.), это свидетельствует о наличии у детей в ИГ интоксикации инфекционного характера.

Уровень показателя ИГ у детей в ИГ значительно превышал ($1,21 \pm 0,03$ усл.ед., $p < 0,05$) значения в КГ ($0,30 \pm 0,50$ усл.ед.), это свидетельствует о наличии у детей в ИГ лимфоцитоза и воспалительного процесса вирусной этиологии.

Уровень показателя ИЛСОЭ у детей в ИГ значительно превышал ($68,48 \pm 0,16$ усл.ед., $p < 0,05$) значения в КГ ($1,87 \pm 0,76$ усл.ед.), это свидетельствует о наличии у детей в ИГ интоксикации, связанной с аутоиммунным процессом.

Уровень показателя ИК у детей в ИГ сохранялся на уровне ($1,84 \pm 0,14$ усл.ед.) значения в КГ ($1,80 \pm 0,46$ усл.ед.), это свидетельствует о наличии у детей в ИГ аутоиммунного воспалительного процесса в легкой форме.

Уровень показателя ЯИЭ у детей в ИГ значительно превышал ($0,31 \pm 0,07$ усл.ед., $p < 0,05$) значения в КГ ($0,05 \pm 0,08$ усл.ед.), это свидетельствует о более выраженном поражении ядер клеток гемограммы и позволяет оценить состояние у детей в ИГ как тяжелое, несмотря на наличие удовлетворительного самочувствия (мнимое и ошибочное).

Детям в ИГ назначали терапию в соответствии с действующими стандартами по лечению COVID-19 инфекции. На фоне проводимой терапии продолжительность вышеуказанных симптомов колебалась в пределах 5–10 дней.

Заключение. Использование интегральных показателей периферической крови расширяет возможности получения достаточной информации о состоянии общего реактивного потенциала и эндогенной интоксикации организма, особенностях иммунного ответа на специфический раздражитель, выраженности метаболических нарушений, характера воспалительной реакции у детей при COVID-19 инфекции, с поражением ЖКТ. Это важно учитывать для профилактики риска развития осложнений в постковидный период у таких пациентов.

ЛЕЧЕНИЕ ПЕРИИМПЛАНТИТА ПРИ ВТОРИЧНОМ ИММУНОДЕФИЦИТЕ

Михаил Александрович Морозов¹, Антон Анатольевич Сериков²,
Андрей Константинович Иорданишвили²

¹Многопрофильная больница. 682610, г. Эльблонг (Польша), ул. Хетманская, д. 11

²Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова. 194044, Санкт-Петербург, ул. Академика Лебедева, д. 6

E-mail: mdgrey@bk.ru

Ключевые слова: вторичный иммунодефицит, ВИЧ-инфекция, периимплантит, микробиота рта, мукозальной иммунитет, антиретровирусная терапия.

Введение. Сведения по лечению хронического периимплантита у пациентов, страдающих вторичным иммунодефицитом, в том числе ВИЧ-инфекцией, немногочисленны также и данные о совершенствовании методов лечения воспалительной патологии тканей вокруг дентальных имплантатов, что весьма актуально в современных условиях.

Цель исследования. Определение особенностей лечения периимплантита при вторичном иммунодефиците, а именно при ВИЧ-инфекции.

Материал и методы. Под наблюдением находилось 6 мужчин (основная группа) в возрасте от 35 до 54 лет, у которых возникла воспалительная патология тканей вокруг дентальных имплантатов, которую на основании клинико-рентгенологического обследования характеризовали как хронический периимплантит (ХП). Все пациенты страдали ВИЧ-инфекцией, находились под динамическим наблюдением врача-инфекциониста и регулярно получали антиретровирусную терапию (АРТ). В контрольную группу вошли 10 мужчин в возрасте от 28 до 55 лет, которые не страдали ВИЧ-инфекцией и другими заболеваниями, обуславливающими вторичный иммунодефицит. Проведено лечение хронического периимплантита при изучении показателей микробиоты рта и мукозального иммунитета. Статистическая обработка данных выполнялась на персональном компьютере с использованием стандартного пакета программ прикладного статистического анализа (Statistica for Windows v. 7.0).

Результаты. Первичный стоматологический осмотр пациентов показал, что у всех отмечалась удовлетворительная гигиена полости рта (индекс CPITN был равен $1,24 \pm 0,31$ усл. ед.). При этом отмечалась диффузная гиперемия и умеренный отек слизистой оболочки рта, а также ее сухость. Согласно методике оценки способом оценки тяжести течения и эффективности лечения синдрома «сухого рта» определена средняя тяжесть течения стоматита, так как суммарный показатель, характеризующий наличие и выраженность патологии СОР на этот период обследования составил $8,74 \pm 2,34$ усл. ед.

В области одиночно стоящих дентальных имплантатов также определялась застойная гиперемия при кровоточивости десны. Данные рентгенологического обследования показали наличие незначительной резорбции костной ткани в области шейки имплантатов, что подтвердило ранее установленный при осмотре диагноз ХП. Изучение при первичном обследовании пациентов встречаемости пародонтопатогенов 100% присутствие *Prevotella intermedia*, *Bacteroides forsythus*, *Treponemadenticola*, *Actinobacillus actinomycetem comitans* и *Porphyromonas gingivalis*. У здоровых людей (2 контрольная группа) частота выявления пяти указанных пародонтопатогенов колебалась от 6 до 12%, при этом наиболее часто выявляли *Treponema denticola* и *Actinobacillus actinomycetem comitans*, реже *Porphyromonas gingivalis*, а такие пародонтопатогены, как *Prevotella intermedia* и *Bacteroides forsythus*, с помощью использованного метода исследования в контрольной группе пациентов не определялись. Также у 3 пациентов основной группы исследования, при отсутствии клинически поражений на слизистой оболочке рта, определялись единичные дрожжевые формы *Candida*, которые после идентификации определялась как *S. albicans* (у 2 пациентов) и *S. glabrata* (у 1 пациента). В контрольной группе пациентов дрожжевые формы *Candida* не определялись.

При первичном обследовании у пациентов с ХП на фоне ВИЧ-инфекции установлено достоверное снижение показателей sIgA до $0,34 \pm 0,14$ г/л при аналогичном показателе в контрольной группе равном $0,70 \pm 0,18$ г/л ($p \leq 0,001$). Также у пациентов, страдающих ХП на фоне ВИЧ-инфекции достоверно ($p < 0,05$) отмечено увеличение всех изученных в исследовании про-

воспалительных цитокинов: IL-1 β = 19,9 \pm 3,8 пг/мл; IL-6 = 32,2 \pm 5,2 пг/мл; IL-8 = 1021 \pm 81 пг/мл; TNF α = 9,5 \pm 2,4 пг/мл, в сравнении с показателями, полученными у пациентов контрольной группы исследования (IL-1 β = 10,3 \pm 1,5 пг/мл; IL-6 = 9,3 \pm 3,1 пг/мл; IL-8 = 418 \pm 32 пг/мл, TNF α = 4,1 \pm 2,2 пг/мл). В отношении исходного уровня противовоспалительных цитокинов выявлено, что у пациентов основной группы, страдающих ХП на фоне ВИЧ-инфекции было отмечено достоверное ($p < 0,05$) повышение концентрации RAIL (16,3 \pm 3,4 пг/мл) и IL-10 (58,2 \pm 8,4 пг/мл), при нормальном показателе IL-4 (9,6 \pm 2,2 пг/мл) в слюне, по сравнению с показателями полученными в контрольной группе (RAIL = 3,5 \pm 0,6 пг/мл; IL-10 = 11,7 \pm 3,2 пг/мл; IL-4 = 11,2 \pm 1,4 пг/мл). Отметим, что данные противовоспалительные цитокины поддерживают необходимый баланс в развитии воспаления путем усиления негативного контроля и усиления репарационных процессов.

При обследовании у врача-инфекциониста определение «вирусной нагрузки» у пациентов основной группы исследования, а именно, страдающих ХП на фоне ВИЧ-инфекции, показатель содержания Т(СD4)-лимфоцитов составил менее 0,299 \times 10⁹/л, что привело к необходимости коррекции схем АТ.

Проведенное комплексное лечение ХП у пациентов основной группы исследования на фоне скорректированной АТ позволило спустя 2 месяца после реализации всего комплекса лечебно-профилактических мероприятий купировать не только воспалительный процесс в тканях вокруг имплантатов, а также улучшить состояние СОР. Если на 10 сутки и спустя месяц от начала лечения согласно методике оценки тяжести течения и эффективности лечения синдрома «сухого рта» были получены показатели, соответственно, 4,84 \pm 2,44 усл. ед. и 2,13 \pm 1,64 усл. ед., соответственно, что характеризовало клиническую картину стоматита легкой степени и достоверно свидетельствовало об улучшении состояния СОР ($p < 0,01$) а именно эффективность терапии как 44,62% и 75, 63%, соответственно. Спустя 2 месяца от начала лечения видимой патологии СОР у пациентов основной группы не наблюдали, что можно оценивать как 100% эффективность лечения патологии СОР. Подчеркнем, что положительной динамикой местных клинических данных можно характеризовать эффективность не только общего лечения, но и местной терапии с использованием рекомендованных пациенту средств ухода за полостью рта. Эффективность АТ за счет изменения схем лечения подтверждалась тем, что через 2 месяца от начала скорректированной АТ значения показателя содержания Т(СD4)-лимфоцитов у пациентов основной группы достигли 0,400 \times 10⁹/л и более ($p < 0,01$). Одновременно констатировали нормализацию показателей изученных провоспалительных и противовоспалительных цитокинов, которые спустя 2 месяца от начала лечения не отличались от аналогичных в контрольной группе пациентов ($p > 0,05$), а также уменьшилась выявляемость исследованных пародонтопатогенов, которая колебалась спустя 2 месяца от начала терапии и стоматологических лечебно-профилактических мероприятий от 8 до 14%, что также не отличалось от значений, полученных при микробиологическом исследовании среди пациентов контрольной группы ($p > 0,05$). Также у пациентов основной группы удалось устранить наличие дрожжевых форм *Candida*, которые спустя 2 месяца от начала исследования у пациентов основной группы не определялись.

Заключение. Резюмируя вышеизложенное, следует заключить, что возникновение ХП у пациентов, страдающих ВИЧ-инфекцией на фоне удовлетворительной гигиены полости рта, может быть связано с предрасполагающим фактором, заключающимся в неэффективно проводимой им АТ. Поэтому целесообразно при диагностировании ХП у лиц, страдающих ВИЧ-инфекцией, не только проводить в полости рта соответствующие лечебно-профилактические мероприятия с учетом скорректированной индивидуальной и выполненной профессиональной гигиене полости рта, а также комплексному лечению ХП, но и своевременно направлять их к врачу-инфекционисту для коррекции АТ, так как рассматриваемая патология может быть одним из маркеров неэффективной АТ.

ВЛИЯНИЕ БЕЗГЛЮТЕНОВОЙ ДИЕТЫ ДЛЯ ДЕТЕЙ С РАССТРОЙСТВОМ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА

Меҳрибон Иқром кизи Мусаева

Ведущий специалист Республиканского центра социальной адаптации детей, 100100, Узбекистан, г. Ташкент, улица Абдулла Каххара, 34

E-mail: musaevamehribon7@gmail.com

Ключевые слова: диета, глютен, расстройства аутистического спектра, реабилитация, целиакия.

Введение: Как можно понять из термина «спектр», расстройство аутистического спектра включает в себя широкий спектр симптомов и нарушений. У кого-то с легким аутизмом могут возникнуть проблемы со зрительным контактом, и может показаться, что ребенок не эмоционален, но он сможет удержаться на работе и поддерживать личные отношения. Между тем, человек с тяжелым аутизмом (также называемым «низкофункциональным аутизмом») может быть не в состоянии говорить или жить самостоятельно, будучи взрослым. Реабилитация, включающая в себя поведенческую терапию и лекарства, как было показано в исследованиях, уменьшает симптомы. Но один метод реабилитации, часто используемый родителями, — безглютеновая и безказеиновая диета (ББКГ) — тесно связан с безглютеновой диетой, используемой для лечения целиакии. Единственное современное лечение целиакии — это безглютеновая диета, которая останавливает атаку иммунной системы, устраняя ее триггер — глютен.

Цель исследования: Исследование влияния безглютеновой диеты для детей с расстройством аутистического спектра

Материалы и методы: Использовались статистические методы. Были проанализированные статистические данные детей с РАС с изменяем состояние при использовании диеты.

Результаты: При проведении исследования на базе Республиканского Центра Социальной Адаптации Детей (РЦСАД) родители с детьми, имеющие диагноз РАС 8 лет, использовали безглютеновую диету в качестве реабилитации детей в течение как минимум шести месяцев. В исследовании участвовали 20 семей, которые в течение 6 месяцев каждую неделю посещали психолога и для изучения динамика развития при влиянии диет. Согласно результатам исследования, использование безглютеновой диеты при аутизме показали спорным результаты (из 20 семей 7 имели лучшие результаты — 35%). Но некоторые родители утверждают, что диета (в основном ее вариант, исключая молочные продукты) помогла их детям с расстройством аутистического спектра (из 20 семей результат почувствовали 13 — 65%). Все эти исследования связи между целиакией, нецелиакальной чувствительностью к глютену и аутизмом носят предварительный характер и, к сожалению, не дают большой надежды родителям. Но в конечном итоге это может дать некоторые подсказки о потенциальных способах помощи детям с РАС. Кроме того, у многих детей с РАС (более 80 процентов по данным нашего исследования — 17 детей с диагнозом РАС) наблюдаются такие симптомы нарушения работы пищеварения, как диарея, запор, боль в животе, что, по мнению родителей, подтверждает необходимость какого-либо диетического вмешательства.

Заключение: Однако правда в том, что существует мало доказательств, подтверждающих это лечение: обзор крупных исследований диеты при аутизме обнаружил минимальное влияние или полное отсутствие на симптомы аутизма. Тем не менее, некоторые родители утверждают, что диета помогла их детям (в некоторых случаях резко), и некоторые альтернативные практики продолжают рекомендовать его. Это заставило некоторых предположить потенциальную связь с целиакией. Таким образом, можно прийти к выводу, что если у ребенка есть симптомы со стороны пищеварительной системы (как это бывает у многих детей с РАС), врач может указать на потенциальные причины и методы лечения.

ВЛИЯНИЕ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ НА МЕТАБОЛИЗМ ЛИПИДОВ И ЖЕЛЧНЫХ КИСЛОТ: ДАННЫЕ ОРИГИНАЛЬНОГО ИССЛЕДОВАНИЯ

Кямаля Низамитдиновна Наджафова¹, Юлия Александровна Фоминых¹,
Геннадий Георгиевич Родионов²

¹Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет, Санкт-Петербург, ул. Литовская, д. 2²

²Всероссийский центр экстренной и радиационной медицины имени А. М. Никифорова МЧС России, Санкт-Петербург, ул. Оптиков, д.54.

E-mail: kyamalyok@yandex.ru

Ключевые слова: желчнокаменная болезнь, холецистэктомия, хромато-масс-спектрометрия, желчные кислоты.

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 2 репрезентативные группы: «Нормальный липидный спектр» и «Изменения липидного спектра». Использованы клинические данные, анкетирование, липидограмма, хромато-масс-спектрометрия желчных кислот (ЖК) плазмы крови и желчи. После оперативного лечения половина пациентов с изменениями липидного спектра получала препараты урсодезоксихолевой 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 хеновой и урсодезоксихолевой 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. В группе «Нормальный липидный спектр» уровни всех ЖК в плазме крови продемонстрировали однонаправленные изменения в проспективных точках. Уровни всех кислот кроме литохолевой изменились статистически значимо и уменьшились в динамике, только УДХК показала прирост. Уменьшилось также содержание хенодесоксихолевой кислоты (ХДХК), уровни которой были снижены у значительной части больных. В группе «Изменения липидного спектра» уровни почти всех ЖК, кроме ХДХК и УДХК, в плазме крови через 3 месяца снизились (статистически значимо, кроме литохолевой). Интересно, что ХДХК в данной группе изменений не продемонстрировала. Что касается УДХК, статистически значимый прирост оказался только в подгруппе пациентов, принимавших курс УДХК. Через год после холецистэктомии в группе «Изменения липидного спектра» наблюдалось статистически значимое снижение уровней дезоксихолевой и гликохолевой кислот, уровни остальных ЖК статистически значимо не изменились в сравнении с исходными показателями.

Выводы: У пациентов с ЖКБ имеет место дисбаланс желчных кислот: повышение уровней хеновой, дезоксихолевой, гликохолевой, таурохолевой кислот, и снижение уровня хенодесоксихолевой. 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 хенодесоксихолевой. 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.

ЧАСТОТА НЕАЛКОГОЛТНОЙ ЖИРОВОЙ БОЛЕЗНИ ПЕЧЕНИ У ДЕТЕЙ С ОЖИРЕНИЕМ, ПРОЖИВАЮЩИХ В ДОНБАССЕ

Андрей Васильевич Налетов, Виктория Викторовна Пушкарук, Дмитрий Иванович Масыта

Донецкий государственный медицинский университет имени М.Горького, 283003, Российская Федерация, Донецкая Народная Республика, Донецк, пр. Ильича, 16

E-mail: nalyotov-a@mail.ru

Ключевые слова: неалкогольная жировая болезнь печени, конституционально-экзогенное ожирение, дети, Донбасс.

Введение. Распространенность неалкогольной жировой болезни печени (НАЖБП) продолжает возрастать на фоне глобальной эпидемии ожирения. НАЖБП в настоящее время является наиболее распространенным хроническим заболеванием печени в развитых странах, как во взрослой, так и в детской популяции.

Начало военных действий в Донбассе привело к резкому изменению условий жизни жителей данного региона. Многочисленные обстрелы привели к закрытию детских садов, школ, спортивных секций и переводу детей на дистанционную форму обучения. В связи с постоянно сохраняющимся риском обстрелов городов Республики и отсутствием возможности посещать детские коллективы и спортивные секции, большинство детей и подростков вынуждены большую часть своего времени проводить дома, а прогулки на свежем воздухе стали для них редкостью. Влияние данных факторов не могло не отразиться на увеличении распространенности ожирения у детей, проживающих в Донбассе.

Цель исследования: Изучить частоту НАЖБП у детей школьного возраста с конституционально-экзогенным ожирением, проживающих в Донбассе в условиях длительного военного конфликта.

Материалы и методы. На базе ГБУ «Городская детская клиническая больница №1 г. Донецка» и ООО «Медицинский центр Гастро-лайн» г. Донецка обследовано 168 детей школьного возраста (7–17 лет) с конституционально-экзогенным ожирением, проживающих в Донбассе во время проведения военного конфликта: 56 детей младшего школьного возраста (7–11 лет) и 112 детей старшего школьного возраста (12–17 лет).

Диагноз выставлялся согласно Клиническим рекомендациям «Ожирение у детей» Министерства здравоохранения Российской Федерации (2021). Для диагностики ожирения у детей был проведен расчет индекса массы тела (ИМТ) — $ИМТ = \text{масса (кг)} / \text{рост (м)}^2$. Для оценки соответствия ИМТ нормальным значениям для конкретного возраста и пола определялось стандартное отклонение (SDS) данного показателя от индивидуальных показателей нормы. Для расчета SDS ИМТ использовалась программа ВОЗ AnthroPlus для персональных компьютеров (<http://who.int/childgrowth/software/en/>). У всех пациентов, включенных в исследование, ИМТ был равен или был более +2,0 SDS ИМТ.

Распределение детей по степени ожирения в исследовании проводили по показателю ИМТ: 68 пациентов с ожирением I степени (SDS ИМТ 2,0–2,5); 62 ребенка с ожирением II степени (SDS ИМТ 2,6–3,0); 40 пациента с ожирением III степени (SDS ИМТ 3,1–3,9).

НАЖБП у детей диагностировали при наличии характерных ультразвуковых изменений (гиперэхогенность и неоднородность паренхимы печени, периферическое ослабление ультразвукового сигнала) и отсутствии других причин стеатоза (вирусные, наследственные, метаболические заболевания печени). Стадия неалкогольного стеатогепатита (НАСГ) регистрировалась у детей с НАЖБП при повышении верхней границы нормы (40 Ед/л) уровня АЛТ и/или АСТ при индексе АЛТ/АСТ > 1.

Статистическую обработку полученных данных и анализ результатов исследования проводили с помощью пакета программы «Statistica 13.0». При анализе использовали методы точечной оценки параметров генеральной совокупности (выборочные характеристики). Для качественных характеристик приводится значение показателя частоты проявления признака (%) и его стандартная ошибка (m%). Сравнение средних качественных данных было выполнено с использованием парного сравнения доли (хи-квадрат с учетом поправки Йейтса).

Результаты. НАЖБП была диагностирована у $57,1 \pm 3,8\%$ детей школьного возраста с ожирением. При этом в $83,5 \pm 3,8\%$ это были дети старшего школьного возраста, а доля детей младшего школьного возраста составила $16,5 \pm 3,8\%$.

Установлена тенденция в повышении распространенности НАЖБП при повышении степени ожирения. Так, среди пациентов с I степенью ожирения НАЖБП была выявлена у $48,5 \pm 6,2\%$ детей (подгруппа I), у детей со II степенью ожирения — у $56,5 \pm 6,3\%$ (подгруппа II), а с ожирением III степени — у $75,0 \pm 6,8\%$ (подгруппа III).

Проанализирован возрастной состав детей с НАЖБП. Так, среди детей старшего школьного возраста с ожирением НАЖБП диагностирована у $72,3 \pm 4,2\%$ пациентов, а среди детей младшего школьного возраста — у $28,6 \pm 6,0\%$ пациентов ($p < 0,001$). Самым младшим возрастом среди пациентов, у которых мы диагностировали НАЖБП, был возраст 9 лет — $2,1 \pm 1,4\%$.

Повышение уровня АЛТ регистрировалось у $39,2 \pm 4,9\%$ детей с НАЖБП. Значение превышали нормативные показатели в 1,4 раза и более, но не выше 3 норм. Среди данной группы пациентов преобладали дети старшего школьного возраста — $86,8 \pm 5,5\%$, относительно детей младшего школьного возраста было — $13,2 \pm 5,5\%$.

Среди пациентов подгруппы I повышение уровня АЛТ было установлено у $25,0 \pm 7,7\%$ детей, в подгруппе II — у $42,9 \pm 8,4\%$, а в подгруппе III — у $50,0 \pm 9,1\%$ детей.

Повышение уровня АСТ нами было установлено у $19,6 \pm 4,0\%$ детей с НАЖБП: у $89,5 \pm 7,0\%$ детей старшего школьного возраста, и у $10,5 \pm 7,0\%$ детей младшего школьного возраста. Повышение данного показателя было не столь выраженным, как АЛТ. Кроме того, нами не было установлено изолированного повышения АСТ. Рост АСТ у всех детей сочеталось с повышением титра АЛТ.

Среди детей подгруппы I повышение уровня АСТ было установлено у $12,5 \pm 5,8\%$ детей, в подгруппе II — у $17,1 \pm 6,4\%$, а в подгруппе III — у $30,0 \pm 8,4\%$ детей.

Заключение. Более чем у половины детей школьного возраста с конституционально-экзогенным ожирением, проживающих в Донбассе диагностирована НАЖБП. Установлено, что частота данной патологии печени повышается у детей на фоне взросления и увеличения степени ожирения. При этом у $39,2\%$ детей с НАЖБП выявлено повышение уровня трансаминаз, что свидетельствует о переходе заболевания в стадию НАСГ.

ВРОЖДЕННЫЕ АНОМАЛИИ РАЗВИТИЯ ОРГАНОВ ПИЩЕВАРЕНИЯ ПО ДАННЫМ ПЕРИНАТАЛЬНОГО ЦЕНТРА САРАТОВСКОЙ ОБЛАСТИ

*Владимир Николаевич Нечаев, Юрий Валентинович Черненко,
Александр Семёнович Эйберман, Анастасия Павловна Вологина*

ФГБОУ ВО «Саратовский государственный медицинский университет им. В.И. Разумовского» Минздрава России, Российская Федерация, 410012, Саратов, ул. Б. Казачья, 112.

E-mail: vologina-1998@mail.ru

Ключевые слова: врожденные пороки развития, аномалии органов пищеварения, методы профилактики, прегравидантная подготовка, диагностика.

Введение. Врожденные пороки развития (ВПР) представляют собой значительную медицинскую и социальную проблему. Они занимают лидирующее место среди причин перинатальной, неонатальной и младенческой заболеваемости, смертности и инвалидности. Согласно данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), ВПР диагностируются у 4–6% всех детей.

В России каждый год рождаются более 50 000 новорожденных с аномалиями развития. Общее число таких пациентов превышает 1,5 миллиона человек. Среди них следует обратить внимание на группу детей с аномалиями развития органов пищеварения и комбинированными пороками, требующих ранней оперативной коррекции.

Существенные затраты на лечение, уход и реабилитацию детей с ВПР определяют необходимость дальнейшей разработки и совершенствования методов контроля, диагностики и профилактики этой патологии у детей. Врожденные пороки развития представляют собой стойкие морфологические изменения органов, системы или всего организма, которые возникают внутриутробно и выходят за пределы нормальной структуры, что приводит к нарушению функций. Тяжесть этих изменений может варьировать от незначительных отклонений в строении одного органа до серьезных изменений, затрагивающих множество органов и оказывающих влияние на здоровье и качество жизни человека. Хотя причины врожденных пороков развития могут быть генетическими, инфекционными или связанными с экологическими факторами, часто бывает трудно установить точные причины.

Некоторые врожденные пороки развития можно предотвращать. Основными методами профилактики являются прегравидантная подготовка, включая вакцинацию, адекватное потребление фолиевой кислоты и йода через обогащение основных продуктов питания или пищевые добавки, а также правильная акушерская помощь.

Цель исследования. Провести сравнительный анализ врожденных пороков развития среди новорожденных и плодов по данным ГУЗ Клинического перинатального центра Саратовской области (ГУЗ КПЦ СО) за период с 2022 г. по сентябрь 2023 г.

Задачи исследования. Определить частоту врожденных пороков развития среди новорожденных и плодов в ГУЗ КПЦ СО за последние два года. Оценить эффективность пренатальной диагностики в профилактике врожденных пороков развития у новорожденных.

Материалы и методы. Выявление случаев врожденных пороков развития (ВПР) на основе анамнеза, скринингового исследования, ультразвукового сканирования (УЗИ), лабораторных данных и консультаций генетиков.

Для проведения исследования были проанализированы данные из 250 истории развития новорожденных в ГУЗ КПЦ СО за период с 2022 г. по сентябрь 2023 года. Основными объектами исследования стали новорожденные дети, как живорожденные, так и мертворожденные, а также плоды с ВПР. Среди живорожденных детей с пороками развития в 2022 г. выявили 112 детей (ВПР ЖКТ в форме атрезии ануса и атрезии пищевода), а в 2023 году — 140 случаев (за 10 месяцев), из них 3 случая ВПР ЖКТ, таких как непроходимость кишечника, гастрошизис, а также заворот кишок. Все дети после постановки диагноза были направлены в детскую хирургическую клинику и прооперированы.

Для установления наличия врожденных пороков развития применялись инструментальные и неинвазивные методы обследования, включая рентгенографию, УЗИ, а также доплер-эхо-

кардиографию (Д-ЭХО-КГ). Диагноз хромосомных аномалий подтверждался с помощью кариотипирования клеток крови.

Результаты. Ведение беременных и проведение родоразрешения осуществлялись в соответствии с комплексной программой профилактики и коррекции врожденных аномалий развития, разработанной и внедренной сотрудниками кафедры госпитальной педиатрии и неонатологии.

Заключение. Прогноз при врожденных пороках развития (ВПР) органов пищеварения, а также при других пороках, в значительной степени зависит от тяжести патологии, комбинированности аномалий развития, возможных осложнений, доступности ранней хирургической коррекции и адаптационных способностей новорожденных. Отмечается увеличение числа выявленных аномалий различных органов в сравнении 2022 и 2023 года, включая ВПР органов пищеварения у новорожденных, тенденция к снижению частоты множественных пороков развития.

Применение комплексной программы профилактики и коррекции ВПР привело к повышению процента выявления дефектов при УЗИ плода на 13% и улучшению качества жизни этих детей. Результаты исследования свидетельствуют о важности ранней диагностики, медицинской поддержки и коррекции ВПР у новорожденных, что способствует улучшению прогноза и качества жизни детей с подобными пороками развития.

СОВРЕМЕННЫЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ (ПО ДАННЫМ РЕСПУБЛИКАНСКОЙ БОЛЬНИЦЫ)

Игорь Максимович Островский

Федеральное государственное бюджетное учреждение высшего образования «Донецкий государственный медицинский университет им. М. Горького» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Донецк, пр. Ильича, 16

E-mail: imo54@mail.ru

Ключевые слова: язвенная болезнь, дети.

Введение. В последние годы отмечается существенное «омоложение» язвенной болезни (ЯБ), возникновение язвенных кровотечений у детей раннего возраста, увеличение доли патологии с тяжёлым течением, рост числа «немых» язв. В связи с этим язвенная болезнь желудка (ЯБЖ) и двенадцатиперстной кишки (ЯБДК) у детей по-прежнему представляет серьёзную проблему клинической медицины.

Целью работы явилось выяснение современных особенностей течения язвенной болезни у детей Донбасса.

Материал и методы. Проанализированы 42 истории болезни детей с гастродуоденальными язвами, которые находились на лечении в республиканской детской клинической больнице г. Донецка с 2018 по 2022 гг (I группа) в сравнении с 51 историей болезни детей с гастродуоденальными язвами, которые находились на лечении с 2014 г по 2017 гг (II группа). По некоторым позициям проведено сравнение с 35 случаями ЯБ за 1985–1988 гг (III группа).

При статистической обработке результатов определяли показатель доли, ошибку выборочной доли. Достоверность разницы сравниваемых показателей определяли с помощью *t*-критерия Стьюдента, используя on-line калькулятор сайта «Медицинская статистика» (<http://medstatistic.ru/calculators/calstudent.html>).

Результаты. Возраст пациентов I и II группы — от 2 до 18 лет.

С возрастом, естественно, количество больных увеличивается. Обращают на себя внимание язвы у детей раннего возраста. Это современная тенденция, т.к. в III группе самый младший пациент был в возрасте 5 лет.

Средний возраст больных I группы — 14 лет и 3 месяца, II группы — 11 лет 7 мес.

В I и во II группах соотношение мальчики/девочки в пользу мальчиков (соответственно 2,2:1 и 2,9:1), тогда как 35 лет назад девочек было больше — 1:1,3.

Вполне ожидаемо преобладали язвы двенадцатиперстной кишки (ЯДК), соответственно в I и во II группах — 64,3% и 78,4%. В III группе в разработку были включены только пациенты с ЯБДК. Следует отметить появление сочетанных язв в первой группе у двоих пациентов, что ранее не наблюдалось.

Достоверно чаще в I группе отмечено наличие отягощенного семейного анамнеза по заболеваниям ЖКТ сравнению с третьей группой ($80,7 \pm 7,10$ и $56,3 \pm 8,77$, $p < 0,05$). В то же время отягощенный анамнез по язвенной болезни оказалась практически одинаковым во всех трёх группах.

Несколько изменился характер жалоб. У нынешних пациентов ночные боли, отрыжка, наблюдаются реже, изжога — достоверно реже (I группа — $26,2 \pm 6,78\%$, II группа — $49,0 \pm 7,00\%$, III группа — $81,3 \pm 6,90\%$, $p < 0,002$). Различия по другим жалобам незначительное.

Между больными I и II групп выявлено некоторое отличие по частоте сопутствующих диагнозов. Так, достоверно реже в первой группе, чем во второй, наблюдается дуоденогастральный рефлюкс ($16,7 \pm 5,75\%$ и $39,2 \pm 6,84\%$) и дисфункция желчевыводящих путей ($4,8 \pm 3,29\%$ и $37,3 \pm 6,77\%$); реже — колит (9 и 19%) и дисплазия соединительной ткани ($26,2$ и $37,3\%$).

Сравнение эффективности лечения между I и III группами демонстрируют преимущество современных методов лечения язвенной болезни. Так, спонтанный болевой синдром в I группе исчез на $5,0 \pm 2,4$ дня, тогда как в III группе, тогда как в III группе — за $17,2 \pm 4,4$ дня, $p < 0,02$. Боль при пальпации исчезла к концу лечения у $87,5 \pm 5,23\%$ I группы, и только у $31,3 \pm 8,15\%$ в III группе, $p < 0,001$. Средняя длительность болей при пальпации в первой группе составила $12,4 \pm 3,14$ дня, в третьей — $22,2 \pm 3,4$ дня. $p < 0,05$

Выводы

В настоящее время отягощенный семейный анамнез при ЯБ у детей встречается достоверно чаще.

Нынешние пациенты реже жалуются на ночные боли, отрыжку и изжогу.

Реже наблюдаются сопутствующие дуоденогастральный рефлюкс, дисфункция желчевыводящих путей, колит, дисплазия соединительной ткани.

Современные методы лечения язвенной болезни в два раза более эффективны, чем 35 лет назад.

ТЕЧЕНИЕ НЕАЛКОГОЛЬНОГО СТЕАТОГЕПАТИТА У ДЕТЕЙ С ОЖИРЕНИЕМ ПРИ КАТАМНЕСТИЧЕСКОМ НАБЛЮДЕНИИ

Елена Вячеславовна Павловская¹, Мадлена Энверовна Багаева^{1,2},
Андрей Игоревич Zubович¹, Татьяна Викторовна Строчкова^{1,2}

¹Федеральный исследовательский центр питания, биотехнологии и безопасности пищи. 109240, г. Москва, Устьинский проезд, д. 2/14

²Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова. 117997, г. Москва, ул. Островитянова, д. 1

E-mail: elena_pavlovsky@rambler.ru

Ключевые слова: ожирение, дети, неалкогольный стеатогепатит, жировая масса.

Введение. Неалкогольная жировая болезнь печени является наиболее распространенным осложнением ожирения в детском возрасте. У значительной доли пациентов диагностируется неалкогольный стеатогепатит (НАСГ). Общепринятым методом лечения НАСГ у детей с ожирением являются немедикаментозные мероприятия, направленные на снижение массы тела. В связи со сложностью длительного сохранения комплаентности и высокой частотой рецидивирования ожирения необходим поиск факторов, определяющих прогноз НАСГ в катамнезе у детей с данной патологией.

Цель исследования. Изучить течение неалкогольного стеатогепатита у детей с ожирением при катамнестическом наблюдении в зависимости от динамики пищевого статуса.

Материалы и методы. В исследование были включены 53 ребенка с диагностированным НАСГ на фоне ожирения в возрасте 12 [10; 14] лет, в группе было 27 мальчиков (51%), медиана SD индекса массы тела (ИМТ) — 3,3 [2,81; 3,79]. Диагноз НАСГ был установлен на основании сочетания ультразвуковых признаков стеатоза печени с повышением референсных значений аланинаминотрансферазы (АЛТ) и аспаргатаминотрансферазы (АСТ), АЛТ > АСТ, при исключении других причин стеатоза печени. Ожирение диагностировали при значении SD ИМТ $\geq 2,0$ с учетом возраста и пола детей. После стационарного этапа лечения ожирения дети находились под амбулаторным наблюдением, выполняли рекомендации по коррекции питания и физической активности. Длительность катамнестического наблюдения составила 18 [9; 42] месяцев (от 3 месяцев до 8 лет). В катамнезе у пациентов проводили мониторинг пищевого статуса (антропометрия, оценка жировых и безжировых компонентов состава тела методом биоимпедансометрии), ультразвуковое исследование печени, определение уровня АЛТ и АСТ. По окончании наблюдения оценивали исход ожирения на основании динамики SD ИМТ в сравнении с исходным показателем. Повышение SD ИМТ $\geq 0,1$ расценивали как прогрессирование ожирения, SD ИМТ $\pm 0,1$ — как стабилизацию, снижение $\geq 0,1$ как благоприятный исход ожирения.

Результаты. Из 53 детей, имевших НАСГ при включении в исследование, в динамике данный диагноз сохранился у 18 (34%). У 35 детей (66%) явления НАСГ по окончании катамнестического наблюдения нивелировались, при этом у 13 из них купировались ультразвуковые признаки стеатоза печени. Исход НАСГ не зависел от длительности наблюдения пациентов: через 3–12 месяцев ($n=25$) стеатогепатит не выявлялся у 56% детей, через 1–3 года ($n=13$) — у 76,9%, через 4–8 лет ($n=15$) — у 60% детей; снижение медианы АЛТ при любой длительности наблюдения было статистически значимым ($p < 0,05$). Также не выявлена зависимость течения НАСГ от динамики антропометрических показателей: у детей со снижением SD ИМТ ($n=32$) стеатогепатит купировался в 75% случаев, при стабилизации SD ИМТ — ($n=8$) — у 50%, при дальнейшем повышении SD ИМТ ($n=13$) — у 53,8% детей, различия не имели статистической значимости. При сравнительной оценке динамики состава тела у детей с различными исходами стеатогепатита показано, что в группе купирования НАСГ значимо снизилось процентное содержание жировой массы тела (44,3 [38,1; 45,7]% в начале наблюдения и 39,9 [34,4; 47,2]% по его окончании, $p=0,022$), в то время как при сохранении НАСГ этот показатель значимо не изменился (42,4 [37,9; 48,7]% и 44,1 [36,4; 54,9]% соответственно, $p=0,83$).

Заключение. Для эффективного лечения НАСГ у детей с ожирением необходимо снижение жировой массы тела, что требует целевой оптимизации питания и физической активности. Мониторинг компонентного состава тела при длительном наблюдении таких пациентов позволит своевременно корректировать терапию и прогнозировать исход стеатогепатита.

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ БОЛЕЗНЕЙ ОРГАНОВ ПИЩЕВАРЕНИЯ

Ольга Гелиевна Павловская

Оренбургский государственный медицинский университет, 460012, г. Оренбург, ул. Советская, д. 6

E-mail: pavlovskaya-o@mail.ru

Ключевые слова: заболеваемость болезнями органов пищеварения, смертность от болезней органов пищеварения, инвалидность по причине болезней органов пищеварения.

Введение. По данным Росстата доля умерших от болезней органов пищеварения (БОП) до 1990-х годов достигала 3% от общего числа, в 2000-е годы превысила 4%, и поднялась до 5,3% в 2015 году и 5,5% в 2019 году. В 2020 году доля умерших от БОП сократилась до 5,0%, в 2021 году — до 4,5%. А к 2022 году она вновь повысилась до 5,4%.

Смертность от БОП снизилась в 2022 году на 5,4%, составив 70,4 против 74,5 на 100 тысяч населения в 2021 году. Значение показателя за 2021 год оказалось самым максимальным с 1980 года. Минимальное значение отмечалось в 1987 году (27 на 100 тысяч человек).

Смертность от БОП в возрасте до 1 года в 2022 году составила 2 умерших на 100 тысяч родившихся живыми. А в возрастной группе до 20 лет — менее 1 на 100 тысяч человек. К 85 годам и старше смертность от БОП превышает 456 умерших на 100 тысяч человек.

Цель исследования. Провести эпидемиологический анализ показателей БОП населения на территории Оренбургской области за пятнадцатилетний период (2006–2021 гг.).

Материалы и методы. Проведено ретроспективное клинико-эпидемиологическое исследование по изучению заболеваемости, смертности и инвалидности при БОП населения Оренбургской области за пятнадцатилетний период. Использованы официальные данные Росстата за 2006–2021 гг. Применены статистический и аналитический методы исследования.

Результаты и заключение. За 2006–2021 гг. в области отмечался рост первичной заболеваемости БОП на 7,2% ($R^2=0,0905$). Наиболее высокий уровень 41,2 на 1000 населения был зарегистрирован в 2018 г. К 2021 году показатель составил 30,9 соответственно. В 13 территориях региона отмечалось превышение среднеобластного показателя первичной заболеваемости БОП от 32,0 до 97,5 на 1000 населения.

В структуре причин первичной заболеваемости населения области БОП в 2021 г. заняли 4 место (3,7%). С 2020 г. отмечен рост уровня заболеваемости на 10,8%. Среди взрослого населения в структуре причин первичной заболеваемости БОП занимали 6-е место (3,1%) и за год отмечено снижение заболеваемости на 9,5% (19,1 на 100 000 взрослого населения). У детей 0–14 лет БОП в структуре первичной заболеваемости занимали 3-е место (4,4%). С 2020 г. отмечен рост заболеваемости на 40,2% с достижением уровня 71,1 на 100 000 детского населения в возрасте от 0 до 14 лет. В возрасте 15–17 лет в структуре причин первичной заболеваемости БОП также занимали 3-е место (5,3%). С 2020 г. отмечен рост заболеваемости на 36,7% с достижением уровня 77,5 на 100 000 населения в возрасте 15–17 лет.

К 2021 г. в структуре заболеваний, обусловивших возникновение детской инвалидности, БОП занимали 11-е место (0,8%) и имели уровень 0,5 на 10 000 детского населения. Рост показателя относительно 2020 г. составил 23,5%. При ранжировании показателей детской инвалидности было отмечено, что в 2021 году область заняла 1-е место в Приволжском федеральном округе и 10-е в России.

У взрослого населения БОП занимали 14 место (0,8%) и имели уровень 1,0 на 10 000 взрослого населения. При ранжировании показателей инвалидности было отмечено, что в 2021 году область заняла 7-е место в Приволжском федеральном округе и 17-е в России.

Смертность от БОП на 100 000 населения региона в 2021 году составила 79,7. В структуре основных причин смерти населения Оренбургской области XI класс по МКБ-10 занял 7-е место. При этом с 2020 г. произошло снижение показателя на 4,1%.

Заключение. Таким образом, в результате ретроспективного пятнадцатилетнего исследования установлен рост уровня БОП у населения региона, при этом отмечен резкий рост заболеваемости и инвалидности у населения детского и подросткового возраста, что требует немедленного изучения причин и разработки методов профилактики, а также организации доступного и качественного медицинского обслуживания.

ОСОБЕННОСТИ НАРУШЕНИЙ ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ У ОБУЧАЮЩИХСЯ В ДИНАМИКЕ

*Полина Андреевна Панкратова, Олег Валентинович Лисовский,
Иван Александрович Лисица, Дарья Сергеевна Близнякова*

Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет. 194100, Санкт-Петербург, ул. Литовская, д. 2

E-mail: polina.pankratova@bk.ru

Ключевые слова: пищевое поведение, подростки; студенты, шкала оценки пищевого поведения, недоверие в межличностных отношениях.

Введение. Пищевое поведение студентов — один из факторов, влияющих на состояние физического и ментального здоровья. Высокие умственные нагрузки, нарушения режима сна и питания могут приводить к развитию тревожных и депрессивных состояний, расстройств пищевого поведения и, впоследствии, к развитию соматоформных заболеваний. Профилактика хронических состояний, соматоформных заболеваний среди обучающихся возможна лишь при своевременной диагностике и правильной оценке нарушений.

Цель исследования. Сравнить распространенность нарушений пищевого поведения у студентов первого и шестого курса медицинского университета.

Материалы и методы. На кафедре общей медицинской практики Санкт-Петербургского государственного педиатрического медицинского университета проведено анкетирование студентов первого и шестого курса. Всего опрошено 550 обучающихся, 407 и 143 студента первого и шестого курса соответственно. В анкету были включены вопросы валидизированного опросника «Шкала оценки пищевого поведения». Анкета состояла из 51 вопроса, которые группировались в 7 субшкал: стремление к худобе, булимия, неудовлетворенность телом, неэффективность, перфекционизм, недоверие в межличностных отношениях, интероцептивная некомпетентность. Также изучались антропометрические данные: рост, вес, возраст, индекс массы тела (ИМТ). Статистический анализ проводился с помощью данных описательной статистики, критерий Манна–Уитни на базе программы IBM SPSS Statistics Версия 26.

Результаты. Группа студентов 1 курса — 339 девушек, 68 юношей. Рост 168 (IQR: 163 — 175) вес 57 (IQR: 50 — 65), ИМТ 20,07 (IQR: 18.37 — 22.05), возраст 18 (IQR: 17 — 19). Группа студентов 6 курса — 120 девушек, 23 юноши. Рост 168 (IQR: 164 — 173), вес 60 (IQR: 60 — 65), ИМТ 21.26 (IQR: 19.88 — 23.81), возраст 22 (IQR: 21 — 23). При оценке опросника выявлено медиана в 1 субшкале, отражающей стремление к худобе составил 1 (IQR: 0 — 4) и 0 (IQR: 0 — 5), что соответствует 5 и 4 стенойну и выявлен у 67 (16%) и 79 (55%) человек соответственно. Медиана во 2 субшкале, отражающей проявления булемии — 0 (IQR: 0 — 3) и 0 (IQR: 0 — 2), что соответствует 5 стенойну — 239 (59%) и 89 (62%) опрошенных. Медиана в 3 субшкале (отражение неудовлетворенность телом) — 3 (IQR: 3 — 6) и 3 (IQR: 3 — 6), что соответствует 5 стенойну в первой группе — 247 (61%) респондент и 5 стенойну во второй группе — 85 (59%) респондент. Медиана в 4 субшкале (неэффективность) — 1 (IQR: 0 — 4) и 1 (IQR: 0 — 3), соответствует 4 стенойну — 163 (40%) и 61 (43%) человек. Медиана в 5 субшкале (перфекционизм) — 6 (IQR: 4 — 9) и 7 (IQR: 4 — 9), соответствует 6 стенойну — 101 (25%) и 44 (31%) студентов. Медиана в 6 субшкале (недоверие в межличностных отношениях) — 4 (IQR: 2 — 6) и 4 (IQR: 2 — 6), что соответствует 6 стенойну — 133 (33%) и 14 (10%) человека. И в 7 субшкале (интероцептивная некомпетентность), соответствующей 6 и 5 стенойну медиана составил 2 (IQR: 0 — 5) и 1 (IQR: 0 — 5) — 99 (24%) и 8 (6%) респондентов. Все показатели имели ненормальное распределение согласно критерию Шапиро — Уилка ($p < 0.001$ для всех шкал).

Таким образом, максимально высокие значения определяются в недоверии в межличностных отношениях в обеих группах — 133 и 14 человек и перфекционизме — 101 и 44 человека. Также в группе студентов первого курса отмечались более высокие показатели в шкале интероцептивной некомпетентности — 99 человек. В остальных шкалах показатели соответствовали низкой выраженности признака. Однако при проверке статистической значимости выявленные различия оказались статистически не значимы ($p_5 = 0.341$, $p_6 = 0.661$, $p_7 = 0.260$).

Заключение. Обучение в медицинском университете одинаково влияет на развитие нарушений пищевого поведения у студентов первого и шестого курса. Обе эти группы проявляют осторожность в общении, предъявляют высокие требования как к собственному телу, так и к обучению.

ЭНДОСКОПИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ХИМИЧЕСКИХ ОЖОГОВ У ДЕТЕЙ

Николай Владимирович Пелипенко, Натуся Каплановна Барова, Андрей Евгеньевич Стрюковский, Алина Николаевна Григорова, Марина Владимировна Швец

Кубанский государственный медицинский университет. 350063, Краснодар, ул. Митрофана Седина, д. 4

E-mail: nikolaipelipenko@yandex.ru

Ключевые слова: дети, химические ожоги пищевода, эндоскопия, лечение.

Введение. Лечение детей с химическими ожогами пищевода (ХОП) остаётся актуальной проблемой детской хирургии. Это обусловлено широким распространением данной патологии — частота встречаемости достигает — 15–16 на 10000 детей и не имеет тенденции к снижению. На высоких цифрах сохраняется количество рубцовых стриктур пищевода — 40% случаев. В 100% наблюдений развивается эзофагит различной степени выраженности. Всё это требует дальнейшего совершенствования методов лечения данного контингента больных.

Цель исследования. Разработка эндоскопических методов лечения эрозивно-язвенного эзофагита у детей с ХОП.

Материалы и методы. Наша клиника располагает опытом обследования и лечения 389 детей поступавших с подозрением на ХОП. При первичной эзофагогастроскопии диагноз ХОП был исключён — у 41,91%. ХОП был подтверждён — у 58,09% случаев. 2 и 3 степень ХОП была диагностирована у 172 пациентов. Традиционные методы лечения, у данного контингента больных, не всегда бывают достаточно эффективными. Для более эффективного купирования воспалительного и эрозивного процессов, у больных с ХОП 2 и 3 степени, нами была включена локальная глюкокортикоидная терапия метилпреднизолоном. В зависимости от используемых методов лечения были сформированы 2 клинические группы идентичные по нозологии и гендерным признакам. Контрольная группа — 88 больных. Эндоскопическое обследование проводилось при поступлении; в последующем с интервалом в 10 дней — для оценки локальной картины и проведения терапии; при отсутствии положительного эффекта от лечения в течении 30 дней и/или формировании стенозирующей рубцовой деформации стенок пищевода выставлялись показания к наложению разгрузочной гастростомы.

Основная группа — 84 пациента. Эндоскопическое обследование проводилось: при поступлении — подтверждался диагноз химического ожога пищевода; на 10 сутки — оценивалась динамика локальной картины; на 18–20 сутки — проводилась оценка локальной картины, выставлялись показания к проведению эндоскопически опосредованной терапии метилпреднизолоном. Традиционная терапия проводилась в полном объёме. Показанием к местному эндоскопически опосредованному введению глюкокортикостероидов в области эрозивно-язвенного процесса считаем: длительно существующий эрозивный или эрозивно-язвенный процесс стенок пищевода; сочетание длительно существующего эрозивно-язвенного процесса с началом формирования рубцовой деформации просвета пищевода. Они были выставлены в 73,81% наблюдений. Показаниями к эндоскопически опосредованному введению препарата «Метипред» в зону патологического очага являлись: эрозивный процесс существующий более 20 дней — 44,02%; эрозивно-язвенный процесс на фоне традиционного лечения ХОП сохраняющийся более 20 дней — 16,67% наблюдений; сочетание эрозивного процесса стенок пищевода с началом формирования рубцового стенозирования — 13,12%. Проводилось эндоскопически опосредованное обкалывание зоны эрозии или язвенного дефекта стенки пищевода. Препарат «Метипред» применялся из расчёта — 0,5 мг/кг/сутки. Обкалывание зон патологического процесса проводилось 1 раз за госпитализацию. Осложнений в виде: перфораций стенок пищевода во время инъекций; кровотечений из эрозивного/эрозивно-язвенного дефекта или мест инъекций препарата; некротических поражений стенок пищевода в зоне обкалывания не отмечалось. По показаниям процесс обкалывания зон эрозий сопровождался проведением бужирования — 3 бужирования с интервалом в 3 дня. Вид бужирования подбирался индивидуально. Контрольное эндоскопическое обследование проводили по окончании курса первичного бужирования через 4 недели после выписки.

Результаты. Для оценки эффективности предложенного метода лечения эрозивно-язвенных процессов в пищеводе на фоне ХОП нами был выбран ряд критериев: длительность купирования гипертермии; сроки купирования эрозивно-язвенных дефектов; длительность купирования признаков воспаления по показателям общего анализа крови; нормализация показателей СРБ и щелочной фосфотазы; частота наложения гастростомы; продолжительность лечения.

Нормализация температуры тела у больных основной группы происходила на $19,75 \pm 0,29$ сутки, а у пациентов контрольной группы на — $28,39 \pm 0,28$ день. Нормализация эндоскопической картины в основной группе больных наступала на $24,13 \pm 0,32$ сутки, а у детей составивших контрольную группу — на $27,83 \pm 0,33$ койко-день. В основной группе больных случаев неэффективности предложенной программы лечения и показаний к гастростомии — не было. У детей составивших контрольную группу и получавших традиционную терапию в 21,59% случаев консервативное лечение было неэффективным — наложена гастростома.

Динамика воспалительных изменений в общем анализе крови, в изучаемых группах, достаточно тесно коррелировала с показателями гипертермии и эндоскопической картиной. При оценке скорости купирования лейкоцитоза были получены следующие данные: в основной группе больных лейкоцитоз купировался на — $26,72 \pm 0,19$ сутки, а в контрольной — $30,69 \pm 0,19$ день. Изучение динамики тромбоцитоза показало следующие данные: у детей основной группы тромбоцитоз купировался — на $22,81 \pm 0,16$ койко-день, а в группе контроля — на $27,31 \pm 0,23$ сутки. Сравнительный анализ показателей динамики лейкоформулы позволил диагностировать, что её нормализация, у пациентов составивших основную группу, происходила на — $24,86 \pm 0,16$ сутки, а у детей входящих в контрольную группу — на $28,73 \pm 0,18$ день. Оценка показателей СОЭ показала, что её нормализация, в основной группе больных, происходила на — $28,59 \pm 0,20$ день, а в контрольной группе — на $33,41 \pm 0,25$ сутки. При изучении показателей СРБ было установлено, что их нормализация, в основной группе больных, происходила — на $24,76 \pm 0,15$ день, а в контрольной группе — на $28,81 \pm 0,26$ сутки. В основной группе больных нормализация показателей щелочной фосфотазы отмечалась на — $22,75 \pm 0,15$ сутки, а в контрольной группе — на $29,17 \pm 0,23$ день.

Средняя продолжительность лечения, в основной группе больных составила — $29,77 \pm 0,16$ суток, а в контрольной группе — $32,99 \pm 0,34$ койко-дня.

При этом необходимо учитывать, что в основной группе больных, в 100% случаев удалось добиться купирования эрозивно-язвенного процесса консервативными мероприятиями. В контрольной группе пациентов консервативные мероприятия позволили добиться заживления эрозивно-язвенного процесса только в 78,41% случаев. У 21,59% больных пришлось выполнять паллиативное хирургическое вмешательство — наложение гастростомы. Все данные приведённые в данном исследовании статистически достоверны $P \leq 0,001$.

Заключение. Полученные данные достаточно убедительно свидетельствуют о высокой клинической эффективности разработанного и внедрённого в практическую деятельность метода лечения эрозивно-язвенного процессов в пищеводе на фоне его химических ожогов различной этиологии и степени поражения, по сравнению с традиционными методами лечения. Его применение позволяет избежать выполнения паллиативных хирургических вмешательств, у детей с данной патологией. Сокращает длительность гипертермии, в среднем, на 9 дней. Уменьшает сроки купирования признаков воспаления в общем анализе крови на 4–5 суток, по различным показателям. Нормализация эндоскопической картины и уровня СРБ происходит на 4 дня раньше. Показатели уровня щелочной фосфотазы нормализуются на 7 дней быстрее. Отмечается сокращение продолжительности лечения.

ИССЛЕДОВАНИЕ ПОЛИМОРФИЗМА ГЕНА P450 У ПАЦИЕНТОВ С *H. PYLORI*-ИНФЕКЦИЕЙ

Ксения Михайловна Перфилова, Татьяна Юрьевна Бутина, Наталья Викторовна Неумоина, Ирина Валентиновна Шутова, Татьяна Викторовна Шмакова, Ирина Васильевна Кузнецова, Татьяна Артемьевна Трошина, Светлана Николаевна Левина

Федеральное бюджетное учреждение науки «Нижегородский научно-исследовательский институт эпидемиологии и микробиологии им. академика И.Н. Блохиной» Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека

E-mail: tak1510@yandex.ru

Ключевые слова: *H. pylori*-инфекция, эрадикационная терапия, генетический полиморфизм CYP2C19, ингибиторы протонной помпы.

Введение. Международным соглашением Маастрихт-6, опубликованным в августе 2022 г., определена стратегия в отношении *H. pylori*-инфекции, названная «тестируй и лечи». То есть эрадикация должна быть проведена во всех случаях обнаружения инфекта.

Резистентность *H. pylori* к антибиотикам, растущая в последние годы, требует включения в курс эрадикации препаратов, создающих условия для максимальной эффективности антибактериальных компонентов. Это, прежде всего, препараты группы ингибиторов протонной помпы, активность которых зависит от интенсивности их метаболизма, обусловленного генетически детерминированной работой ферментов системы P450 CYP2C19. Принадлежность пациента к определенному фенотипу быстрых, нормальных или медленных метаболизаторов определяет выраженность антисекреторного действия ингибиторов протонной помпы и значительно влияет на уровень эрадикации патогена. Распределение полиморфизмов P450 CYP2C19 имеет этнические, национальные, географические особенности.

Исследование полиморфизма CYP2C19 в каждом регионе позволит выбрать оптимальный ингибитор протонной помпы и рациональный режим его приема у пациентов с хеликобактерной инфекцией.

Цель исследования оценить частоту встречаемости полиморфных вариантов гена цитохрома P450 CYP2C19 (CYP2C19*2 G681A, CYP2C19*3 G636A, CYP2C19*17 C806T) у населения Нижегородской области — больных с разными формами *H. pylori*-инфекции.

Материалы и методы. Определение ДНК *H. pylori* и генетического полиморфизма CYP2C19 проведено методом ПЦР.

Объект исследования — 110 пациентов с хроническими *H. pylori*-ассоциированными заболеваниями верхних отделов органов пищеварения. Использованы общепринятые методы клинического и инструментального обследования больных в соответствии с клиническими рекомендациями и стандартами.

Результаты. Функционально значимыми полиморфизмами гена CYP2C19, кодирующего фермент монооксигеназу семейства цитохрома P450, являются замены нуклеотидов в локусах 681, 636 и 806. В позиции 681 выявлены мутации, замедляющие метаболизм субстратов у 25,0% обследованных, что выше, чем в европейских странах (около 15%) и ближе к показателям, полученным в Восточной Азии (30%).

В позиции 636 мутации у наших пациентов не обнаружены, что согласуется с литературными данными, свидетельствующими о наличии мутаций в этом локусе странах Азии и Океании у 8 — 15% населения, а в Европе, Африке и Америке — менее чем у 1%.

Локус 806 был наиболее изменчив: мутации обнаружены у 44,0% пациентов, из них — у 24% — в гетерозиготном состоянии, а у 20,2% — в гомозиготном. Эти показатели существенно превышают долю лиц с изменениями в этой позиции, найденную в странах Европы и регионах России.

От сочетания аллелей CYP2C19 в исследованных локусах зависит фенотипический статус пациента по метаболизующей активности. Лица с двумя копиями «дикого» аллеля являются нормальными метаболизаторами, с одним «диким» и одним аллелем повышенной функции (*17) — быстрыми метаболизаторами. Люди с двумя мутациями в локусе 806*17 классифицируются как сверхбыстрые метаболизаторы, при комбинации повышающего и замедляющего аллеля определен промежуточный метаболизм.

У жителей Нижегородской области выявлен преобладающий генотип, соответствующий нормальному (35,9% лиц) метаболизму. Реже определен промежуточный (21,4% лиц). Быстрый и сверхбыстрый тип метаболизма выявлен у 39,3% обследованных (20,2% и 19,1% соответственно). Медленный диагностирован у 3,6% лиц. Особенностью обследованной группы является высокая доля сверхбыстрых метаболизаторов, превышающая таковую в других регионах России и странах Европы. Быстрый и сверхбыстрый метаболизм с наибольшей частотой обнаружен при язвенной болезни, атрофическом гастрите и у пациентов с персистирующим хеликобактериозом, что требует коррекции терапии (препаратов с неэнзиматической биотрансформацией, максимальное увеличение дозы и кратности приема, длительности курса).

Заключение. Среди российских граждан преобладают быстрые и промежуточные метаболизаторы со значительными этнически обусловленными колебаниями. В Нижегородской области выявлено подавляющее большинство нормальных, быстрых и сверхбыстрых метаболизаторов. Фармакогенетическое тестирование полезно для прогнозирования ответа на применение ингибиторов протонной помпы и персонализированного подхода к лечению пациентов с хеликобактерной инфекцией персистирующего течения.

ОСОБЕННОСТИ ХРОНИЧЕСКОГО ОРГАНИЧЕСКОГО ЗАПОРА, СВЯЗАННОГО С ДОЛИХОСИГМОЙ У ДЕТЕЙ

Мария Михайловна Петухова, Анна Александровна Головина,
Натуся Каплановна Барова, Алина Николаевна Григорова

Кубанский государственный медицинский университет, 350063, Краснодар, ул. Митрофана Седина. д. 4

E-mail: tchebrec@gmail.com

Ключевые слова: хронический запор, дети, долихосигма, нарушения стула.

Введение. Хронические запоры (ХЗ) остаются важной проблемой в педиатрической и хирургической практике, не теряющей актуальность с годами. Согласно статистическим данным в РФ, с жалобами на длительное отсутствие стула или его нерегулярный, обращается 25–45% пациентов. Проблема ХЗ беспокоит до 32% детей и у трети из них приобретает хронический характер. К сожалению, понять реальный масштаб распространённости этого явления тяжело из-за недооценки запора как симптома не только со стороны родителей, но и специалистов, чаще всего связывающих стул с особенностями питания и двигательной активностью, что совпадает с действительностью, но не предусматривает более редкие и серьезные причины органической природы. Одно из них — увеличение размеров сигмовидной кишки (долихосигма), которая, по мнению многих авторов, является не столько нормой, сколько фоном для развития данной патологии.

Цель исследования. Установить связь между хроническим запором и долихосигмой, а также выявить гендерно-возрастных характеристики обследованных пациентов.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ 128 историй болезни, находящиеся на лечении в ДККБ г. Краснодара с 2019 по 2023 год. Из них 86 (67,2%) мальчиков и 42 (32,85) девочки, возрастом от 2 до 17 лет. имеющих в анамнезе жалобы на ХЗ. В ходе работы изучался анамнез жизни, анамнез заболевания, после проведенной ирригография (для подтверждения долихосигмы) устанавливалась степень компенсации, сроки первичного обращения, частота госпитализации. Пациенты были распределены на 3 группы в зависимости от стадии течения хронического запора на фоне долихосигмы и степени компенсации патологического процесса.

Результаты. Наибольшее количество детей с ХЗ на фоне долихосигмы отмечалось в возрастных группах 7–13 лет (50 человек — 39%) и 14–17 лет (52 человека — 40,6%). Наименьшее количество пришлось на группу 2–6 лет (26 детей — 20,3%), что можно объяснить низкой выявляемостью ХЗ у детей младшего возраста. Также нами было установлено преобладание пациентов мужского пола над женским (67,2% мальчиков и 32,8% девочек). При этом в возрастной группе 2–6 лет преобладают мальчики, а среди детей 7–13 и 14–17 лет половых различий выявлено не было. Анализ детей с ХЗ на фоне долихосигмы в зависимости от стадии компенсации показал, что компенсированная стадия была выявлена у большинства пациентов (58 человек — 45,3%) Субкомпенсированная стадия составила 51 человек — 39,8%, декомпенсированная 19 человек — 14,8%. Стоит отметить, что во всех стадиях преобладали пациенты мужского пола. При сравнении стадии компенсации заболевания и сроков первичного обращения к гастроэнтерологу с момента начала патологического процесса мы выявили следующую закономерность: наименьший срок наблюдался у детей с компенсированной стадией (около 1,5 года). Это значительно меньше, чем при субкомпенсированной и декомпенсированной стадиях (2,8 и 3,5 лет соответственно). Частота госпитализаций с обострениями заболевания у исследуемых детей также указывает нам на степень тяжести процесса. Из данных анамнеза мы выяснили, что лишь 34 ребенка (26,6%) разово лечились в стационаре, оставшееся количество пациентов (94 человека — 73,4%) неоднократно подвергались госпитализации (от 2 до 6 раз). При этом дети с компенсированной стадией госпитализировались значительно реже, чем при субкомпенсированной. Из 19 пациентов в стадии декомпенсации 11 человек находились под стационарным наблюдением 4–5 раз, остальные 8 детей — 6 раз.

Заключение. В результате нашего анализа было выявлено, что такая аномалия развития как долихосигма у детей достаточно часто приводит к хроническим запорам различной степени

компенсации, чему в подавляющем большинстве случаев подвержены мальчики в возрасте от 7 до 17 лет. Длительность течения хронического запора на фоне увеличенной сигмовидной кишки, а также поздние сроки обращения к специалисту являются предрасполагающим фактором прогрессирования заболевания с развитием субкомпенсированных и декомпенсированных форм, о чем также свидетельствует частота госпитализаций в стационар.

ФАРМАКОГЕНЕТИЧЕСКОЕ ТЕСТИРОВАНИЕ ПОЛИМОРФИЗМОВ ГЕНА *CYP2C19* КАК ОСНОВА ПЕРСОНАЛИЗИРОВАННОГО ЛЕЧЕНИЯ КИСЛОТОЗАВИСИМЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Анжелика Викторовна Пономарева, Ирина Вячеславовна Ивахненко, Анна Михайловна Доценко, Ольга Викторовна Разваляева, Владимир Иванович Петров

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, 400131, Россия, г. Волгоград, площадь Павших Борцов, д. 1

E-mail: ivin2507@yandex.ru

Ключевые слова: ингибиторы протонной помпы, генетический полиморфизм, *CYP2C19*, кислотозависимые заболевания.

Введение. Ингибиторы протонной помпы (ИПП) являются наиболее эффективными препаратами для лечения кислотозависимых заболеваний (КЗЗ). При этом эффективность многочисленных ИПП значительно варьирует у разных людей, что связано с особенностями их метаболизма. Практически все представители этого класса препаратов в большей или меньшей степени трансформируются в печени в неактивные метаболиты с помощью изофермента цитохрома P450 *CYP2C19*. Конечная активность ИПП зависит от скорости метаболизма и во многом определяется генетическим полиморфизмом *CYP2C19*. В соответствии с консорциумом по внедрению клинической фармакогенетики (CPIC) выделяют три основных фенотипа пациентов с различной способностью метаболизировать ИПП в зависимости от генотипа *CYP2C19*: экстенсивные/нормальные метаболитаторы (ЭМ) — генотип *CYP2C19**1/*1, промежуточные метаболитаторы (ПМ) — генотипы *CYP2C19**1/*2 и *1/*3 и медленные метаболитаторы (ММ), характеризующиеся наличием генотипов *CYP2C19**2/*2, *3/*3 и *2/*3).

В связи с этим важно иметь информацию о распространённости различных фенотипов *CYP2C19* среди населения конкретных регионов для прогнозирования эффективности кислотосупрессивной терапии

Цель исследования. Определить частоту встречаемости генотипов полиморфного локуса 681G/A (rs 4244285) и локуса G636A (rs 4986893) гена *CYP2C19* среди населения Волгоградской области; оценить целесообразность генотипирования данных полиморфных локусов при выборе ИПП у пациентов с КЗЗ.

Материалы и методы. В исследование были включены 183 жителя Волгоградской области: 109 мужчин (59,6%) и 74 женщины (40,4%) (средний возраст — 39,4 года). Генотипирование полиморфных локусов 681G/A и G636A гена *CYP2C19* проводили методом полимеразной цепной реакции (ПЦР) в режиме реального времени (Real-Time PCR) на амплификаторе Real-Time CFX96 Touch (Bio-Rad Laboratories, Inc., USA). В качестве материала для генетического анализа использовали образцы ДНК, выделенные из лейкоцитов венозной крови здоровых добровольцев с помощью набора реагентов «S-Сорб» для выделения ДНК на кремниевом сорбенте. Статистическую обработку результатов производили с помощью программ MS Excel, Statistica 8.0 и GraphPad Prism 5.0.

Результаты. При генотипировании изучаемых локусов гена *CYP2C19* было установлено, что наибольшую распространенность в популяции имеет *CYP2C19**1/*1 генотип, обнаруженный у 73,25% респондентов, что свидетельствует о преобладании среди населения Волгоградской области ЭМ фенотипа. Гетерозиготные варианты (*CYP2C19**1/*2 и *1/*3), соответствующие ПМ фенотипу, встречались у 22,39% участников и только 4,36% человек имели генотипы, характеризующие медленных метаболитаторов (*CYP2C19**2/*2, *2/*3 и *3/*3)

При этом распределение частот генотипов и аллелей полиморфных локусов 681 G/A и G636A гена *CYP2C19* соответствовало распределению согласно закону Харди-Вайнберга, $p=0,8634$, $p=0,1366$ и $p=0,9863$, $p=0,0137$ соответственно, что свидетельствует о возможности экстраполяции полученных результатов на популяцию.

Полиморфизм генов *CYP2C19* у пациентов с разными фенотипами определяет скорость метаболизма ИПП, а, следовательно, и их терапевтическую эффективность. В связи с доминированием в популяции Волгоградской области ЭМ, можно предположить, что использование

терапевтических доз ИПП 1 поколения для лечения КЗЗ будет малоэффективным и следует рекомендовать повышать дозу этих препаратов или выбирать ИПП с преимущественно неферментативным путём метаболизма. Однако такой подход не может быть применён ко всем пациентам, поскольку у ПМ и ММ применение стандартных доз может быть достаточно эффективным, а повышение их приводит к развитию нежелательных явлений. В связи с этим рекомендуется использовать в клинической практике генотипирование полиморфных локусов гена CYP2C19 для определения фенотипа пациента с целью подбора оптимального ИПП и режима его дозирования.

Заключение. Внедрение в клиническую практику фармакогенетического тестирования позволит спрогнозировать антисекреторную активность ИПП, что приведет к повышению эффективности лечения КЗЗ у населения Волгоградской области.

ОЦЕНКА ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ ДЕТЕЙ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ОПРОСНИКА СЕВQ: ВАЛИДАЦИЯ, СВЯЗЬ С ВОЗРАСТОМ, ПОЛОМ МЛАДЕНЦЕВ И ИНДЕКСОМ МАССЫ ТЕЛА РОДИТЕЛЕЙ

Вероника Анатольевна Прилуцкая, Наталья Ивановна Якимович

Учреждение образования «Белорусский государственный медицинский университет», 220083, Республика Беларусь, Минск, ул. Дзержинского, 83

E-mail: 2489861@rambler.ru

Ключевые слова: дети раннего возраста, пищевое поведение, опросник СЕВQ, валидация, ожирение, антропометрические показатели, профилактика.

Введение. Всемирная эпидемия ожирения обосновывает важность более глубоких знаний о патофизиологических механизмах формирования данной патологии. В исследовании F. Mardones с соавт. проведен анализ перинатальных факторов риска развития ожирения у детей младшего школьного возраста, установлен высокий риск развития ожирения для ряда параметров (срок гестации, мужской пол, низкие масса и длина тела при рождении). Голландский опросник пищевого поведения (ПП) детей Child Eating Behaviour Questionnaire (СЕВQ) используется для определения склонности к избыточной массе тела и ожирению, особенностей ПП детей раннего и дошкольного возраста путем анкетирования их родителей. В настоящее время убедительно показано, что особенности и стиль питания детей первых лет жизни могут способствовать формированию избыточного веса и ожирения. Доказано, что уже у 5-летних пациентов с ожирением определяются различной степени выраженности метаболические нарушения и высокая частота сопутствующих заболеваний [Павловская Е.В. и соавт., 2013, Гирщ Я.В. и соавт., 2018] с последующим развитием неалкогольной жировой болезни печени [Бокова Т.А., 2019].

Цель исследования. Оценить надежность русскоязычной версии опросника СЕВQ, проанализировать ассоциации между пищевым поведением и возрастом, полом детей и индексом массы тела их родителей.

Материалы и методы. В группу исследования включены 122 матери детей в возрасте 24 (22–26) месяцев жизни, которые заполнили русскоязычную версию 8-факторного опросника СЕВQ. Опросник СЕВQ заполнялся матерями и содержал 35 вопросов, каждый из которых оценивался по 5-балльной шкале Лайкерта, которая варьируется от «никогда» до «всегда» (1 — никогда, 2 — редко, 3 — иногда, 4 — часто, 5 — всегда). Согласно опроснику, выделяли 8 шкал ПП (реакция на еду (РЕ), эмоциональное переедание (ЭП), удовольствие от еды (УЕ), желание пить (ЖП), реакция насыщения, ощущение сытости (РН), медлительность при приеме пищи (МЕ), эмоциональное недоедание (ЭН), избирательность, привередливость в еде (ИЕ). Масса тела (МТ) детей составила 12,9 (11,2–14,0) кг, длина тела – 88 (85–92) см, ИМТ – 16,4 (15,4–17,4) кг/м². Детей второго года жизни среди обследованных было 42 ребенка (группа 1, Гр1), третьего года жизни — 80 (группа 2, Гр2). Обследовано 49 девочек, 73 мальчика. ИМТ, перцентили и z-score антропометрических показателей рассчитаны с использованием программы ВОЗ Anthro. Выделены группы с учетом ИМТ родителей: ГрО — дети с избыточной массой тела/ожирением (ИМТ \geq 25,0 кг/м²) обоих или одного из родителей (n = 74), ГрН — с нормовесными родителями (n = 48). Для оценки надежности анкеты проверена его внутренняя согласованность путем расчета коэффициента альфа Кронбаха (α). Статистическая обработка данных выполнена в Statistica. Различия между показателями считали значимыми при вероятности безошибочного прогноза не менее 95,5% (p < 0,05).

Результаты. Получены удовлетворительно высокие значения коэффициента внутренней согласованности альфа Кронбаха. Альфа-оценки Кронбаха варьировали от 0,85 для шкалы ИЕ (избирательность, привередливость к еде) до 0,65 для шкалы РН (реакции насыщения). Для семи шкал α -Кронбаха превышало 0,71, что свидетельствует о хорошей надежности русскоязычного варианта опросника. Мальчики имели статистически значимые различия Z-score МТ на момент анкетирования (U = 1359,5; p = 0,025), баллов реакции на пищу (U = 1358,0; p = 0,031)

и удовольствия от еды ($U = 1428,5$; $p = 0,040$). Установлены значимые различия по возрасту величины баллов шкалы ИЕ (Гр1 — 2 (2–3), Гр2 — 3 (2–3), $U = 1004,0$, $p < 0,001$). 7 из 8 шкал статистически значимо ассоциированы с Z-score ИМТ детей раннего возраста. ИМТ матерей статистически значимо положительно коррелировал с Z-score ИМТ ($p < 0,01$) и реакцией на пищу детей ($p < 0,05$).

Заключение. Опросник SEBQ характеризуется хорошей надежностью, может использоваться в качестве психометрического инструмента для оценки пищевого поведения детей раннего возраста. Особенности ПП с учетом пола, возраста детей и ИМТ их родителей могут быть основой для разработки эффективных и целенаправленных профилактических мероприятий.

ВЛИЯНИЕ МЕТИЛНИТРОЗОМОЧЕВИНЫ НА СОСТАВ МИКРОБИОТЫ ЖКТ И ЧАСТОТУ ВОЗНИКНОВЕНИЯ ФОКУСОВ АБЕРРАНТНЫХ КРИПТ

Сергей Николаевич Прошин^{1,2}, Руслан Абдурашидович Курбанов³,
Георгий Отарович Багатурия³, Святослав Игоревич Лоскутов⁴

¹Санкт-Петербургская академия следственного комитета. 190000, Санкт-Петербург, наб. реки Мойки, 96

²Российский государственный педагогический университет им. А.И. Герцена. 191186, Санкт-Петербург, наб. реки Мойки, 48

³Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет. 194100, Санкт-Петербург, ул. Литовская, д. 2

⁴ВНИИ пищевых добавок — филиал ФНЦ пищевых систем им. В.М. Горбатова. 191014, Санкт-Петербург, Литейный пр., 55

E-mail: psnjnsn@rambler.ru

Ключевые слова: микробиота ЖКТ, мыши линии BALB/c, метилнитрозомочевина, фокусы аберрантных крипт

Введение. Микробиота желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) представляет собой разнообразный консорциум бактерий, архей, грибов, простейших и вирусов, населяющих кишечник всех млекопитающих. Исследования на млекопитающих, включая популяцию человека, выявили участие микробиоты в ряде физиологических процессов, жизненно важных для здоровья хозяина, включая энергетический гомеостаз, обмен веществ, здоровье эпителия кишечника, иммунологическую активность и нейроповеденческое развитие. Последние достижения в технологии секвенирования ДНК и компьютерная биология произвели революцию в области микробиотики, позволив оптимально оценивать взаимоотношения между животным и его микробными симбионтами. Изменения микробиоты желудочно-кишечного тракта связаны с заболеваниями у людей и животных, включая воспалительные заболевания кишечника, колоректальный рак (РКК), астму, ожирение, метаболический синдром, сердечно-сосудистые заболевания, иммуноопосредованные состояния и нарушения нервного развития, такие как расстройства аутистического спектра.

Цель исследования. Оценить изменения состава микробиоты ЖКТ и частоту возникновения фокусов аберрантных крипт при введении метилнитрозомочевины экспериментальным животным.

Материалы и методы. В работе было использовано 40 самок мышей линии BALB/c, 20 из которых составили группу контроля и 20 мышей получали метилнитрозомочевину (МНМ). Для экспозиции животных к МНМ использовали метод ректального введения, когда с помощью гибкого пластикового зонда МНМ доставляли в прямую кишку в концентрации 0,8%. Процедура повторялась 1 раз в неделю в течение 4 недель. Глубина введения ректального зонда составляла порядка ~ 1 см. Фокусы аберрантных крипт (ФАК) регистрировались по следующей схеме: животные из всех групп, включая контроль, подверглись цервикальной дислокации на 20 неделю эксперимента. Далее *ex tempore* выделяли кишечник, промывали фосфатно-солевым буфером ФСБ, чтобы освободить от каловых масс, выделяли прямую кишку с прилежащим участком, вырезали, разрезали продольно и слизистой оболочкой вверх помещали на предметное стекло. Далее наносили 0,2%-й раствор метиленового синего, приготовленного на ФСБ и регистрировали ФАК на световом микроскопе при увеличении $\times 400$ (об. 10, ок. 40). Подсчитывали частоту ФАК для каждого животного и выражали в процентах. Для анализа микробиоты кишечника на микроорганизмы, принадлежащим семействам *Porphyromonadaceae*, *Bifidobacteriaceae*, *Lactobacillaceae*, *Lachnospiraceae* (фирмикуты), *Clostridiales* (фирмикуты), *Ruminococcaceae*, *Bacteroidaceae*, *Fusobacteriaceae*, от каждой группы животных собирали фекалии после чего анализировали количественный состав микробиоты. При конструировании и секвенировании ампликонных библиотек очищенный препарат ДНК (по 10–15 нг) использовался в качестве матрицы в реакции ПЦР (температурный профиль: 94 °C — 30 с, 56 °C — 30 с, 72 °C — 60 с; всего 25 циклов) с добавлением полимеразы Encyclo («Евроген», Россия) и

универсальных праймеров к переменным участкам V3 гена 16S рРНК микроорганизмов из исследуемых семейств, принадлежащих к разным филам.

Результаты. Частота ФАК в контроле составила $3,1 \pm 1,5\%$, тогда как в группе животных, получавших МНМ $25,3 \pm 4,8\%$. Полученные результаты указывают, что МНМ индуцировала повышенную частоту возникновения фокусов aberrантных крипт в кишечнике мышей, при этом различия были достоверны между исследуемыми группами ($p < 0,01$). Состав микробиоты ЖКТ в группе контроля был следующим: *Bifidobacteriaceae* (15%), *Lactobacillaceae* (20%), *Bacteroidaceae* (57%), *Fusobacteriaceae* (8%). Это указывает, что у данной линии мышей микроорганизмы, принадлежащие к филе *Bacteroidetes*, преобладают в ЖКТ. В группе, получавшей МНМ количественный состав микробиоты ЖКТ изменился: доминирование микроорганизмов, принадлежащих к филе *Bacteroidetes* усилилось, тогда как доля микроорганизмов, принадлежащих к филе *Firmicutes* существенно снизилась, как за счёт микроорганизмов, принадлежащих к семейству *Bifidobacteriaceae* (10%), так и за счёт микроорганизмов, принадлежащих к семейству *Lactobacillaceae* (14%), при $p < 0,05$ в обоих случаях. Однако более интересно, что частота микроорганизмов, принадлежащих к семейству *Fusobacteriaceae* значительно повысилась с 8% в контроле до 12% в группе, подвергшейся обработке МНМ. Различия достоверны при уровне значимости $p < 0,05$.

Заключение. На основании проведённого исследования можно сделать вывод, что частота ФАК в кишечнике существенно повышается при воздействии МНМ, при этом повышенная частота ФАК ассоциирована с повышением количества микроорганизмов, принадлежащих к семейству *Fusobacteriaceae*.

ОСОБЕННОСТИ СТРУКТУРЫ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА У ДЕТЕЙ В ОТДЕЛЕНИИ ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ

Юлия Юрьевна Разуваева, Вера Сергеевна Леднева,
Людмила Владимировна Ульянова, Олег Александрович Разуваев

Воронежский государственный медицинский университет им. Н.Н. Бурденко, 394036, г. Воронеж, ул. Студенческая, д. 10

E-mail: yu.yu.razuvaeva@yandex.ru

Ключевые слова: дети, коморбидный пациент, паллиативная помощь, педиатрия, гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь, запор.

Введение. Согласно исследованиям, в структуре паллиативных состояний в педиатрии преобладают неонкологические заболевания и составляют 93–96% среди всех патологий. Из них преобладают неврологические заболевания. Поскольку центральная нервная система контролирует органы ЖКТ, пациенты с неврологическими нарушениями часто имеют сопутствующие заболевания ЖКТ. У 92% детей с церебральным параличом встречаются клинически значимые желудочно-кишечные симптомы: гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ) — 77%, дисфагия — 60%, хроническая аспирация легких — 41%, и хронический запор — 74%.

Цель исследования. Изучить структуру заболеваний ЖКТ у детей с паллиативной патологией в Воронежской области.

Материалы и методы. Обследовано 35 детей, госпитализированных в отделение паллиативной помощи ОДКБ №2 г. Воронежа. Критерии включения в исследование: детский возраст, наличие неврологической патологии, требующей оказания паллиативной помощи, информированное добровольное согласие законного представителя ребенка на проведение исследования. Причины неврологических нарушений были различными и включали перинатальную асфиксию, врожденную или генетическую патологию, гипоксическое повреждение головного мозга, опухоль головного мозга и последствия перенесенной инфекции центральной нервной системы. Изучалась структура патологии ЖКТ у паллиативных пациентов. Для анализа полученных данных использовались методы непараметрической статистики.

Результаты. Из 35 детей, вошедших в исследование, количество девочек и мальчиков было примерно одинаковым и составило 54,3% и 55,7% соответственно. Средний возраст паллиативных пациентов составил 6 [3;11] лет. Паллиативные патологии распределились следующим образом: врожденное органическое поражение ЦНС встречалось у 40% детей, онкологические заболевания головного мозга — у 5,7%, синдром Дауна — у 2,8% детей. Детский церебральный паралич встречался в 51,4% случаев, при этом все пациенты относились по системе оценки глобальных моторных функций (GMFCS) к V классу. Эпилепсия, как сопутствующее состояние, наблюдалась у 68,6% детей, нуждающихся в оказании паллиативной помощи. У 91,4% пациентов встречались жалобы со стороны желудочно-кишечного тракта. Диагноз субкомпенсированный запор поставлен детям на основании Римских критериев IV и встречался у 62,6% пациентов. Диагностика ГЭРБ паллиативным пациентам проводилась на основании клинических проявлений ввиду того, что инструментальные методы исследования требуют седации и наркоза, что влечет за собой определенные риски и осложнения. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь по нашим данным встречалась у 71,4% пациентов. Жалобы на периодическую рвоту и срыгивания, не связанные с кишечными инфекциями, стабильно встречались у пациентов с ГЭРБ в 84% случаев, а у пациентов без гастроэзофагеальной рефлюксной болезни — у 40% детей. Получена положительная корреляционная связь ($R=0,44$ при $p=0,08$) между наличием ГЭРБ и частотой возникновения рвоты, а также выявлено, что у детей более младшего возраста чаще встречалась ГЭРБ ($R=-0,345$ при $p=0,043$). Наличие и степень дисфагии оценивалась по шкале от 0 до 4 баллов и распределились следующим образом: 4 балла — 25,7%, 3 и 2 балла — по 28,6%, 2 и 0 баллов — по 8,6% детей.

Заключение. Заболевания желудочно-кишечного тракта встречаются у большинства пациентов, нуждающихся в оказании паллиативной помощи, и являются серьезной проблемой у детей с неврологической патологией и онкологическими заболеваниями. Мультидисциплинарный подход при участии неврологов, гастроэнтерологов, диетологов и других специалистов может внести значительный вклад в улучшение качества жизни ребенка с угрожающим жизни или сокращающим жизнь заболеванием.

ВОЗМОЖНОСТЬ СРЕДСТВ ДЛЯ ДОМАШНЕГО ИСПОЛЬЗОВАНИЯ В ПРОФИЛАКТИКЕ КАРИЕСА У ВЗРОСЛЫХ ЛЮДЕЙ

*Жасур Алимджанович Ризаев¹, Алишер Исамиддинович Хазратов¹,
Михаил Максимович Швецов^{2,3}, Андрей Константинович Иорданишвили^{3,4}*

¹Самаркандский государственный медицинский университет. 140100, Самарканд (Узбекистан), ул. Амира Тимура, д. 18

²ЗАО «МЕДИ». 190000, Санкт-Петербург, пр. Невский, д. 82

³Санкт-Петербургский медико-социальный институт. 195272, Санкт-Петербург, Кондратьевский пр., д. 72

⁴Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова. 194044, Санкт-Петербург, ул. Акад. Лебедева, д. 6

E-mail: mishas140692@gmail.ru

Ключевые слова: взрослый человек, лица молодого возраста, кариес, резистентность эмали зуба, средства ухода за зубами и полостью рта.

Введение. Потеря зубов обычно является тяжким бременем и для взрослых людей, так как им также из-за утраты естественных зубов необходимо выполнять стоматологическое ортопедическое лечение (зубное протезирование), что не всегда удается осуществить за счет собственных финансовых средств, в связи с его дороговизной, а протезы, изготавливаемые за счет средств бюджета людям молодого и среднего возраста законом не предусмотрены. Поэтому сохранение естественных зубов у взрослых людей имеет не менее важное значение чем в детском возрасте.

Цель исследования. Оценить возможность применения в домашних условиях средств гигиены полости рта для целей повышения резистентности твердых тканей зубов к кариесу и его профилактики.

Материал и методы. Работа проведена с лицами молодого возраста. Под наблюдением в течение 9 месяцев находились 30 (10 мужчин и 20 женщины) в возрасте от 25 до 35 лет. Все пациенты были разделены на 3 группы исследования. В 1 контрольную группу вошли 12 (3 мужчины и 9 женщин), которым во время посещения врача-стоматолога была выполнена профессиональная гигиена полости рта по общепринятой методике, а также даны рекомендации по уходу за полостью рта с использованием ими применяемый зубных щеток и зубных паст для полости рта. Во 2 основную группу вошли 18 (4 мужчины и 14 женщин), которым во время посещения врача-стоматолога также были рекомендации по уходу за полостью рта с использованием ими применяемых зубных щеток и зубных паст, но рекомендовалось завершать уход за полостью рта нанесением на зубы российского зубного геля R.O.C.S. Minerals BIO, выпускаемого группой компаний DRS. Этот гель, согласно аннотационной характеристике, содержит источники легкоусвояемых соединений кальция, фосфора и магния, что должно способствовать быстрой и эффективной минерализации эмали зубов. С помощью зубной щетки пациентам рекомендовалось гель распределять по поверхности зубов, создавать возможность его аппликации с твердыми тканями зубов на 1–2 минуты, а затем избытки геля сплевывать без последующего полоскания полости рта. Пациентов предупреждали, что индивидуальный уход за зубами следовало осуществлять утром после завтрака и вечером после ужина перед сном. После применения геля реминерализующего рекомендовали в течение получаса не принимать пищу и не пить.

Для оценки функциональную резистентности эмали зубов у пожилых людей, проживающих в Санкт-Петербурге и исследования возможности ее повышения с использованием зубного геля R.O.C.S. Minerals BIO была использована методика определения показателя ТЭР-теста по В.Р. Окушко. На протяжении 9 месяцев клинического исследования функциональную резистентность эмали определяли сразу после проведения профессиональной гигиены полости рта, а затем через каждые 3 месяца. Таким образом, каждому молодому человеку оценку функциональной резистентности эмали определяли 4 раза. Следует отметить, что в исследование включали только тех пациентов, у которых в полости рта было не менее 20 естественных зубов не покрытыми зубными коронками. Критерием исключения являлась большая утрата естественных зубов, а также несоблюдение лицами молодого возраста комплайнса (отсутствие

приверженности грамотному уходу за зубами и полостью рта), а именно адекватной гигиены полости рта, которую определяли с использованием упрощенного индекса гигиены полости рта Грина-Вермиллиона ОНІ-S.

Результаты. У всех молодых людей, входивших в 1 и 2 группы исследования после проведения им профессиональной гигиены полости рта и перед началом клинического этапа настоящей исследовательской работы был зарегистрирован хороший уровень гигиены полости рта (упрощенный индекс Грина-Вермиллиона (ОНІ-S) составил $0,83 \pm 0,22$ усл. ед.). На протяжении всех 9 месяцев проведения исследования у лиц молодого возраста, вошедших в группы, значения упрощенного индекса Грина-Вермиллиона (ОНІ-S) не превышали 1,0 усл. ед.

Оценка резистентности эмали зубов у лиц молодого возраста 1 и 2 групп исследования в начале работы показала, что значения функциональной резистентности эмали зубов к кислоте были практически одинаковыми и составляли, соответственно, $2,02 \pm 0,18$ и $1,98 \pm 0,20$ усл. ед. ($p \geq 0,05$). Спустя 3 месяца от начала клинического исследования и до его окончания у молодых людей 1 контрольной группы отмечалась некоторая тенденция к повышению функциональной резистентности эмали зубов. Спустя 9 месяцев от начала исследования функциональная резистентность эмали зубов к кислоте равнялась у молодых людей 1 контрольной группы составила $1,97 \pm 0,19$ ($p \geq 0,05$). Несмотря на незначительную положительную динамику функциональной резистентности эмали зубов у молодых людей 1 группы следует говорить о том, что этот цифровой показатель ТЭР-теста характеризует высокую структурно-функциональную резистентность эмали.

У молодых людей 2 основной группы на протяжении всего клинического исследования выявлена достоверная тенденция к повышению функциональной резистентности эмали зубов к кислоте. Так, спустя 3, 6 и 9 месяцев плавания у лиц, вошедших во 2 группу исследования показатели функциональной резистентности эмали зубов равнялись, соответственно, $1,79 \pm 0,19$; $1,72 \pm 0,21$ и $1,64 \pm 0,19$ усл. ед. ($p \leq 0,05$).

Ухудшение индивидуальной гигиены полости рта у молодых людей в связи с их хорошим психосоматическим здоровьем, но при использовании питьевой воды с малым содержанием фторид-иона может способствовать снижению резистентности эмали зубов. Только тщательный индивидуальный уход за полостью рта, регулярные (не реже 2 раза в год) мероприятия по профессиональной гигиене полости рта могут существенно улучшить стоматологическое здоровье молодежи, в том числе функциональную резистентность эмали зубов, что является основным фактором в предупреждения возникновения кариеса зубов или его рецидивирования, что подтверждается результатами нашего исследования в отношении молодых людей 1 контрольной группы, у которых произошло повышение резистентности эмали зубов на 2,48%.

Ежедневное применение молодыми людьми 2 основной группы геля для зубов российского зубного геля R.O.C.S. Minerals ВІО в ходе клинического исследования позволило обеспечить положительную динамику цифровых показателей резистентности эмали зубов, которая достоверно отличалась от аналогичных в 1 группе молодых людей, хотя эти показатели, согласно оценочных рекомендаций ТЭР-теста, также характеризовали высокую структурно-функциональную резистентность эмали. Но при этом, для молодых людей 2 группы исследования можно достоверно говорить о благоприятной динамике показателей ТЭР-теста, что, свидетельствует о повышении функциональной резистентности эмали на 17,17%, что, очевидно, будет способствовать профилактике развития или рецидивирования у людей молодого возраста кариеса зубов. На протяжении всех 9 месяцев исследования у пациентов обеих групп отмечен хороший уровень гигиены полости рта (упрощенный индекс Грина-Вермиллиона (ОНІ-S), который при окончании исследования составил $0,64 \pm 0,19$ усл. ед.).

Заключение. У молодежи, при регулярном выполнении общепринятых индивидуальных мероприятий по уходу за полостью рта, отмечается положительная тенденция динамики показателей функциональной резистентности эмали зубов. Дополнительное использование отечественного геля для зубов российского зубного геля R.O.C.S. Minerals ВІО, позволяет на протяжении 9 месяцев достоверно повысить функциональную резистентность эмали зубов на 17,17%, что является важным фактором профилактики развития и рецидивирования кариеса зубов у молодых людей.

ВОЗМОЖНОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ У ПОЖИЛЫХ ПАЦИЕНТОВ

Елена Александровна Рочас¹, Тимур Рушанович Альшин², Иван Александрович Лисица¹, Олег Валентинович Лисовский¹, Александр Андреевич Фокин¹

¹Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет. 194000, Санкт-Петербург, ул. Литовская, д. 2

²Российский научный центр радиологии и хирургических технологий имени академика А.М. Гранова Министерства здравоохранения РФ. 197758, Санкт-Петербург, п. Песочный, ул. Ленинградская, д. 70

E-mail: rochaseadoc@gmail.com

Ключевые слова: желчнокаменная болезнь, пожилые, хронический калькулезный холецистит, лапароскопическая холецистэктомия.

Введение. Пожилые пациенты представляют собой особую, прогрессивно растущую когорту. Особенностью течения заболеваний в этой возрастной группе является полиморбидный фон пациентов. Учитывая рост патологии гепатобилиарной системы, в целом, и желчнокаменной болезни, в частности (до 300 случаев на 100 тыс. населения), у пожилых больных наблюдается расширение показаний к хирургическим вмешательствам и их объем. Хронический калькулезный холецистит является частым осложнением желчнокаменной болезни и обусловлен фиброзом тканей, возникающим в результате многократного раздражения желчью слизисто-эпителиальной ткани желчного пузыря. Несвоевременное оказание медицинской помощи может привести к развитию жизнеугрожающих осложнений, включающих не только хирургические, но и обострение хронических соматических заболеваний с развитием холецисто-кардиального синдрома. Учитывая тяжесть сопутствующих заболеваний, пациенты и медицинские работники часто отказываются от проведения оперативного лечения ввиду опасений развития осложнений в послеоперационном периоде и неблагоприятных исходов.

Цель исследования. Оценить эффективность оперативного лечения пожилых пациентов с хроническим калькулезным холециститом при проведении лапароскопической холецистэктомии.

Материалы и методы. С 2017 по 2023 годы в клинике наблюдались 50 пациентов с установленным диагнозом желчнокаменной болезни. Группа сравнения включала 25 пациентов старше 60 лет, группа контроля — 25 пациентов младше 60 лет. Всем пациентам проведено оперативное вмешательство в объеме лапароскопической холецистэктомии. В качестве конечных показателей сравнения использовались: время операции, объем интраоперационного кровотечения, послеоперационные осложнения, время госпитализации, клинико-лабораторные маркеры.

Результаты. Средней возраст группы сравнения составил 71,6 лет, группы контроля — 46,3 года. Все госпитализации являлись плановыми. Средняя продолжительность оперативного вмешательства составила 108,2 минуты в группе контроля и 101,6 минуты в группе сравнения. Интраоперационных осложнений, потребовавших конверсии доступа, дренирования желчных протоков не отмечено в обеих группах. Значимой разницы в объеме интраоперационной кровопотери между группами не выявлено. В послеоперационном периоде все пациенты получали антибактериальную, гепатотропную, антисекреторную терапию. В ходе послеоперационной терапии отмечено снижение концентрации общего билирубина и его фракций на 3 сутки в обеих группах. Послеоперационных осложнений и неблагоприятных исходов не отмечено в обеих группах. Время госпитализации после проведенного вмешательства в группе контроля составило 5,5 суток, в группе сравнения — 4,9 суток.

Заключение. Заболевания гепатобилиарной системы являются одними из наиболее частых причин хирургических вмешательств у пожилых пациентов на органах брюшной полости. Проведение лапароскопической холецистэктомии является безопасным и эффективным оперативным вмешательством у пожилых пациентов, госпитализированных в плановом порядке.

КИШЕЧНАЯ МИКРОБИОМА У ЖЕНЩИН С НЕРАЗВИВАЮЩЕЙСЯ БЕРЕМЕННОСТЬЮ ДО И ПОСЛЕ КОРРЕКЦИИ СТАНДАРТНОЙ ТЕРАПИИ

Николай Николаевич Рухляда^{1,2}, Симона Викторовна Винникова^{1,2}, Лейла Шахмурзаевна Цечоева^{1,2}, Валерий Матвеевич Луфт², Алёна Станиславовна Полякова², Дарья Николаевна Перунова², Кристина Андреевна Дудова¹

¹Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет. 194100, Санкт-Петербург, ул. Литовская, д. 2

²Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт скорой помощи имени И. И. Джанелидзе. 192242, Санкт-Петербург, Будапештская ул., д. 3, лит. А.

E-mail: simona.vinnikova@yandex.ru

Ключевые слова: кишечная микробиома, неразвивающаяся беременность, Колонофлор-16, пребиотики, метабиотики.

Введение. Неразвивающаяся беременность (НБ) является главной причиной репродуктивных потерь и ее удельный вес составляет 10–20%. В структуре выкидышей первого триместра составляет 45–88,6%. Данная патология характеризуется нежизнеспособностью плода (эмбриона); снижением сократительной способности миометрия и нарушением в системе гемостаза. Основными причинами развития НБ являются хромосомные aberrации (аномальный кариотип в 60–75% случаев), гормональные нарушения 30% и воздействие инфекционных агентов (вирусно-бактериальная флора у 52,5% и моноинфекция у 20%).

В основу терапии дисбиозов входит применение разных видов antimicrobных лекарств и большинство препаратов разрешены во втором и третьем триместрах беременности. В литературе нет полноценных данных о терапии дисбиозов кишечника на ранних сроках гестации из-за недостаточности информации о безопасности этиотропных препаратов. Одновременное использование пре- и метабиотиков доказала свою эффективность в 91,0% случаев.

Цель исследования. Оценить состояние кишечной микробиомы у женщин с неразвивающейся беременностью до и после проведенной коррекции с помощью высокоинформативного молекулярно-генетического метода.

Материалы и методы. Исследование проводилось на базе гинекологического отделения №1 в НИИ скорой помощи им. И.И. Джанелидзе. Выполнялись ретроспективные и проспективные анализы состояния кишечной микробиомы у женщин (n=90) репродуктивного возраста (средний возраст 32,6±6,1 лет). Состояние микробиомы определяли с помощью ПЦР — РВ «Колонофлор-16». Пациентки были распределены на 2 группы: исследовательскую и контрольную группы. В исследовательскую группу вошли женщины (n=50) (средний возраст 32,6±5,9 лет) с диагнозом неразвивающаяся беременность. Группу контроля составили 40 женщин с прогрессирующей беременностью (средний возраст 31,6±6,8 лет).

Позже проводился контроль состояния кишечной микробиомы через 1 мес. Исследовательская группа была дополнительно подразделена на две подгруппы: в первой подгруппе (Ia) состоят 25 женщин без коррекции лечения, во вторую подгруппу (Ib) составили 25 женщин с проведенной коррекцией лечения с добавлением пребиотика («Экстракт плодов циамопсиса четырехкрыльничкового» 350,0 мг) и метабиотика (*L. helveticus* DSM 4183 + *E.coli* DSM 4087 + *L. acidophilus* DSM 4149 + *Enterococcus faecalis* DSM 4086 (50,0 г + 25,0 г + 12,5,0 г + 12,5,0 г)).

Результаты. При исследовании содержимого толстого кишечника дисбиозы встречались у 54% пациенток исследовательской группы, в контрольной — 42,5%.

При выявлении дисбиоза кишечника женщинам Ib подгруппе рекомендовали пребиотик растительного происхождения и метабиотик. *L. helveticus* DSM 4183 + *E.coli* DSM 4087 + *L. acidophilus* DSM 4149 + *Enterococcus faecalis* DSM 4086 назначали в дозировке 40 кап. x 3 р/д в течение 14 дней, «Экстракт плодов циамопсиса четырехкрыльничкового» 350,0 мг по 1 мерной ложке 1 раз в день в течение 14 дней. Через 1 мес. всем пациенткам был проведен повторный анализ состояния кишечного содержимого. Дисбиозы выявляют у 38% пациенток исследовательской группы, у 50% контрольной. В Ia подгруппе дисбиоз встречается у 64%, что в 5 раз больше по сравнению со Ib подгруппой — 12%.

Заключение. Полимеразно-цепные реакции в режиме реального времени позволили в короткие сроки исследовать состояния микробиомы толстой кишки. Дисбактериоз толстой кишки выявлен у 54%.

Применение биотических препаратов доказало свою эффективность. Мы получили положительные результаты у 88% нормоценоз был в кишечной среде.

ПУТИ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ ТЕРАПИИ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА

Татьяна Владимировна Сапожникова, Кирилл Викторович Сапожников, Сергей Александрович Парфенов, Александр Владимирович Седов

Северо-Западный институт управления Российской академии народного хозяйства и государственной службы при Президенте Российской Федерации, 199178, Санкт-Петербург, Средний пр. В.О., 57/43

E-mail: marinheira@rambler.ru

Ключевые слова: функциональные заболевания желудочно-кишечного тракта, функциональная изжога, функциональный ком в горле, гастралгия, синдром раздраженного кишечника, психосоматический компонент, антигипоксантная терапия функциональных заболеваний желудочно-кишечного тракта.

Введение. Функциональные заболевания желудочно-кишечного тракта (ФЗ ЖКТ), это расстройства, затрагивающие разные отделы пищеварительной системы, не имеющие связи с органическими поражениями и включающие в себя различные идиопатические нарушения висцеральной чувствительности и моторной функции. Распространенность ФЗ ЖКТ в мировой практике чрезвычайно высока. Так по некоторым данным они составляют до 30% у взрослого, трудоспособного населения, причем для такого рода нарушений характерно длительное течение. Таким образом проблема ФЗ ЖКТ — не только частая встречаемость, но и ухудшение качества жизни. Четверть причин нетрудоспособности приходится на ФЗ ЖКТ, что говорит об их нагрузке на экономику Российской Федерации. Однако наряду с высокой актуальности и частой встречаемостью некоторые патофизиологические механизмы ФЗ ЖКТ остаются до конца не изученным.

Цель исследования. Дать оценку вегетативным и психическим компонентам комплекса функциональных заболеваний желудочно-кишечного тракта. Определить перспективные классы препаратов для лечения и коррекции данных заболеваний.

Материалы и методы. Согласно последнему пересмотру «Римских критериев» выделяют несколько групп ФЗ ЖКТ:

1. Эзофагеальные расстройства;
2. Гастродуоденальные расстройства;
3. Кишечные расстройства;
4. Центральное-опосредованные расстройства гастроинтестинальной боли;
5. Расстройства желчного пузыря и сфинктера Одди;
6. Аноректальные расстройства;
7. Педиатрические функциональные гастроинтестинальные расстройства (новорожденные, младенцы);
8. Педиатрические функциональные гастроинтестинальные расстройства (дети и подростки).

К наиболее часто встречающимся ФЗ ЖКТ относятся функциональная изжога, функциональный ком в горле, гастралгия, синдром раздраженного кишечника. Во время обращения за медицинской помощью пациенты указывают самые различные жалобы, образующие подчас индивидуальный комплекс проявлений, свидетельствующий о вовлечении психического компонента в патофизиологический процесс. На фоне полиморфизма, полимодальности проявления заболевания психическая дизадаптация способствует замыканию порочного круга и становится частью персистирующего патофизиологического комплекса, что является основной проблемой при выборе тактики лечения. Следует отметить роль локальной гипоксии тканей, возникающей на фоне длительной избыточной активности симпатического контура регуляции — неизменного спутника дизадаптационных процессов.

Отсутствие комплексного подхода к назначению лечения не приводит к полному устранению нарушений работы ЖКТ и способствует повторным эпизодам возникновения заболевания. Зачастую, при возникновении повторного эпизода, происходит утяжеление течения заболевания, что приводит к более длительному выздоровлению и увеличению трудопотерь.

В предыдущих работах отмечено эффективное применение препарата Цитофлавин, который стимулирует тканевое дыхание, участвует в цикле трикарбоновых кислот, за счет чего повышается образование энергии в нейронах мозга, увеличивается скорость утилизации кислорода (антигипоксический эффект), уменьшается выраженность оксидантного стресса и избыточного выброса возбуждающих нейротрансмиттеров. Положительное воздействие препарата на организм через антигипоксический эффект может указывать на роль локальной гипоксии в поддержании заболеваний (как вариант порочного круга). Таким образом определяется один из векторов лечения ФЗ ЖКТ.

Результаты. Механизм возникновения ФЗ ЖКТ является комплексным явлением, еще не до конца изученным. Однако на данный момент ясно, что при этом наблюдается сдвиг вегетативных и психических компонентов без выявления морфологического субстрата. Точку приложения для выбора тактики лечения необходимо опирать как минимум на эти два звена. Поэтому изучение данной патологии требует от врача комплексного подхода со стороны не только соматического компонента, но и в психического. Точная и своевременная диагностика точек приложения в рамках персонифицированного подхода поможет улучшить качество лечения и качество жизни пациентов. Помимо традиционного лечения ФЗ ЖКТ врачу рекомендуется включать в схемы лечения методы работы с психической дизадаптацией, таких как релаксационную психотерапию, гипноз, акупунктуру, назначение антидепрессантов и антигипоксантов.

Заключение. Широкая распространенность ФЗ ЖКТ приводит к большому количеству обращений к участковым врачам, гастроэнтерологам. Объем оказываемой помощи при ФЗ ЖКТ необходимо откорректировать в соответствии с современными представлениями об этих заболеваниях. К традиционной схеме терапии следует добавить специфические методы, показавшие свою эффективность в ряде исследований. Так, при ФЗ ЖКТ высокую эффективность имеет психотерапевтический подход для снижения явлений дизадаптации пациента. Это положительно скажется не только на самом излечении, но и на профилактике рецидивов. Включение в схему лечения антигипоксантной терапии также видится перспективной с точки зрения ускорения восстановления пациентов с ФЗ ЖКТ, за счет компенсации локальных гипоксических явлений и оказания общего адаптогенного эффекта.

ПОДБОР ПРАЙМЕРОВ И УСЛОВИЙ ПЦР ДЛЯ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ НАСЛЕДСТВЕННОГО АНГИОТЕКА

А.В. Седых, Ю.В. Останкова

Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт эпидемиологии и микробиологии имени Пастера. 197101, Санкт-Петербург, ул. Мира 14.

E-mail: ann_sedykh@mail.ru

Ключевые слова: наследственный ангиотек, диагностика, праймеры, *KNG1*, *MYOF*.

Введение. Наследственный ангиотек (НАО) — генетически-детерминированное жизнеугрожающее заболевание, характеризующееся нарушением работы иммунитета, в большинстве случаев связанное с генетическими дефектами в гене *SERPING1*. Симптомы НАО чаще всего проявляются в детстве и сопровождаются периодическими отеками мягких тканей и подслизистых оболочек. Высокий уровень брадикинина приводит к повышению проницаемости сосудов, что в конечном итоге влияет на образование отеков. Локализация отеков может быть разной и чаще всего варьируется от пациента к пациенту. Наиболее опасными для жизни больного являются отеки верхних дыхательных путей. Абдоминальные боли — второй по частоте синдром, встречающийся у пациентов с НАО. Причина абдоминальных болей у пациентов с НАО вызвана отеком кишечника, который может привести к нарушению его функционирования и вызывать болевой синдром. Для гастроэнтерологов важно учитывать возможность наличия НАО у пациента при оценке абдоминальных болей. История семейного заболевания, рецидивирующие эпизоды отеков в различных частях тела и отсутствие других явных причин для абдоминальных болей могут служить подсказкой для направления на дообследование. Для подтверждения диагноза НАО может быть проведена дополнительная диагностика на измерение уровня комплемента и концентрации С1-ингибитора в крови, а также генетический анализ для выявления мутаций, связанных с НАО. В настоящее время проводится анализ на мутации в генах *SERPING1*, *ANGPT1*, *PLG*, *F12*, тогда как *KNG1* и *MYOF*, которые также достоверно связаны с развитием заболевания, остаются вне поля зрения.

Цель исследования. Дизайн и адаптация работы праймеров фрагментов экзона гена *KNG1* и *MYOF*.

Материалы и методы. Для дизайна праймеров и оптимизации условий ПЦР использовали программу VectorNTI (Thermo Fisher Scientific, США). Экстракция геномной ДНК проводили с помощью тест-системы «Ампли-Прайм Рибо-преп» (ФБУН ЦНИИЭ). Нуклеотидные последовательности исследуемых генов определяли с помощью прямого секвенирования фрагментов с использованием генетического анализатора ABIPRISM 3500 (AppliedBiosystems, США).

Результаты. На основе базы данных GenBank и программы Primer3 были подобраны специфические праймеры к 7 и 10 экзону генов *MYOF* и *KNG1*, соответственно. Для проведения ПЦР разработанными праймерами была установлена температура отжига равная 61 °С — для *KNG1* и 58 °С — для *MYOF*. На следующем этапе работы все полученные фрагменты были просеквенированы, анализ сравнения с референсными последовательностями в программе UGENE (Унипро, Россия) показал 100% совпадение.

Заключение. Подобраны высокоспецифичные праймеры и условия амплификации, позволяющие выявить клинически значимые полиморфизмы в фрагментах экзона гена *KNG1* и *MYOF* для ПЦР-диагностики наследственного ангиотека. Необходимо подчеркнуть, что НАО легко спутать с заболеваниями желудочно-кишечного тракта, в связи с этим необходима дифференциальная диагностика, для своевременного выявления пациентов с диагнозом НАО.

ВЛИЯНИЕ ОЖИРЕНИЯ НА ИНДИВИДУАЛЬНОЕ И ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДОРОВЬЕ

Евгений Леонидович Струков^{1, 2}, Олег Валентинович Лисовский¹, Иван Александрович Лисица¹, Полина Андреевна Панкратова¹, Вадим Анатольевич Колосюк¹

¹ Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет, 194100, Санкт-Петербург, ул. Литовская, д. 2

² Институт мозга человека им. Н.П. Бехтерева Российской академии наук, 197376, Санкт-Петербург, ул. Академика Павлова, д. 12А

E-mail: oleg.lisowsky@yandex.ru

Ключевые слова: ожирение, индекс массы тела, болезнь, здоровье, эпидемиология.

Введение. Неблагоприятное влияние ожирения особенно отчетливо проявляется при старении организма, когда ожирение связывает в один узел старение и специфические болезни старения. Вот почему ожирение является не проблемой века, а вечной проблемой, и вот почему именно об ожирении можно сказать, что это болезнь болезней (В.М. Дильман, 1981).

Цель исследования: провести анализ контрверсий патогенетических проявлений и последствий ожирения.

Материалы и методы. Изучены классические и нетрадиционные версии причин и ведущих проявлений на организм избыточной массы тела. Рассмотрены эпидемиологические характеристики ожирения в мире. Отмечено влияние питания на работу головного мозга и психологические компоненты, определяющие социальное значение избыточного веса.

Результаты. В 2016 году более 1,9 миллиарда взрослых в возрасте 18 лет и старше имели избыточный вес, из них более 650 миллионов страдали ожирением.

E.Gomez-Aro и соавторы (2021) приводят современные общепринятые эпидемиологические и данные мета-анализа нейровизуализационных исследований у лиц с ожирением. Ожирение является серьезной глобальной проблемой, которая тесно связана с биологическими, физиологическими, поведенческими, социальными, экологическими, экономическими и политическими факторами.

В исследовании J.L.Kuk и соавт. (2018), изучался риск смертности от метаболически здорового ожирения, определяемый как нулевой или один метаболический фактор риска. Авторы стремились определить независимый риск смертности, связанный с ожирением или повышенным уровнем глюкозы, артериального давления или липидов по отдельности или вместе. В выборку вошли 54 089 мужчин и женщин из пяти когортных исследований (длительность наблюдения = 12,8 ± 7,2 года и 4 864 [9,0%] смерти). Лица были классифицированы как имеющие ожирение или повышенный уровень глюкозы, артериального давления или липидов отдельно или в сочетании с ожирением или другим метаболическим фактором. В выборке исследования 6% людей страдали ожирением, но не имели других метаболических нарушений. Общее ожирение (коэффициент риска [ОР], 95% ДИ = 1,10, 0,8–1,6) и абдоминальное ожирение (ОР = 1,24, 0,9–1,6). Аналогичным образом, метаболически здоровое ожирение, определяемое как нулевой или один фактор риска, также связано с повышенным риском смертности (ОР = 1,15, 1,01–1,32) по сравнению со здоровыми худощавыми людьми. Ожирение при отсутствии метаболических нарушений может не быть связано с более высоким риском смертности от всех причин по сравнению с худощавыми здоровыми людьми. И наоборот, повышение даже одного метаболического фактора риска связано с повышенным риском смертности. Необходимо напомнить, что термин «фактор риска» используется в медицинской литературе с 1963 года.

К современным неклассическим версиям феномена ожирения относится и взгляд на «медиализацию» ожирения, активным адептом которого является Д.Лаптон (2021). Патологизации избыточного веса, по мнению автора, способствовал ряд факторов: предположение, что внешний вид тела определяет природу индивида; стандартизированное измерение тучности с помощью объективного научного инструмента — весов или индекса массы тела; предположительное и предпочтительное использование количественных изменений и статистического анализа, медицинский дискурс как риторическая стратегия в продвижение товаров предназначенных для сбрасывания веса. Чрезвычайно негативно относятся к проблеме ожирения и так называемые

мые фэт (fat) — активистки. Отделение здравоохранения Иллинойского университета в Чикаго отнесло негативное отношение к ожирению к категории «дискриминации или стереотипов, основанных на весе человека». Негативное отношение к нездоровому ожирению «встречается с частотой, сравнимой с расизмом, и является одним из видов дискриминации, которая распространена среди специалистов в области общественного здравоохранения и медицины».

Известный эволюционист и философ Д.К.Деннет (2023) рассуждает о телесной психике и ее связи с психикой сознания, также неклассическом взгляде на понимании феномена ожирения.

Заключение. За последние четыре десятилетия распространенность ожирения во всем мире выросла почти в три раза. К 2016 году более 340 миллионов детей и подростков в возрасте от пяти до девятнадцати лет имели избыточный вес или страдали ожирением, а в 2019 году, по оценкам, 38,2 миллиона детей в возрасте до пяти лет имели избыточный вес или страдали ожирением. Если последние тенденции сохранятся, то, по оценкам, к 2030 году 60% населения мира (3,3 миллиарда человек) будут иметь избыточный вес (2,2 миллиарда) или страдать ожирением (1,1 миллиарда). Избыточный вес и ожирение связаны с более высоким числом смертей во всем мире, чем недостаточный вес, причем во многих странах уровень ожирения превышает 50%.

По обоснованному мнению В.М. Дильмана, любой патофизиологический процесс, характеризующийся стойкими нарушениями гомеостаза и увеличивающий вероятность смерти, называется болезнью. Таким образом, медицинские науки должны являться доминирующими среди наук, изучающих феномен ожирения.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЧЕСКИХ СИМПТОМОВ У ПАЦИЕНТОВ С ФИБРОМИАЛГИЕЙ

Ольга Вячеславовна Теплякова

Уральский государственный медицинский университет. 620028, г. Екатеринбург, ул. Репина, 3

E-mail: oteplyakova69@gmail.com

Ключевые слова: фибромиалгия, боль в животе, изжога, тошнота.

Введение. Фибромиалгия (ФМ) относится к болезням костно-мышечной системы и характеризуется хронической, диффузной, распространенной мышечно-скелетной болью, а также утомляемостью, нарушением сна, когнитивной дисфункцией, депрессией и тревогой. Кроме того, течение ФМ сопровождается множественными симптомами, сочетание которых может существенно различаться у разных пациентов.

Цель исследования. Оценить распространенность жалоб со стороны желудочно-кишечного тракта у пациентов с ФМ, а также уточнить гендерные и возрастные особенности симптомов в данной популяции больных.

Материалы и методы. В исследовании приняли участие 203 пациента с ФМ, из которых 178 женщин ($49,9 \pm 12,0$ лет) и 25 мужчин ($42,6 \pm 11,2$ года) обращались на амбулаторный прием ревматолога в Медицинском объединении «Новая больница», г. Екатеринбург в период с ноября 2018 г. по июль 2023 г. Перед включением в исследование все участники подписывали информированное согласие. Диагноз ФМ был установлен на основе критериев ACR-2016. Анкетирование дополнено опросом «соматических жалоб» (критерии ФМ, ACR-2011). Все пациенты заполняли госпитальную анкету тревоги и депрессии (HADS).

Результаты. В ходе обследования у пациентов с ФМ были выявлены следующие жалобы: ранее диагностированный синдром раздраженной кишки — у 126 (62,1%) человек в целом, при этом в группе женщин — 114 (64,0%) человек, в группе мужчин — у 12 (48,0%). Частота распространенности других симптомов: боль в животе — 97 (47,8%) в целом, 86 (48,3%) и 11 (44,0%) по гендерному принципу, соответственно; тошнота — 74 (36,5%), 64 (36,0%) и 10 (40,0%); сухость во рту — 122 (60,1%), 110 (61,8%) и 13 (52,0%); изжога — 71 (35,0%), 63 (35,4%) и 8 (32,0%); изменение вкуса — 24 (11,8%), 22 (12,4%) и 2 (8,0%); потеря аппетита — 46 (22,7%), 41 (23,0%) и 5 (20,0%); запоры — 66 (32,5%), 61 (34,3%) и 5 (20,0%); диарея — 33 (16,3%), 27 (15,2%) и 6 (24,0%). Гендерные различия ни в одном случае не имели статистической значимости.

Также нами проведена оценка распространенности жалоб со стороны желудочно-кишечного тракта у женщин с учетом их возраста. По возрастному составу были выделены три группы: до 45 лет (69 человек); 46–59 лет (61 человек) и 60 лет и старше (48 человек). Распределение симптомов составило соответственно: ранее диагностированный синдром раздраженной кишки — 69,6%, 62,3% и 58,3%; боль в животе — 44,9%, 52,5%, 47,9%; тошнота — 39,1%, 41,0%, 25,0%; сухость во рту — 52,2%, 68,9%, 66,7%; изжога — 24,6%, 49,2%, 33,3%; изменение вкуса — 13,0%, 8,2%, 16,7%; потеря аппетита — 17,4%, 29,5%, 22,9%; запоры — 40,6%, 27,9%, 33,3%; диарея — 17,4%, 19,7%, 6,3%. Значимых различий жалоб с учетом возраста пациенток по большинству симптомов также не выявлено, однако обращает внимание высокая частота встречаемости симптомов в целом.

Заключение. Установлена высокая степень ассоциации между наличием генерализованного болевого синдрома, связанного с ФМ и достаточно большим числом жалоб со стороны желудочно-кишечного тракта, что свидетельствует об общих механизмах развития данных состояний. Значимых различий в частоте жалоб с учетом гендерно-возрастных особенностей нами не выявлено.

НУТРИТИВНАЯ КОРРЕКЦИЯ ГАСТРОИНТЕСТИНАЛЬНЫХ И МЕТАБОЛИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЙ У ДЕТЕЙ ПРИ НАСЛЕДСТВЕННЫХ НАРУШЕНИЯХ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ (НА ПРИМЕРЕ КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ)

*Евгений Владимирович Тимофеев, Александра Львовна Коршунова,
Дмитрий Сергеевич Суханов*

Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет. 194100, Санкт-Петербург, ул. Литовская, д. 2

E-mail: darrieux@mail.ru

Ключевые слова: наследственные нарушения (дисплазии) соединительной ткани, недостаточность питания, нутритивный статус, нутритивная поддержка, диетотерапия.

Введение. Наследственные нарушения (дисплазии) соединительной ткани (ННСТ) характеризуются вовлечением в диспластический процесс различных систем организма — чаще сердечно-сосудистой. Аортопатии с последующим расслоением и разрывом грудной или брюшной аорты, пролапс митрального клапана, ассоциированный с желудочковыми аритмиями — основная причина смерти таких больных. В то же время, проявления со стороны других органов и систем, хоть зачастую и не фатальны, могут снижать качество жизни, а проявившись в детском возрасте, негативно влиять на темпы физического и психического развития ребенка.

Цель исследования. Представить клинический случай ННСТ у ребенка, проявляющемуся кардиальными маркерами и метаболическими нарушениями, и возможности немедикаментозной их коррекции.

Материалы и методы. Мальчик 12 лет обратился к диетологу с жалобами на плохой набор веса, тяжесть после приема жирной пищи, отрыжку, вздутие, икоту на фоне стресса, боли в околопупочной области, склонность к газообразованию. Отмечает связь жалоб с употреблением печени трески, орехов, жареных продуктов. Из анамнеза — первая беременность, срочные роды, индекс Тура при рождении ниже 60 — признак внутриутробного дефицита питания. Семейный анамнез отягощен по мужской линии — отец и дед умерли от диссекции аорты — отец в возрасте 34 лет, дед — в 37 лет. У обоих мужчин синдром Марфана не был прижизненно верифицирован, они имели высокий рост — отец 183 см, худощавый, дед — 190 см, худой, ЭхоКГ не выполнялось — патология аорты обнаружена при аутопсии.

Объективно: Высокорослость (178 см, 7 центиль), пониженного питания масса тела (48 кг, 2 центиль по отношению к росту), астеничность телосложения, долихостеномелия (размах рук 159 см, на 6 см), высокое нёбо, деформация грудной клетки, кифосколиоз, гипермобильность суставов (6 баллов по шкале Бейтона), вальгусная деформация стоп, арахнодактилия (симптом большого пальца и запястья); гиперрастяжимости кожи нет. При ЭхоКГ исследовании — гемодинамически незначимый пролапс митрального клапана, корень аорты на уровне синусов Вальсальвы 29 мм (умеренно превышает росто-весовой норматив), восходящая аорта и легочная артерия не расширены.

Результаты. Диетологом была проведена оценка нутритивного статуса ребенка. На первом этапе проводилось клиническое обследование, включающее пищевой анамнез, пищевые привычки, предпочтения и непереносимости. У ребенка было трехразовое питание, предпочтения в сторону углеводов как быстрых, так и длинных, относительная непереносимость лактозы и некоторых высокожировых продуктов. При анализе пищевого дневника за 10 дней выявлено преобладание углеводов в рационе, дефицит растительного и животного белка и растительных жиров.

Второй этап включал общую оценку состава тела с помощью антропометрических показателей и биоимпедансометрии (аппарат Inbody 720) — верифицировано снижение % общего количества воды, низкий индекс висцерального жира (2), снижение мышечной массы на 7 % от нормы, низкое содержания жира в теле. На УЗИ брюшной полости нефроптоз 1 степени, отмечен функциональный загиб в нижней трети желчного пузыря, тест с желчегонным завтраком позволил выявить дискинезию желчного пузыря по гиперкинетическому типу. Лабораторно

отмечается снижение уровня общего белка (58 г/л) и ферритина (25 мкг/л) при нормальном уровне гемоглобина, а также гипомагниемия.

После проведенного обследования была назначена высокобелковая диета, режим питания которой предусматривал потребление белка до 50 г в сутки. Пример рациона на 1 день: завтрак с тостом из цельнозернового хлеба и сыром низкой жирности, белковый омлет, обед: 250 г рыбы (предпочтительно морской запеченной или приготовленной на пару) с овощами, ужин: 150 г постной говядины, легкоусвояемая клетчатка, стакан нежирного кефира, в течение дня рекомендовалось добавлять оливковое масло, несоленые орехи и семечки, некислые фрукты.

Учитывая латентный дефицит железа (снижение ферритина), пациенту был рекомендован прием перорального препарата железа (гидроксиполимальтозный комплекс Fe^{3+}), курсом три месяца. Для коррекции гипомагниемии, сопровождающийся при дополнительном расспросе такими симптомами, как повышенная раздражительность, нарушения сна, желудочно-кишечные спазмы, ощущение сердцебиения, повышенная утомляемость и ощущение покалывания в мышцах, ребенку был назначен оротат магния курсом 2 месяца.

В результате проводимой диетотерапии и назначенного лечения через 3 месяца у ребенка отмечалась прибавка в весе 3,7 кг, увеличение уровня ферритина до 39 мкг/л и общего белка до 64 г/л, а также купированы проявления гипомагниемии.

Обсуждение. Сочетание отягощенной наследственности по мужской линии (ранняя смерть отца и деда от диссекции аорты), признаков системного вовлечения соединительной ткани (высокорослость, астеничность телосложения, долихостеномелия (1 балл), высокое небо, деформация грудной клетки (1 балл), кифосколиоз (1 балл), гипермобильность суставов (1 балл), вальгусная деформация стоп (2 балла), арахнодактилия (3 балла), пролапс митрального клапана (1 балл, суммарно 10 баллов по шкале системного вовлечения соединительной ткани, разработанной для выявления синдрома Марфана), относительно больших значений диаметра корня аорты уже в детском возрасте позволяют предполагать семейную синдромную аортопатию — наиболее вероятно имеет место синдром Марфана. Нельзя исключать и синдром Льюиса-Дитца — несмотря на то, что у ребенка не выявлены характерные изменения лицевого черепа, ранняя смерть обоих предков по мужской линии говорит об агрессивном и более раннем расширении грудной аорты, что характерно для этого заболевания.

Дефицит массы тела многие исследователи рассматривают как проявление ННСТ — в детском и подростковом возрасте это наиболее актуально — такие дети отстают в физическом развитии, ограничены в выборе профессии, часто не способны выдерживать физические нагрузки. Без фенотипического обследования и сбора семейного анамнеза невозможно своевременно выявить причину недостаточности питания. Однако, следует понимать, что низкая масса тела у детей с ННСТ не всегда связана только с генетическими дефектами соединительной ткани. У них может выявляться различные функциональные нарушения со стороны органов пищеварительной системы, печени и желчевыводящих путей. Наиболее простым и в то же время информативным исследованием является оценка функционального состояния желчного пузыря с пробным завтраком. Выявление функционального расстройства билиарного тракта по гипокинетическому типу позволяет назначать диету с некоторым ограничением тугоплавких жиров, повышением содержания белка в пище, снижением кислотности пищи. На фоне рекомендованных диетических мероприятий у ребенка удалось добиться положительной динамики массы тела, однако ожидаемый прирост веса за 3 месяца на 6 кг не достигнут, что, вероятно, связано с генетическим дефектом соединительной ткани.

Заключение. Ребенку показано проведение динамического ЭхоКГ обследование с контролем размеров аорты, наблюдение офтальмолога для выявления эктопии хрусталика — второго большого признака синдрома Марфана, а также молекулярно-генетическое обследование для обнаружения мутация в гене, кодирующем фибриллин, нутритивная поддержка с учетом функционального расстройства билиарного тракта для обеспечения гармоничного психо-физического развития.

ГИГИЕНИЧЕСКОЕ СОСТОЯНИЕ ПОЛОСТИ РТА У ПАЦИЕНТОВ С ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ КАК МАРКЕР ЗДОРОВЬЯ ПИЩЕВАРИТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ

Сергей Борисович Улитовский¹, Вениамин Сергеевич Солдатов²,
Людмила Николаевна Солдатова¹

¹Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова. 197022, Санкт-Петербург, ул. Льва Толстого, д. 6–8

²Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова. 191015, Санкт-Петербург, ул. Кирочная, д. 41

E-mail: slnzub@gmail.com

Ключевые слова: заболевания пародонта, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, профессиональная гигиена полости рта, индивидуальная гигиена полости рта, ополаскиватель для полости рта, гиперестезия зубов.

Введение. Заболевания пародонта, протекающие на фоне соматической патологии, как правило, имеют хроническое течение, а порой и устойчивость к комплексной терапии. Особенно это касается заболеваний связанных с инфекцией *Helicobacter pylori*, хотя взаимоотношения бактерии и весьма неоднозначны и мало изучены. В последние годы дискутируется вопрос о том, что полость рта, является возможным источником реинфекцирования *Helicobacter pylori*. При отсутствии должного участия врача-стоматолога в медицинском обслуживании лиц с язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки у пациентов возникают тяжелые формы хронического генерализованного пародонтита, обусловленные особенностью течения обменных процессов в организме, а также нарушением иммунологического баланса. Все это создаёт условия для возникновения пародонтита с выраженным воспалительным компонентом и патологической подвижностью зубов. При своевременном обращении таких пациентов за стоматологической помощью и при динамическом наблюдении за ними возможно добиться быстрого купирования воспалительных процессов в полости рта и обеспечить продолжительную ремиссию воспалительной патологии пародонта.

Цель исследования. Изучить гигиеническое состояние полости рта и тканей пародонта у пациентов с язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки при различном алгоритме индивидуальной гигиены полости рта.

Материалы и методы. Проведено стоматологическое обследование 31 пациента с язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки 19 мужчин (61,3%) и 12 (38,7%) женщин. Средний возраст составил $41,7 \pm 1,54$ лет. Все пациенты находились на диспансерном наблюдением у гастроэнтеролога и врача-стоматолога, и им проводилась стандартная противоязвенная терапия. Всем пациентам была выполнена профессиональная гигиена полости рта и даны рекомендации по индивидуальному уходу за полостью рта, с учётом которых пациенты были разделены на две группы исследования. Пациентам первой группы, состоявшей из 15 (8 мужчины и 6 женщин) человек для индивидуальной гигиены полости рта рекомендовали использовать лечебно-профилактическую зубную пасту «Асепта parodontal sensitive» (Россия). Второй группе пациентов из 16 (11 мужчины и 6 женщины) человек для индивидуальной гигиены рекомендовали применять аналогичную зубную пасту «Асепта parodontal sensitive» и использовать ополаскиватель для полости рта «Асепта parodontal active» (Россия) в течение 10 суток ежедневно с последующей его заменой на ополаскиватель «Асепта parodontal fresh» (Россия). Эти отечественные средства для индивидуального ухода за полостью рта, снижают явления гиперестезии зубов, активны в отношении микроорганизмов и способны уменьшать кровоточивость и воспалительные процессы в тканях краевого пародонта. Стоматологический статус оценивали клинически и по индексу КПУ.

Оценку эффективности лечения гингивита и индивидуального ухода за полостью рта в исследуемых группах осуществляли с помощью папилло-маргинально-альвеолярного индекса (индекс РМА) в модификации Parms (1960), индекса CPITN (ВОЗ, 1977), индекса I. Greene —

R. Vermillion или индекс ОНI-S (1964). Проводили рентгенологическое исследование для уточнения диагноза. С помощью рН-метра определяли кислотность смешанной слюны на всех этапах клинического исследования, которое осуществляли до выполнения профессиональной гигиены полости рта, а также через 1 и 3 месяца динамического наблюдения за пациентами.

Достоверность различий средних величин независимых выборок подвергали оценке при помощи параметрического критерия Стьюдента. Критический уровень значимости при этом был равным 0,05.

Результаты. При первичном осмотре у пациентов обеих групп была отмечена неудовлетворительная гигиена полости рта и хронический катаральный гингивит, отличавшийся выраженной кровоточивостью десен, сочетавшийся с наличием над- и поддесневых отложений зубного камня, при тенденции смещения показателя рН смешанной слюны в кислую сторону. Индекс КПУ составил $11,8 \pm 0,76\%$, среднее число кариозных зубов — $4,3 \pm 0,69\%$, пломбированных — $9,3 \pm 0,35\%$, удаленных — $5,3 \pm 0,8\%$. Проведённая пациентам обеих групп профессиональная гигиена полости рта положительно повлияла на все изученные показатели стоматологического здоровья. Так, у пациентов 1 и 2 групп через месяц после проведения им профессиональной гигиены полости рта и даче рекомендаций по индивидуальному уходу за полостью рта показатели стоматологического здоровья, изучаемые на тканях пародонта, заметно улучшились ($p \leq 0,05$), а также отмечена тенденция к нормализации показателя рН смешанной слюны до 6,92 ед.

Спустя 3 месяца от начала исследования положительный эффект от проведённой профессиональной гигиены полости рта у пациентов обеих групп сохранялся. В первой группе индивидуальную гигиену полости рта можно было характеризовать как удовлетворительную (индекс I.Greenе — R. Vermillion $0,84 \pm 0,24$), во 2 группе исследования, как хорошую ($0,49 \pm 0,17$). Показатель индекса CPITN в 1 и 2 группе спустя 3 месяца был равен, соответственно, $0,85 \pm 0,13$ и $0,59 \pm 0,11$, что также свидетельствует об улучшении состояния тканей пародонта у пациентов 2 группы. Анализ распространенности воспалительного процесса выявил высокую степень выраженности воспалительного процесса пародонта по индексу РМА до лечения — $52,43 \pm 1,71\%$, через месяц — $31,37 \pm 1,5\%$ ($p < 0,05$), через 3 месяца — $19 \pm 1,6\%$, свидетельствующее о том, что пациенты выполняют рекомендации врача-стоматолога по уходу за полостью рта и тщательно осуществляют рекомендованные им профилактические мероприятия.

Заключение. Проведённое исследование показало, что процесс улучшения состояния пародонта тесно связан с установлением у больных оптимального режима индивидуальной гигиены полости рта. Проведение дополнительного объема лечебных мероприятий у больных с тяжелыми деструктивными изменениями пародонта благоприятно отражается на динамике воспалительного процесса. Определение стоматологического статуса у лиц с язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки должно дополнять комплекс общеклинических исследований. Это позволит включить стоматологические профилактические мероприятия в схемы лечения данной категории пациентов как дополнительный фактор лечения.

ОЦЕНКА БЕЛКОВО-ЭНЕРГЕТИЧЕСКОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У БОЛЬНЫХ МУКОВИСЦИДОЗОМ

Людмила Владимировна Ульянова, Вера Сергеевна Леднева,
Юлия Юрьевна Разуваева

Воронежский государственный медицинский университет им. Н.Н. Бурденко, 394036, Воронеж,
ул. Студенческая, д. 10

E-mail: yu.yu.razuvaeva@yandex.ru

Ключевые слова: муковисцидоз, дети, белково-энергетическая недостаточность, кистозный фиброз, питание.

Введение. Важной и окончательно нерешенной проблемой комплексного лечения больных с муковисцидозом (МВ) остается коррекция нутритивной недостаточности, ухудшающей тяжесть течения заболевания и способствующей развитию осложнений. Недостаточность питания у детей с муковисцидозом характеризуется дефицитом параметров физического развития и связана, как с высокими метаболическими потребностями, так и с недостаточным поступлением белка и энергии. Именно трофический гомеостаз, характеризующийся относительно постоянным поддержанием в организме концентрации питательных веществ — одно из кардинальных условий преодоления полиорганной патологии при муковисцидозе.

Цель исследования. изучить методику комплексного исследования степени белково-энергетической недостаточности у детей, больных муковисцидозом.

Материалы и методы. Обследовано 37 детей, страдающих смешанной формой муковисцидоза, находившихся на лечении и наблюдении в центре муковисцидоза г. Воронежа. Критерии включения в исследование: дети, страдающие муковисцидозом, в возрасте от 3-х до 15 лет, информированное согласие родителей на участие ребенка в исследовании. Предложенная модификация включала в себя исследование: 1) определение индекса массы тела (ИМТ), 2) толщины кожно-жировой складки над трицепсом (ТКЖС), 3) концентрации трансферрина сыворотки крови, 4) абсолютного числа лимфоцитов в периферической крови (АЧЛ). Нутритивный статус больных рассчитывался и по стандартной методике на основании данных массы тела, роста и возраста с помощью индекса массы тела (ИМТ), в системе перцентилей.

Результаты. Клинические симптомы нарушения нутритивного статуса различной степени выраженности зафиксированы у всех больных МВ. Всем больным проводили оценку нутритивного статуса больных муковисцидозом по расчету ИМТ: нормальные параметры ИМТ регистрировались более чем у половины больных (19 — пациентов 51,2%). Удельный вес легких нарушений питания подтвержден по значениям ИМТ у 18 пациентов (48,6%): 4 больных (22,2%), умеренная степень трофических расстройств выявлена у 11 больных (61,1%) и выраженное снижение питания отмечалось у 3 больных (16,7%). Среднее значение ТКЖС у больных оказалось на $7,33 \pm 2,1$ мм меньше, по сравнению с нормой. Исследование уровня сывороточного альбумина у детей с муковисцидозом не выявило существенных отклонений от нормы, даже у тяжелых больных. Показатель альбумина у всех больных находился в пределах нормы $42,6 \pm 0,3$ г/л, что говорит об относительной компенсации синдрома мальабсорбции и адекватно подобранной дозе ферментных препаратов. Анализ уровня трансферрина позволил установить, что данный параметр был ниже нормы у 47% детей, больных муковисцидозом и составил в среднем $179,1 \pm 5,3$ мг/дл. Выявлена корреляционная взаимосвязь между ИМТ и трансферрином сыворотки крови. Коэффициент корреляции составил $r=0,582$, взаимосвязь достоверна и имеет средний тип связи. Подсчет АЧЛ крови является простейшим методом оценки состояния иммунной системы, так как состояние иммунитета больного прямо и непосредственно зависит от его белково-энергетических возможностей. Параметр АЧЛ был снижен у 56% пациентов группы наблюдения по сравнению с нормой и составил в среднем $2,87 \pm 0,19$. Анализ предложенных параметров оценки нутритивного статуса больных муковисцидозом позволил выявить наличие БЭН у 26 (69,3%) больных, с достоверным преобладанием умеренных и выраженных ее вариантов: у 7 больных легкие нарушения питания (26,9%), умеренная степень трофических расстройств выявлена у 13 больных (50,0%) и выраженное снижение

питания отмечалось у 6 больных (23,1%), тогда как вывод о наличии нутритивных расстройств по стандартной методике (параметры ИМТ) верифицировал трофические нарушения у 48,6% пациентов.

Заключение. Установлено, что наиболее эффективным вариантом оценки степени трофических расстройств у больных муковисцидозом является исследование комплекса объективно-лабораторных параметров, включающих в себя обязательное исследование короткоживущего белка сыворотки крови-трансферрина. Выявлена прямая корреляционная взаимосвязь между антропометрическим параметром и трансферрином сыворотки крови, что позволяет использовать параметр короткоживущих белков сыворотки крови для объективной оценки степени белково-энергетической недостаточности. Комплексное исследование нутритивного статуса детей, больных муковисцидозом выявляет наличие белково-энергетической недостаточности различной степени выраженности у 70% больных, что подтверждает необходимость постоянного мониторинга и индивидуальной коррекции нутритивного статуса пациентов.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ РАЗВИТИЯ ГАНГРЕНОЗНОЙ ПИОДЕРМИИ У ПАЦИЕНТКИ С ЯЗВЕННЫМ КОЛИТОМ

Юрий Павлович Успенский¹, Юлия Александровна Фоминых¹,
Ольга Александровна Кизимова¹, Александр Александрович Гнутов¹,
Елена Юрьевна Калинина¹, Елена Павловна Федотова¹, Руслан Абдуллаевич Насыров¹,
Александр Анатольевич Козобин², Рамазан Анзорович Гучашиев²

¹Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет. 194100, Санкт-Петербург, ул. Литовская, д. 2

²Городская больница Святой преподобномученицы Елизаветы. 195257, Санкт-Петербург, ул. Вавиловых, д. 14

E-mail: olya.kizimova.95@mail.ru

Ключевые слова: гангренозная пиодермия, нейтрофильный дерматоз, язвенный колит.

Введение. Воспалительное заболевание кишечника (ВЗК) — это хроническое рецидивирующее заболевание пищеварительной системы, протекающее с периодами обострений, ремиссий и рядом системных проявлений, осложнений. Течение ВЗК может осложняться поражением опорно-двигательного аппарата, кожными и офтальмологическими проявлениями, а также поражениями гепатобилиарной и гематологической систем. Поражение кожи наиболее частое внекишечное проявление ВЗК. Второе место по частоте развития поражений кожи после узловатой эритемы занимает гангренозная пиодермия. Гангренозная пиодермия — это редкий ауто-воспалительный вариант нейтрофильных дерматозов, который сопровождается болезненными эритематозными узелками, быстро прогрессирующими до глубоких язв с порытыми краями красно-фиолетового цвета и формированием рубцов.

Цель исследования. Представление клинического случая развития гангренозной пиодермии у пациента с дебютом язвенного колита.

Материалы и методы. Женщина 23 лет поступила в Елизаветинскую больницу с жалобами на боли в животе, кашицеобразный стул с примесью крови и слизи, повышение температуры тела до 38,5°C, появление болезненных язвенных дефектов нижних конечностей. Считает себя больной с января 2022 г., когда впервые отметила появление болей в животе и учащение стула до 15 раз в сутки без патологических примесей. Повторный эпизод возник в феврале 2023 г., когда вновь появились боли в животе и жидкий стул до 10 раз в сутки с примесью крови. Лечилась самостоятельно пробиотиками. 7 марта 2023 г. заметила появление болезненных синюшных гематом в области плеч и голеней, которые в течение 3х дней самостоятельно вскрылись с образованием глубоких язвенных дефектов с жёлто-багровым отделяемым. Пациентка была госпитализирована в “КИБ им. С.П. Боткина”. Исключены инфекционные заболевания. Проведена ВКС: признаки язвенного колита. С подозрением на ВЗК переведена в Елизаветинскую больницу. В гастроэнтерологическом отделении по данным лабораторных исследований: гемоглобин 83.0 г/л, эритроциты $3.12 \times 10^{12/л}$, тромбоциты $876 \times 10^9/л$, общий белок 53.0 г/л, альбумин 21 г/л, СРБ 275.1 мг/л, прокальцитонин 5.680 нг/мл, фекальный кальпротектин > 18000, резко положительная скрытая кровь в кале, наличие крови в кале. По результатам посева крови, кала, гнойного отделяемого из язв роста микрофлоры не обнаружено. УЗИ мягких тканей — инфильтрация мягких тканей, жидкостные скопления в виде полос шириной до 7 мм. КТ ОБП и ОМТ — утолщения стенок ободочной, сигмовидной и прямой кишки с формированием выраженного сужения просвета кишки. Гистологическое исследование кожи — определяется гнойно-некротическая пустула, в глубоких слоях дермы — множественные очаги некроза с гнойным экссудатом и апоптозом ядер без наличия кокко-бациллярной и микотической микрофлоры. Гистологическое исследование слизистой оболочки толстой кишки — определяются криптиты и крипт-абсцессы с отчетливым базальным плазмодитозом без очевидных эпителиоидно-клеточных гранулем.

Результаты. На основании жалоб пациентки, анамнеза заболевания и характерных эндоскопических и гистологических признаков был сформулирован окончательный диагноз: Основный: Язвенный колит, острое течение, левостороннее поражение, тяжелая атака (индекс

Мейо 10 баллов). Внекишечные проявления: Гангренозная пиодермия. Осложнения: Анемия хронических заболеваний средней степени тяжести. К признакам, позволивших заподозрить язвенный колит, относят характерную клинико-эндоскопическую картину и результаты гистологического исследования. Сочетание патологии толстой кишки с поражением кожи свидетельствует о едином механизме патогенеза с развитием внекишечного проявления. Характерная последовательность развития элементов на коже, отсутствие инфекции при морфологическом исследовании, положительный ответ после начала приема иммуносупрессоров подтвердили диагноз гангренозная пиодермия. Высокий уровень прокальцитонина вероятно был следствием некробиотического процесса подлежащих мягких тканей и миолизом мышечной ткани.

Заключение. Таким образом, в данном клиническом случае отражены особенности течения и трудности диагностики гангренозной пиодермии, ассоциированной с язвенным колитом, который требует индивидуального подхода к ведению пациента с привлечением междисциплинарной команды специалистов разного профиля.

СИГАРЕТНЫЙ ДЫМ И КИШЕЧНАЯ МИКРОБИОТА ЧЕЛОВЕКА

Юрий Павлович Успенский, Юлия Александровна Фоминых,
Кямаля Низамитдиновна Наджафова

Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет, Санкт-Петербург,
ул. Литовская, д. 22

E-mail: kyamalyok@yandex.ru

Ключевые слова: кишечная микробиота, курение, сигаретный дым.

Микробиота кишечника — это уникальная структура, в норме находящаяся в равновесном состоянии и выполняющая огромное число разнообразных функций. Влияние курения на микробиоту пока остается недостаточно изученным и может реализовываться посредством различных механизмов.

Один из механизмов, который может приводить к формированию различных профилей микробного разнообразия у курильщиков, может быть обусловлен колонизацией кишечника бактериями, содержащимися непосредственно в самих сигаретах. В отдельных табачных хлопьях или мелких частицах табака обнаруживали *Pantoea agglomerans*, *Acinetobacter calcoaceticus* и конкретные виды *Pseudomonadaceae*, такие как *P. fluorescens* и *Stenotrophomonas maltophilia*.

В исследованиях продемонстрировано, что изменения секреции бикарбоната и снижение уровня pH в двенадцатиперстной кишке у курильщиков может оказывать влияние на рост *Neisseria*, которая относится к капнофилам и чувствительна к кислотным условиям, а также на рост *Streptococcus* и *Rothia* spp. являются ацидогенными и кислотоустойчивыми.

На животных моделях сигаретный дым снижает уровень органических кислот и популяцию бифидобактерий в слепой кишке. У мышей, подвергавшихся воздействию сигаретного дыма, был выявлен значимый прирост популяции Akkermansiaceae, после отмены воздействия сигаретного дыма, популяция вновь снижалась. В исследовании на мышах также показано, что избыточное потребление бензпирена значительно влияет на разнообразие и обилие кишечной микробиоты, повышает проницаемость подвздошного сегмента толстой кишки и вызывает умеренное воспаление ее слизистой оболочки.

В модели на крысах сигаретный дым значительно снижает концентрацию нескольких органических кислот, таких как уксусная, пропионовая, масляная и валериановая кислоты, а также уменьшает популяцию бифидобактерий в слепой кишке. При воздействии сигаретного дыма повышается pH кишечника, что, возможно, приносит пользу некоторым бактериям и позволяет им процветать, нарушая баланс кишечной микробиоты.

Изучение влияния курения на организм человека показало, что у курильщиков выше вероятность развития инфекции *Clostridium difficile*. У продолжающих курить в микробиоте кишечника повышается число *Bacteroidetes* и снижается число *Firmicutes* и *Proteobacteria* по сравнению с никогда не курившими. Другие исследования также показали, что у здоровых курильщиков содержание *Bacteroides-Prevotella* выше, чем у некурящих. Влияние газов сигаретного дыма на кишечный микробиом зависит от множества факторов, таких как процесс производства табака, обработка сигареты, степень ее сгорания и место выкуривания — в помещении или на улице.

Сигаретный дым модифицирует микробиоту кишечника посредством множества механизмов и влияет на работу ферментов, связанных с окислительным стрессом, на слой муцина и экспрессию белков плотных контактов слизистой кишечника, на баланс кислот и оснований в толстой кишке. Помимо упомянутых механизмов влияние на кишечную микробиоту курения в целом, описано влияние отдельных компонентов сигаретного дыма на муциновый слой и иммунные клетки кишечника, окислительный стресс, функционирование кишечного барьера.

ВЗАИМОСВЯЗИ МЕЖДУ ЛИПИДНЫМ ОБМЕНОМ И МИКРОБИОТОЙ КИШЕЧНИКА

*Юлия Александровна Фоминых, Юрий Павлович Успенский,
Кямаля Низамитдиновна Наджафова*

Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет, Санкт-Петербург,
ул. Литовская, д. 2²

E-mail: kyamalyok@yandex.ru

Ключевые слова: кишечная микробиота, холестерин, липопротеиды, желчные кислоты.

Гипотеза о том, что кишечная микрофлора участвует в холестеринном обмене, существует с начала XX в. С тех пор накоплено много доказательств того, что резидентная и транзитная микрофлора хозяина, синтезируя, трансформируя или разрушая экзо- и эндогенные стерины, активно участвует в метаболизме организма человека.

При исследовании 5000 штаммов кишечных палочек было обнаружено, что холестеринразрушающей способностью обладают 40% бактерий. Многие аэробы разрушают только боковые цепи молекулы холестерина, а другие деградируют только промежуточные продукты метаболизма холестерина. При этом достигается до 93% деградации холестерина. Некоторые микроорганизмы являются носителями генов ДНК, кодирующих продукцию холестериноксидазы. Кишечная микрофлора препятствует абсорбции холестерина из пищеварительного тракта. В экспериментах установлено два механизма удаления бифидобактериями холестерина: путем ассимиляции и преципитации.

При повышении значений рН дезоксихолевая кислота ионизируется и хорошо всасывается в толстой кишке, что обеспечивает пополнение пула желчных кислот и является фактором, стимулирующим синтез холестерина.

Также установлено, что покоящиеся и растущие клетки бифидобактерий в присутствии солей желчных кислот секретуют деконъюгаты, которые превращают таурин- и глицинсодержащие амиды желчных кислот в труднорастворимые осадки, связывающие толстокишечный холестерин и обеспечивающие экскрецию его с каловыми массами, уменьшают выход холестерина из печеночных клеток за счет ингибирования активности ГМГ-КоА-редуктазы, оказывают влияние на количество рецепторов для ЛПНП у форменных элементов крови. Аналогичные свойства отмечаются у лактобацилл и некоторых других кишечных микроорганизмов.

Отдельные штаммы кишечных стрептококков усиливают катаболизм холестерина в желчные кислоты. Интерферон — α и ряд других различных соединений микробного происхождения, включая компоненты микробных клеток, такие как эндотоксин, мурамилдипептиды, зимозан, способны индуцировать повышение синтеза холестерина в клетках организма человека, особенно у лиц, склонных к гиперхолестеринемии.

Также микробиота оказывает влияние на различные звенья липидного обмена посредством синтеза сигнальных молекул — короткоцепочечных жирных кислот. Известно, что моносахариды ферментируются микрофлорой в различные короткоцепочечные жирные кислоты, такие, как ацетат, бутират и пропионат.

Холестерин, под действием ферментов микроорганизмов толстого кишечника последовательно метаболизируется в копростанол/копростанон и частично выводится с калом. При активации процессов брожения в кишечнике копростанол и копростанон, в свою очередь, выделяют ацетат и пропионат соответственно. Эти соединения, попав в кровоток и достигнув с ним печени, влияют на синтез холестерина гепатоцитами: ацетат его активирует, а пропионат — наоборот, угнетает.

Ферментативная активность микробиоты влияет и на пул желчных кислот. Установлено, что в этом процессе участвуют бактериоиды и лактобациллы. Вторичные желчные кислоты за счет меньшей растворимости хуже всасываются обратно в кишечнике. Их избыточное образование и выведение из организма по механизму отрицательной обратной связи приводит к повышению синтеза желчных кислот *de novo*. Таким образом, микробиота кишки, меняя пул желчных кислот, опосредованно участвует в регуляции работы рецепторов желчных кислот, оказывая влияние на липидный обмен

КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ И ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА БИЛИАРНОГО ГАСТРИТА

Юлия Александровна Фоминых¹, Руслан Абдуллаевич Насыров¹, Елена Юрьевна Калинина¹, Ольга Александровна Кизимова¹, Демьян Павлович Ковтун², Екатерина Васильевна Щербакова³, Оксана Сергеевна Минина¹, Анна Петровна Завитаева¹

¹Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет. 194100, Санкт-Петербург, ул. Литовская, д. 2

²Городской клинический онкологический диспансер.198255, Санкт-Петербург, пр. Ветеранов, д. 56

³Бюро судебно-медицинской экспертизы Ленинградской области.198095, Санкт-Петербург, ул. Шкапина, д. 36/40

E-mail: olya.kizimova.95@mail.ru

Ключевые слова: холецистэктомия, патологический дуоденогастральный рефлюкс, билиарный гастрит, фовеолярная гиперплазия.

Введение. Билиарный гастрит (рефлюкс-гастрит) рассматривается как заболевание, связанное с патологическим забросом дуоденального содержимого в желудок, характеризующееся клинической картиной, эндоскопическими и морфологическими признаками. Оперативные вмешательства на желудке и двенадцатиперстной кишке, приводящие к дискоординации моторики верхнего отдела желудочно-кишечного тракта являются главным предиктором развития патологического дуоденогастрального рефлюкса, в котором желчные кислоты играют важную роль в повреждении слизистой оболочки желудка.

Патогномоничные признаки билиарного гастрита отсутствуют. Клиническая картина неспецифична и характеризуется разнообразными жалобами со стороны верхнего отдела пищеварительной системы. Диагностика билиарного гастрита должна включать выполнение фиброгастродуоденоскопии и морфологического исследования. Однако эндоскопическая картина и гистологические проявления совпадают с другими вариантами реактивной гастропатии, например, связанное с употреблением нестероидных противовоспалительных препаратов. Кроме того, такие неспецифические признаки как фовеолярная гиперплазия, отек собственной пластинки, нарушение микроциркуляторного русла, клеточная инфильтрация слабой или умеренной степени, а также атрофия и кишечная метаплазия встречаются при различных видах гиперпластических, аутоиммунного и H. pylori- ассоциированного гастритов. Поэтому установление гастрита вследствие патологического дуоденогастрального рефлюкса основывается на клинико-морфологическом и инструментальном обследовании с исключением наиболее частых причин воспаления слизистой оболочки желудка.

Заключение. Таким образом, диагноз билиарный гастрит устанавливается на основе комплексной оценки физикального осмотра, данных анамнеза жизни и сопутствующих заболеваний, прежде всего оперативных вмешательств на желудке, двенадцатиперстной кишке и билиарной системе, также необходимо учитывать эндоскопические и гистологические признаки.

АНАЛИЗ ГЕМОДИНАМИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЙ В ПЕЧЕНИ ПРИ ДИСКИНЕЗИИ ЖЕЛЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ У ДЕТЕЙ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 1-ГО ТИПА

Наталья Ивановна Шабан, Равиль Фаткулислямович Махмутов

Донецкий государственный медицинский университет им. М. Горького, 283003, г. Донецк, пр. Ильича, 16

E-mail: contact@dnmu.ru

Ключевые слова: дети, внутрипечёночный кровоток, дискинезия жёлчевыводящих путей, сахарный диабет.

Введение. В последние годы отмечается рост инсулинзависимого сахарного диабета у детей. Особый интерес представляют исследования, которые установили наличие изменений со стороны жёлчевыводительной системы у 60–65% детей, страдающих сахарным диабетом 1 типа (СД 1). Высокий удельный вес среди указанных изменений, составляющий 22–26%, принадлежит дискинезии жёлчевыводящих путей (ДЖВП), которая заметно ухудшает течение основного заболевания, снижает качество жизни пациентов, а со временем способствует угнетению печёночных функций, формированию холецистита, жёлчекаменной болезни. Общеизвестно, что функциональная способность печени и состояние тонуса её сосудов в наибольшей степени определяют характер гемодинамики, параметры которой, в свою очередь являются объективным отражением особенностей работы гепатобилиарной системы в целом. Поскольку, при ДЖВП имеются выраженные нарушения моторики и тонуса жёлчевыводящих путей, нами предпринята попытка выяснения влияния данных патологических отклонений на уровень основных гемодинамических показателей в печени.

Цель исследования. Изучение особенностей внутрипечёночной гемодинамики при развитии ДЖВП у детей, страдающих СД 1 типа.

Материалы и методы. Обследовано 43 ребёнка в возрасте от 11-ти до 14-ти лет с ДЖВП на фоне СД 1 типа. Длительность основного заболевания составляла от 4-х до 5-ти лет (в среднем $4,6 \pm 1,2$ года). Все больные были в состоянии клинико-лабораторной компенсации основного заболевания. Группу сравнения составили 33 сверстника с ДЖВП без диабета. Клинические проявления ДЖВП у детей обеих групп отмечались не менее одного года, диагноз устанавливался на основании типичной клинической симптоматики в соответствии с критериями Римского консенсуса IV (2016), а также результатов проведения ультразвукового исследования жёлчного пузыря с жёлчегонным завтраком. С целью изучения печёночного кровотока на ультразвуковом сканере SONOACE 6000 СМТ фирмы MEDISON (Южная Корея) в режиме реального времени с частотой конвексного датчика 3–7 МГц с помощью спектрального доплера у всех детей устанавливали значения скоростей кровотока (максимальной скорости (V_{max}), средней скорости (V_{mean}), минимальной скорости (V_{min})) в печёночной артерии и в печёночной вене. Для получения количественных параметров кровотока рассчитывались следующие индексы: ИР (индекс резистентности), ИП (индекс пульсации) и СДИ (систолю-диастолический индекс). Статистическая обработка результатов исследования проводилась при помощи пакета прикладных программ « Statistica 6.1 ».

Результаты. ДЖВП у детей с СД 1 типа сопровождается угнетением функциональной активности печени, проявляющееся достоверным ($p < 0,05$) по сравнению со пациентами с ДЖВП без диабета снижением скоростных показателей кровотока V_{max} ($959,4 \pm 144,2$ мм/с и $1292,6 \pm 110,6$ мм/с), V_{min} ($186,2 \pm 24,1$ мм/с и $316,4 \pm 27,5$ мм/с), V_{mean} ($600,0 \pm 65,1$ мм/с и $824,8 \pm 65,1$ мм/с) при повышении индексов ИР ($0,8 \pm 0,2$ и $0,75 \pm 0,01$), ИП ($1,3 \pm 0,04$ и $1,2 \pm 0,01$), СДИ ($6,4 \pm 0,4$ и $4,3 \pm 0,1$) в печёночной артерии и увеличением указанных параметров V_{max} ($526,5 \pm 38,4$ мм/с и $186,3 \pm 8,03$ мм/с), V_{min} ($164,5 \pm 22,8$ мм/с и $57,5 \pm 2,5$ мм/с), V_{mean} ($270,5 \pm 29,4$ мм/с и $122,6 \pm 4,9$ мм/с) при уменьшении значений соответствующих индексов ИР ($0,6 \pm 0,02$ и $0,7 \pm 0,01$), ИП ($0,8 \pm 0,04$ и $0,6 \pm 0,01$), СДИ ($2,7 \pm 0,2$ и $3,3 \pm 0,1$) в портальной вене.

Выводы. Таким образом, на основании полученных данных о характере внутрипечёночной гемодинамики у детей с ДЖВП на фоне СД 1 типа следует констатировать, что для данной категории детей свойственны существенные отклонения от нормы параметров кровотока в печёночной артерии и портальной вене, что следует рассматривать как снижение функциональной активности печени в результате затруднения оттока жёлчи, обусловленные дисфункцией билиарного тракта.

ВЛИЯНИЕ ВРЕДНЫХ ПРИВЫЧЕК И СТРЕССА НА РАЗВИТИЕ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ ДИСПЕПСИИ

Алексей Евгеньевич Шкляев, Юлия Ивановна Галиханова, Даниил Дмитриевич Казарин, Ангелина Сергеевна Пантюхина, Валерий Михайлович Дударев

Ижевская государственная медицинская академия. 426034, Удмуртская Республика, г. Ижевск, ул. Коммунаров, 281

E-mail: galihanova_julia@mail.ru

Ключевые слова: функциональная диспепсия, вредные привычки, электронные сигареты, стресс, GSRS.

Введение. Функциональным расстройствам пищеварения, в том числе и функциональной диспепсии, подвержены от 30 до 40% населения планеты. Функциональная диспепсия (ФД) — симптомокомплекс функциональных нарушений, включающий в себя боли или ощущение дискомфорта в эпигастриальной области, тяжесть, чувство переполнения после еды, раннее насыщение, вздутие живота и другие признаки, при которых не удается выявить органических заболеваний. Большое значение в развитии ФД имеют вредные привычки (потребление алкоголя, курение) и алиментарные факторы (нерациональное питание, прием лекарственных средств); определенную роль также играют нервно-психические стрессы.

Цель исследования. Оценить влияние вредных привычек и стресса на развитие функциональной диспепсии.

Материалы и методы. Для достижения поставленной цели было обследовано 106 человек с ФД. Возраст участников исследования варьировал от 20 до 28 лет. Исследование проводилось на базе ФГБОУ ВО ИГМА Минздрава России. В ходе работы проводились анкетирование по специально разработанному опроснику для выявления вредных привычек у участников. Оценка выраженности гастроэнтерологических симптомов проводилась по результатам опросника GSRS, состоящего из 6 шкал: абдоминальная боль (AP), рефлюкс-синдром (RS), диспепсический синдром (IS), диарейный синдром (DS), констипационный синдром (CS) и шкала суммарного измерения. Уровень стресса оценивался по шкале психологического стресса — PSM-25. Статистическая обработка данных проводилась с помощью компьютерных программ — MS Excel, Statistica 10,0. Результаты считались достоверными при $p \leq 0,05$.

Результаты. Среди 106 обследованных с симптомами ФД вредные привычки имелись у 72,6% участников. Из 106 пациентов с ФД 34 употребляли электронные сигареты (ЭС). Стаж курения составил от 6 месяцев до 8 лет (в среднем $2,8 \pm 0,2$ лет). Большинство курящих (76,4%) употребляли никотинсодержащие ЭС. Почти половина опрошенных с ФД курили ЭС от 3 до 4 часов в сутки.

Более половины (68,9%) опрошенных хоть раз в жизни употребляли алкоголь. Предпочтительными алкогольными напитками были у 57,5% анкетированных — вино, у 54,8% — пиво, у 21,9% — виски, у 17,8% — водка, у 12,3% — коньяк, у 9,5% — мартини. Большинство респондентов (43,8%) употребляли алкоголь от 1 до 3 раз в месяц, 8,2% лиц с ФД выпивали спиртные напитки от 1 до 2 раз в неделю. Треть участников исследования употребляли как алкогольные напитки, так и ЭС.

Почти 90% опрошенных питались регулярно (от 2 до 4 раз в сутки), лишь малая часть (3,8%) пациентов с ФД питались 1 раз в сутки. 88,7% участников исследования посещают рестораны быстрого питания, из них 6,4% делают это чаще 1 раза в неделю, 52,1% — чаще 1 раза в месяц. Одна треть анкетированных употребляли раздражающие продукты питания (сухарики, чипсы, газированную воду и др.) чаще 1 раза в неделю, не употребляют данные продукты питания лишь 14,2% опрошенных с ФД. Почти 70,0% респондентов с ФД питаются сухомяткой. Повышенную массу тела имели 13,2% участников.

Одна пятая часть опрошенных ложиться спать сразу после приема пищи. 98,1% участников исследования спят менее 8 часов в сутки, из них 50,0% отмечают, что суточный сон составляет менее 6 часов. Не занимаются спортом 40,6% лиц с ФД. Результаты ответа на вопрос «Каким спортом вы занимаетесь?» распределились следующим образом: 3,8% занимаются профессиональным спортом, 25,5% ходят в тренажерный зал или бассейн, 32,1% предпочитают бег,

ходьбу, занятия на турнике, 15,1% любят спортивные игры, а также прогулки на велосипеде, катание на лыжах и коньках. Существенная часть опрошенных с ФД (38,6%) имеют повышенный уровень стресса, баллы по шкале PSM-25 варьировали от 101 до 163 баллов.

Выраженность гастроэнтерологических симптомов оценивалась по результатам опросника GSRS. Баллы по шкалам у лиц с ФД ($n=106$) распределились следующим образом: AP — $4,7 \pm 2,5$; RS — $4,5 \pm 2,3$; IS — $9,5 \pm 4,4$; DS — $4,6 \pm 2,6$; CS — $4,8 \pm 2,8$; суммарный балл — $28,2 \pm 10,5$. Были выявлены достоверные различия по шкалам AP, IS, DS и суммарному баллу у лиц с функциональными заболеваниями желудка, курящими ЭС, в сравнении с аналогичной группой некурящих пациентов (AP = $5,4 \pm 2,8$ у курящих ЭС против $4,3 \pm 2,2$ балла у некурящих ЭС, IS = $11,0 \pm 5,2$ против $8,8 \pm 3,9$ баллов, DS = $5,7 \pm 3,8$ против $4,1 \pm 2,7$ баллов, общий балл = $32,5 \pm 14,2$ против $26,2 \pm 7,5$ баллов). Статистически значимых различий выраженности клинической симптоматики у пациентов с ФД, употребляющих алкогольные напитки, имеющих нерациональное питание, не занимающихся спортом, выявлено не было. Однако выраженность гастроэнтерологических симптомов у вышеперечисленных групп опрошенных была выше, чем у аналогичных групп, ведущих здоровый образ жизни.

Заключение. Полученные результаты свидетельствуют о значительном влиянии изученных вредных привычек и повышенного уровня стресса на развитие ФД.

АДИПОКИНЫ В ПАТОГЕНЕЗЕ ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА У БОЛЬНЫХ МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

Гулчехра Рустамовна Юлдашева

Центр развития профессиональной квалификации медицинских работников. 100007, г. Ташкент, Узбекистан, ул. Паркентская, 51

E-mail: yuldashev.b2012@mail.ru

Ключевые слова: хронический панкреатит, метаболический синдром, адипокины.

Введение. Несмотря на значительные достижения в изучении изолированного патогенеза как хронического панкреатита, так и метаболического синдрома, а также инсулинорезистентности, в данной сочетанной патологии остается много белых пятен, среди которых роль и этиопатогенетическая значимость адипокинов очевидна. Также остается не достаточно изученным течение хронического панкреатита у больных с метаболическим синдромом, что представляется важным для своевременной постановки диагноза и проведения патогенетически обоснованного лечения.

Цель исследования. Изучение роли адипокинов (адипонектина, резистина, лептина) в формировании хронического панкреатита у больных с метаболическим синдромом.

Материалы и методы. В исследовании участвовали 58 человек, из них 8 мужчин и 50 женщин (в возрасте от 30 до 70 лет), средний возраст $52,2 \pm 2,7$ года. Основная группа 44 пациента с хроническим панкреатитом, из них 16 сочетанной с метаболическим синдромом. Контрольную группу составили 14 человек без проявлений хронического панкреатита и метаболических нарушений (условно-здоровые). Критериями метаболического синдрома считали окружность талии больше 102 см у мужчин и больше 88 см у женщин; артериального давления 130/85 мм рт.ст. и выше, содержание триглицерида в сыворотке крови 1,7 ммоль/л и более, ХС-ЛПВП менее 1 ммоль/л у мужчин и менее 1,3 ммоль/л у женщин, уровень глюкозы в плазме крови натощак 6,1 ммоль/л и более. Определены концентрации адипонектина (норма при ИМТ < 25 кг/м² 8,2–19,1 нг/мл; при ИМТ = 25–30 кг/м² 5,3–22,5 нг/мл); содержания лептина (норма для худощавых женщин 3,7–11,1 нг/мл); в методике Biovendor Human Resistin ELISA, а также определялась концентрация резистина (норма 4,1–12,1 нг/мл).

Результаты. У больных с хроническим панкреатитом отмечено достоверное повышение уровня лептина в сыворотке крови до значений $20,42 \pm 1,46$ нг/мл, что на 47% ($p < 0,05$) выше исходных величин у здоровых лиц. При сочетании хронического панкреатита состоянием инсулинорезистентности, наблюдается резкое повышение уровня лептина в сыворотке крови, в среднем она была равна $33,68 \pm 1,74$ нг/мл, что в 2,4 раза превысила результаты больных с хроническим панкреатитом ($p < 0,05$). Полученные результаты исследования указывают на тесную связь гиперлептинемии и инсулинорезистентности. Исходя из сдерживающего действия лептина на развитие ожирения можно полагать, что в ответ на увеличению концентрации инсулина увеличивается и продукция лептина, который по принципу отрицательной обратной связи тормозит дальнейшую продукцию и выброс инсулина, мы наблюдали в динамике инсулина у больных с хроническим панкреатитом сочетанной инсулинорезистентности.

Заключение. Таким образом, измерение концентрации лептина, адипонектина и резистина в сыворотке крови могут быть рекомендованы для включения в алгоритм обследования больных с хроническим панкреатитом сочетанной состоянием инсулинорезистентности и могут служить дополнительными маркерами этого состояния.

ГЕНО-ИНЖЕНЕРНАЯ БИОЛОГИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ, ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ КИШЕЧНИКА И СПОНДИЛОАРТРИТЫ — АССОЦИИ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ОТВЕТА

Айнур Акиф Кзы Юсубова¹, Элина Михайловна Петрова¹, Ольга Александровна Аксенова¹, Наталья Сергеевна Игнатова¹, Максим Валерьянович Рудницкий¹, Анастасия Александровна Шевлякова¹, Наталья Борисовна Еловских¹, Татьяна Константиновна Селезнева¹, Марина Александровна Шакурова¹, Ольга Андреевна Богданова¹, Хумар Мирзабалаевна Нагиева¹, Наталья Олеговна Щанова¹, Людмила Васильевна Прохорова^{1,2}, Ольга Вячеславовна Теплякова^{1,2}

¹Общество с ограниченной ответственностью «Медицинское объединение «НОВАЯ БОЛЬНИЦА», 620109, г. Екатеринбург, ул. Заводская, д. 29

²Уральский государственный медицинский университет, 620028, г. Екатеринбург, ул. Репина, д. 3

E-mail: aayusubova93@bk.ru

Ключевые слова: генно-инженерная терапия, воспалительные заболевания кишечника, артропатии.

Введение. Воспалительные заболевания кишечника (ВЗК) могут сопровождаться внекишечными поражениями, включая развитие аксиального и периферического спондилоартрита. Одно из современных терапевтических направлений — применение генно-инженерных биологических препаратов (ГИБП). Показаниями для назначения группы анти-ФНО (инфликсимаб, адалимумаб, цертолизумаб) являются как ВЗК, резистентные к стандартной терапии, так и спондилоартрит, а для анти-ИЛ-12/23 (устекинумаб) — ВЗК и одна из форм спондилоартритов — псориатический артрит, что обусловлено наличием у этих заболеваний общих патогенетических механизмов. Однако взаимосвязь эффективности ГИБП в отношении кишечных и суставных проявлений ВЗК требует дальнейшего уточнения.

Цель исследования. Оценить эффективность терапии с применением ГИБП у пациентов с ВЗК в отношении суставных проявлений язвенного колита (ЯК) и болезни Крона (БК) в зависимости от выраженности ответа основных симптомов ВЗК.

Материал и методы. Работа проведена на базе гастроэнтерологического отделения МО «НОВАЯ БОЛЬНИЦА», г. Екатеринбург. Проведен анализ историй болезней 131 пациента (55 пациентов с ЯК и 76 пациентов с БК), со среднетяжелым и тяжелым течением заболевания, резистентным к стандартной терапии. Все пациенты получали генно-инженерную биологическую терапию (ГИБТ) препаратами: инфликсимаб, адалимумаб, цертолизумаб, устекинумаб. Средний возраст пациентов — 39,9 лет (от 18 до 75 лет). У 39 пациентов (29,8%) отмечались внекишечные проявления в виде артропатий (кодировка по МКБ-10: M07.4 и M07.5), в том числе у 17 человек (43%) — аксиальная артропатия, у 10 человек (26%) — периферическая артропатия и у 12 человек (31%) — смешанная форма артропатии (аксиальная и периферическая). Группа с БК составила 24 человека (61%): 18 женщин и 6 мужчин. Группа с ЯК — 15 человек (38%): 10 женщин и 5 мужчин.

Тяжесть заболевания определялась по индексам Мейо (для ЯК) и Беста (для БК). Критериями клинического ответа при ЯК было снижение индексов частоты дефекаций и крови в стуле более чем на 30%, при БК — снижение индекса активности БК (ИАБК) более чем на 100 баллов. Критериями достижения клинической ремиссии у пациентов с ЯК были исчезновение типичных симптомов заболевания, у пациентов с БК — снижение ИАБК < 150 баллов. Критериями клинико-эндоскопической ремиссии при ЯК — сочетание признаков клинической ремиссии и значения эндоскопической шкалы Мейо 0–1, при БК — сочетание признаков клинической ремиссии и значения упрощенного эндоскопического индекса тяжести БК < 3 баллов. Активность артропатий оценивалась по индексам ASDAS (для аксиального поражения), критерии активности, предложенные для псориатического артрита, были использованы для оценки периферической артропатии.

Результаты. При оценке эффективности ГИБТ из пациентов с ВЗК, имеющих внекишечные проявления в виде артропатий, были сформированы 4 группы: 1) пациенты, достигшие клинической ремиссии по ВЗК — 15 человек (38,5%); 2) пациенты, достигшие клинико-эн-

доскопической ремиссии по ВЗК — 14 человек (35,9%); 3) пациенты с клиническим ответом по течению ВЗК на ГИБТ (первые 1–2 месяца от начала лечения); 4) пациенты, не ответившие на проводимую ГИБТ (впоследствии были переведены на другие ГИБП). Общее количество пациентов 3 и 4 группы составило 10 человек (25,6%).

Ремиссия по суставному синдрому была достигнута в 1-й группе у 13 (86,7%) человек, во 2-й группе у 12 (85,7%) человек. У пациентов 3-й и 4-й групп не было отмечено значимой положительной динамики суставных проявлений.

Заключение. Выявленное соответствие между ответом кишечных и внекишечных проявлений ВЗК на ГИБТ, с одной стороны, служит дополнительным подтверждением общности их патогенетических механизмов и сопоставимой чувствительности к эффектам ГИБП. В то же время, полученные данные позволяют предположить, что иммунное воспаление кишечной стенки с нарушением ее функций является важным механизмом патогенеза суставных проявлений. Это, в частности, может свидетельствовать о целесообразности проведения обследования с целью исключения ВЗК в случае сохраняющейся на фоне ГИБТ активности первично диагностированных спондилоартритов.

ПРИМЕНЕНИЕ АЛЬФА-ГЛУТАМИЛ-ТРИПТОФАНА ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ ПОСТЭРАДИКАЦИОННОГО ГАСТРИТА

Юрий Павлович Успенский^{1,2}, Наталья Владимировна Барышникова^{1,2,3},
Юлия Александровна Фоминых^{1,2}, Алексей Александрович Краснов⁴,
Сергей Викторович Петленко⁵, Вера Анатольевна Апрятина⁶

¹Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет. 194100, Санкт-Петербург, ул. Литовская, д. 2

²Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова. 197022, Санкт-Петербург, ул. Льва Толстого, д. 6–8

³Институт экспериментальной медицины, 190000, Санкт-Петербург, ул. Академика Павлова, 12А

⁴Российский государственный педагогический университет им. А.И. Герцена, 191186, Санкт-Петербург, наб. реки Мойки, д.48

⁵Научно-клинический центр токсикологии им. акад. С.Н. Голикова, 192019, Россия, Санкт-Петербург, ул.Бехтерева, д. 1

⁶Институт трансляционной биомедицины, Санкт-Петербургский государственный университет, 199034, Санкт-Петербург, Университетская набережная, д. 7–9

E-mail: baryshnikova_nv@mail.ru

Ключевые слова: хронический атрофический гастрит, *Helicobacter pylori*, альфа-глутамил-триптофан, Регастим Гастро, гистологическое исследование, морфологическое исследование, воспаление, атрофия, желудок.

Введение. Период после проведения стандартной антихеликобактерной терапии отличается вариабельностью течения. В одних случаях успешная эрадикация возбудителя приводит к исчезновению воспаления в слизистой оболочке желудка и купированию жалоб, в других — к сохранению морфологических признаков гастрита и симптомов диспепсии. После лечения выраженность признаков хронического воспаления в слизистой оболочке желудка у больных атрофическим гастритом регрессирует медленнее, а у части пациентов развивается так называемый «постэрадикационный» гастрит, который может быть связан с изменением микробиоты желудка. Так, по данным Кононова А.В. и соавт. (2011), через год после проведения стандартной эрадикационной терапии полная редукция воспалительных изменений слизистой оболочки желудка при гистологическом исследовании гастробиоптатов отмечена лишь у 13,2% пролеченных, у остальных пациентов отмечается сохранение воспалительных изменений в различной степени выраженности и распространенности. В связи с этим крайне важно включать в схемы комплексной терапии больных хроническим атрофическим гастритом, ассоциированным с *H. pylori* средства с мощным регенераторным и противовоспалительным эффектом.

Цель исследования. оценка эффективности альфа-глутамил-триптофана (Регастим Гастро) в купировании воспалительной реакции в слизистой оболочке желудка (СОЖ) у больных хроническим *H. pylori*-ассоциированным атрофическим гастритом (ХАГ) после успешной эрадикации инфекции.

Материалы и методы. В рамках двойного слепого плацебо-контролируемого рандомизированного исследования обследовано 116 пациентов в возрасте 40–76 лет (средний возраст 58,1 ± 0,8) с диагнозом ХАГ, подтвержденным эндоскопическим, гистологическим исследованием, данными рН-метрии о наличии гипоацидного состояния (рН более 5,0). Пациенты были рандомизированы в 2 группы в соотношении 1:1 (по 58 пациентов). После проведения стандартной тройной эрадикационной терапии основная группа больных получала альфа-глутамил-триптофан внутрь 2 раза в день в течение 28 дней (утром за 30 минут до еды и на ночь); группа сравнения — плацебо по аналогичной схеме. Всем пациентам выполнялась фиброгастроуденоскопия (ФГДС) с взятием биоптатов СОЖ из зоны атрофии; гистологическое (морфологическое) исследование биоптатов с определением количества желез на 1 мм² СОЖ, количества нейтрофильных гранулоцитов, эозинофильных гранулоцитов, макрофагов, лимфоцитов, плазмоцитов на 1 мм² СОЖ. Заключение ФГДС были структурированы в форме стандартизированной шкалы, включавшей

оценку критериев в баллах (от 0 до 3): толщина складок, гиперемия, отек СОЖ, наличие признаков атрофии, метаплазии; выраженность эрозивного процесса. Сумма баллов по всем критериям использовалась для оценки динамики воспалительного процесса: положительная динамика; отсутствие динамики; патологический процесс прогрессирует. Результаты эндоскопического исследования сопоставлялись с данными морфометрии (количество клеток воспалительного пула на 1 мм² СОЖ).

Проводилось сравнение данных в каждой группе до и после лечения, а также между группами пациентов, получавших исследуемый препарат и плацебо, до и после приема альфа-глутамил-триптофана. Статистическая обработка результатов проводилась с применением пакета прикладных программ Statistica 12.

Результаты. После применения альфа-глутамил-триптофана курсом 28 дней, по сравнению с плацебо, по результатам гистологического исследования статистически значимо увеличилось количество желез на 1 мм² СОЖ на 26,1% ($p=0,027944$); снижалось количество клеток воспалительной инфильтрации на 1 мм² СОЖ: эозинофильных гранулоцитов — на 66,7% ($p=0,002395$), нейтрофильных лейкоцитов — на 100% ($p=0,000122$), макрофагов — на 100% ($p=0,002034$), лимфоцитов — на 28,2% ($p=0,004872$), плазмоцитов — на 29,6% ($p=0,015361$). По данным ФГДС, на фоне терапии в группе исследования было выявлено статистически значимое снижение выраженности отека слизистой оболочки желудка ($p=0,008$), общей совокупности признаков острого воспалительного процесса ($p=0,006$), снижение доли исходов с негативной динамикой воспалительного процесса ($p=0,038$). Выявлены статистически значимые ($p<0,05$) корреляции между ФГДС-показателями воспаления и количеством нейтрофильных, эозинофильных гранулоцитов, макрофагов и лимфоцитов на 1 мм².

Заключение. Альфа-глутамил-триптофан способствует значимому уменьшению выраженности воспалительного процесса у больных ХАГ согласно оценке результатов ФГДС и морфометрии, а также обладает регенераторным эффектом. В контексте полученных данных назначение данного препарата можно рассматривать как способ профилактики постэрадикационного гастрита и повышения эффективности лечения этой категории больных.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ТЯЖЕЛОГО ПСЕВДОМЕМБРАНОЗНОГО КОЛИТА: ПРИЗЫВ К АКТИВНОМУ ТЕСТИРОВАНИЮ У ПАЦИЕНТОВ ИЗ ГРУППЫ ВЫСОКОГО РИСКА

*Дария Владимировна Бойкова, Наталья Николаевна Власенко,
Мария Евгеньевна Жарова, Мадинат Арслановна Идрисова,
Мария Петровна Космина, Джамалия Джамалудиновна Магомедова,
Фатима Батыровна Амрахова, Рамазан Максудович Габидуллаев*

Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н.И. Пирогова. 119021, Москва, ул. Островитянова, 1

E-mail: zharowa.mariya@yandex.ru

Ключевые слова: антибиотикоассоциированные осложнения, псевдомембранозный колит, клостридиальная инфекция, воспалительные заболевания кишечника.

Введение: Псевдомембранозный колит представляет серьезную проблему особенно у пациентов из группы риска.

Цель исследования: описать клинический случай псевдомембранозного колита у пациента с вторичным иммунодефицитом, подчеркнуть необходимость повышения бдительности среди врачей различных специальностей при ведении пациентов с диарейным синдромом.

Материалы и методы: Проведен анализ клинического случая. У пациентки 52-лет с системным псориазом в анамнезе и длительной гормональной терапией развился диарейный синдром через две недели после антибиотикотерапии. Пациентка была госпитализирована в стационар по месту жительства, где ей был выставлен диагноз кишечной инфекции, тестирование на клостридиальную инфекцию не проводилось. После полученной симптоматической терапии пациентка выписана, с некоторым улучшением состояния. Через сутки диарейный синдром рецидивировал. Однако пациентка от повторных госпитализаций отказывалась. В течение 30 дней нахождения дома и применения только симптоматической терапии у пациентки наблюдалось нарастание слабости и диспепсического синдрома, диарея сохранялась до 20 раз в сутки, что послужило поводом к ее экстренной госпитализации в гастроэнтерологическое отделение ФГБУ «ЦКБ с поликлиникой» УДП. При поступлении ее состояние рассмотрено как среднетяжелое с выраженной белково-энергетической недостаточностью, электролитными нарушениями и дегидратацией 2 степени. В ходе дифференциально-диагностического поиска выставлен диагноз: псевдомембранозный колит тяжелого течения. Начата таргетная антибактериальная, симптоматические и патогенетическая терапия, на фоне которой отмечалась положительная динамика. Однако ввиду выраженного истощения и транслокации микробиоты отмечалось развитие сепсиса, что продлило пребывание пациентке в стационаре. После проведения комплекса лечебных и реабилитационных мероприятий пациентка выписана домой в удовлетворительном состоянии.

Заключение: Этот клинический случай подчеркивает важность рутинного тестирования на клостридиальную инфекцию у пациентов с диарейным синдромом и факторами риска, что в некоторых случаях может предотвратить развитие жизнеугрожающих осложнений и сократить сроки госпитализации.

НОВЫЕ ПОДХОДЫ К ОЦЕНКЕ РИСКОВ, СВЯЗАННЫХ С ПИТАНИЕМ, У СОВРЕМЕННОЙ МОЛОДЕЖИ

Екатерина Владимировна Булычева

Оренбургский государственный медицинский университет. 460000, Оренбург, ул. Советская, д. 6

E-mail: e.v.bulycheva@orgma.ru

Ключевые слова: индекс здорового питания, молодежь.

Введение. Общеизвестно, что заболевания органов пищеварения, а также их прогрессирование во многом зависит от фактора питания. Для оценки питания обычно используются методы фактического питания. Традиционное представление результатов исследования этими методами в форме среднесуточных величин потребления энергии и пищевых веществ и продуктов затрудняют общую оценку рационального питания, состоящих более чем из 10 показателей только по перечню нутриентов, а при анализе структуры продуктового набора число параметров может достигать сотни (Мартинчик А.Н., 2019). В связи с этим приобретает свою актуальность оценка фактического питания путём расчёта индекса здорового питания (Healthy Eating Index), США (Guenther P.M., Casavale K.O., Reedy J., et al., 2016; Panizza C.E., Shvetsov Y.B., Harmon B.E., et al., 2018). Этот индекс представляет собой меру здорового питания и позволяет учесть при анализе рационов питания тот факт, что потребление пищевых продуктов, характеризуется гораздо большей гетерогенностью, чем потребление пищевых веществ (Мартинчик А.Н., 2019), а большой спектр пищевых факторов играет роль в развитии алиментарно-зависимых хронических неинфекционных заболеваний современного человека, комбинации факторов имеют различную ассоциативную связь и воздействие на их развитие.

Материалы и методы. Индексы здорового питания (ИЗП) — конструкция HEI-2015 (Healthy Eating Index), США (Guenther P.M., Casavale K.O., Reedy J., et al., 2016; Panizza C.E., Shvetsov Y.B., Harmon B.E., et al., 2018), как инструмент интегральной оценки рациона питания (Мартинчик А.Н., 2019), были рассчитаны для каждого студента на основании 9 индикаторов адекватности продуктового потребления — потребления фруктов, общее количество (1), фрукты в натуральном виде (2), овощи, общее количество (3), зелень и бобовые (4), продукты из цельного зерна (5), молочные продукты (6), белоксодержащие продукты (7), морепродукты и растительные белки (8), соотношение жирных кислот (Полиненасыщенные жирные кислоты + МНЖК/НЖК (9); и 4 индикаторов ограничения потребления — рафинированные зерновые продукты (1), натрия (2), сахара добавленные (3), ненасыщенные жирные кислоты (4). Распределение величин потребления каждого компонента оценивали от 0 до 10 баллов и путём последующего суммирования рассчитывали интегральный ИЗП (от 0 до 100 баллов). Рацион питания более 80 баллов считался «хорошим», 51–80 баллов — «удовлетворительным», меньше 51 балла — «плохим». Индексы здорового питания рассчитывались среди 680 молодых лиц в возрасте 21–23 лет, обучающихся в медицинском вузе.

Результаты. Установлено, что индекс здорового питания был удовлетворительным и составлял у девушек $53,3 \pm 10,8$ баллов, у юношей $63,1 \pm 11,2$ баллов. Из перечня индикаторов адекватности продуктового набора у девушек и юношей балльная оценка достоверно отличалась и составляла по фруктам (общее количество) $4,5 \pm 1,1$ баллов и $2,9 \pm 0,9$ баллов; по фруктам в натуральном виде $5,1 \pm 0,08$ баллов и $0,1 \pm 0,09$ баллов; по овощам (общее количество) $2,7 \pm 0,11$ баллов и $5,5 \pm 0,18$ баллов; по зелени и бобовым $1,5 \pm 0,12$ баллов и $2,9 \pm 0,15$ баллов; по продуктам из цельного зерна $6,9 \pm 0,09$ баллов и $4,9 \pm 0,10$ баллов; по молочным продуктам $4,4 \pm 0,05$ баллов и $9,2 \pm 0,13$ баллов; по белковосодержащим продуктам $2,7 \pm 0,02$ баллов и $4,7 \pm 0,04$ баллов; по морепродуктам и растительным белкам $0,4 \pm 0,01$ баллов и $1,4 \pm 0,01$ баллов; по жирным кислотам $2,2 \pm 0,05$ баллов и $8,4 \pm 0,03$ баллов. Из перечня индикаторов ограничения потребления у девушек и юношей балльная оценка также достоверно отличалась и составляла по рафинированным зерновым продуктам $6,6 \pm 0,18$ баллов и $4,8 \pm 1,10$ баллов; по натрию (соль) $3,1 \pm 0,91$ баллов и $9,1 \pm 1,12$ баллов по добавленным сахарам $8,5 \pm 1,05$ баллов и $4,5 \pm 0,97$ баллов; по насыщенным жирным кислотам $6,9 \pm 1,14$ баллов и $1,7 \pm 1,01$ баллов.

Заключение. Описанный прием оценки фактического питания по индексу здорового питания в научных исследованиях только набирает популярность. Т.В. Мажаевой и А.Н. Варакасиным (2019) определено, что в отечественной практике оценка питания с точки зрения адекватности и полноценности не имеет единства в методологическом подходе и требует более широкого применения методик балльной оценки фактического питания населения, о чем также ранее писал А.Н. Мартинчик (2019).

ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ ПОДРОСТКОВ ОРЕНБУРГСКОЙ ОБЛАСТИ БОЛЕЗНЯМИ ОРГАНОВ ПИЩЕВАРЕНИЯ

Екатерина Владимировна Булычева

Оренбургский государственный медицинский университет. 460000, Оренбург, ул. Советская, д. 6

E-mail: e.v.bulycheva@orgma.ru

Ключевые слова: заболеваемость, болезни органов пищеварения, подростки.

Введение. Заболевания органов пищеварения являются одними из распространенных в детской популяции — начинаясь еще в дошкольном возрасте, они достигают своего пика в 13–17 лет у юношей и в 12–16 лет у девушек (Радченко О.Р., 2022). При этом снижается качество жизни детей и их родителей, но скрытая опасность заключается в том, что некоторые из них, вызывая осложнения приводят к инвалидизации. В этой связи важно проводить постоянное мониторинговое наблюдение показателей заболеваемости, изучение особенностей состояния здоровья детей различного возраста, в том числе и результатов профилактических медицинских осмотров для того, чтобы иметь возможность своевременного внедрения лечебных и профилактических мероприятий.

Материалы и методы. Анализ состояния здоровья подростков в возрасте 15–17 лет проведен на основании выкопировки данных заболеваемости детей и подростков статистической учетной формы 12 «Сведения о числе заболеваний, зарегистрированных у пациентов, проживающих в районе обслуживания медицинской организации» за 2021 год. Для расчёта относительных показателей заболеваемости на 1000 подростков 15–17 лет использовались медико-демографические показатели статистического сборника «Медико-демографические показатели». Статистические данные проанализированы с помощью прикладных программ Statistica 6.0 и Microsoft Excel 2007.

Результаты. Установлено, что в структуре общей заболеваемости подростков Оренбургской области в возрасте 15–17 лет заболевания органов пищеварения занимают 7-ое место, это же место занимают эти заболевания среди девушек, тогда как у юношей ранг ниже — 10-ое место. Наиболее распространенными являются гастриты и дуодениты (K29) как среди девушек (67,5%), так и среди юношей (56,9%); второе ранговое место у девушек занимают болезни поджелудочной железы (K85-K86) — 10,4%, а у юношей — другие болезни кишечника (K55-K63) — 24,36%. Третье ранговое место у девушек занимали другие болезни кишечника (K55-K63) — 8,22%, а у юношей грыжи (K40-K46) — 6,0%. На четвертом месте как у девушек (5,6%), так и у юношей (5,8%) были болезни желчного пузыря, желчевыводящих путей (K80–83). Пятое место у девушек занимали болезни печени (K70-K76) — 4,2%; а у юношей — неинфекционные энтериты и колиты (K50-K52) — 2,6%.

Заключение. Полученные результаты проведенного исследования позволяют определить приоритеты в разработке профилактических и лечебно-оздоровительных технологий и программ при работе с подростками, имеющими заболевания органов пищеварения.

СОПРЯЖЕННОСТЬ ТЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА С ПОЛИМОРФИЗМОМ ГЕНА *VEGF* (C2578A)

Алексей Петрович Власов¹, Шейх-Ахмед Саад Аль-Кубайси¹,
Макар Юрьевич Хачатуров¹, Татьяна Николаевна Кумакишева¹,
Кристина Михайловна Синявина², Алексей Алексеевич Абрамов¹

¹ Национальный исследовательский Мордовский государственный университет им. Н.П. Огарева. 430005, г. Саранск, ул. Большевикская, 68.

² Пензенский государственный университет. 440026, г. Пенза, ул. Красная, 40

E-mail: var.61@yandex.ru

Ключевые слова: панкреатит, *VEGF* (C2578A), токсемия, липопереокисление, микроциркуляция.

Введение. В настоящее время в абдоминальной хирургии сохраняются определенные сложности в лечении острого панкреатита (ОП). Это обусловлено особенностями патогенетического процесса при панкреатите, что определяет необходимость в подробном изучении механизмов развития заболевания, которые вносят основной вклад в его динамику. Внедрение молекулярной генетики в медицинскую практику привело к существенному прогрессу и изменило представления об патогенезе патологий, возможности их диагностики и лечения.

Цель исследования. Установить сопряженность течения острого панкреатита с полиморфизмом гена *VEGF* (C2578A) (фактор роста эндотелия сосудов).

Материалы и методы. В работе обследованы 40 больных ОП, которые по тяжести разделены на 2 группы: первая (n=20) — с легкой; вторая (n=20) — тяжелая степень. Средний возраст составил 55,1 ± 5,7 лет. Мужской пол составил 25 (62,5%), женский — 15 (37,5%). Для установления референсных значений обследованы 40 здоровых людей.

Критерии включения: персональное согласие; возраст от 22 до 70 лет; легкие сопутствующие патологии; длительность ОП > 3 сутки.

Критерии исключения: срок заболевания < 3 сутки; тяжелые сопутствующие заболевания.

При поступлении в клинику проведена оценка реакций липопериокисления (МДА — малоновый диальдегид, ДК — диеновые конъюгаты), токсемии (МСМ — молекул средней массы 254 нм, ИТ — индекса токсичности), микроциркуляции (ИЭМ — индекс эффективности микроциркуляции, ПМ — показатель микроциркуляции). Молекулярное исследование гена *VEGF* (C2578A) выполнено методом ПЦР. Степень тяжести ОП определена по АРАСН II. Этапы исследования — 1, 3 и 7-е сутки.

Полученные результаты обработаны при помощи программ «Statistica 13.3 Trial» (критерии Стьюдента, Манна-Уитни).

Результаты. Исследование показало развитие токсемии у больных острым панкреатитом. В первой группе зарегистрировано увлечение МСМ и ИТ относительно нормы на 1 и 3-е сутки на 26,4 и 15,7, 36,4 и 19,4% (p < 0,05) соответственно. На 7-е сутки значения показателей приближались к норме. Во второй группе уровень этих показателей был выше референсного уровня на 1-е сутки на 31,5 и 40,8%, на 3-и — на 28,7 и 37,4% (p < 0,05), на 7-е сутки — на 16,5 и 19,1% (p < 0,05) соответственно.

Ранний период ОП характеризовался окислительным стрессом. У пациентов группы сравнения плазменное содержание диеновых конъюгатов и малонового диальдегида превосходило референсный уровень на 1-е сутки на 36,7 и 48,3% (p < 0,05), на 3-е — на 20,1 и 30,7% (p < 0,05) соответственно. У больных второй группы уровень МДА и ДК превышало норму на всех этапах на 64,7 и 95,7, 49,7 и 77,1, 21,4 и 38,7% (p < 0,05) соответственно.

При изучении параметров микроциркуляции в первой группе (с легкой степенью ОП) обнаружено, что величины показателя микроциркуляции и индекса эффективности микроциркуляции были понижены относительно нормы на первом этапе на 15,7 и 17,4% (p < 0,05), на втором — на 12,5 и 14,3% (p < 0,05) соответственно. К 7-м суткам значение этих параметров вплотную приближались к норме. В основной группе (с тяжелой формой ОП) ПМ и ИЭМ были

снижены на всех этапах исследования на 22,8– 27,6 и 25,7– 37,9% ($p < 0,05$). Одним из важнейших факторов Следует заметить результаты генетического анализа. Выявлено, что частота генотипов (*CC*, *CA*, *AA*) в группе сравнения составила — 12 (60,0%), 6 (30,0%) и 2 (10,0%) ($\chi^2 = 4,21$, $p = 0,14$, $OR = 1,32$ (0,26–4,6)). В основной группе количество данных генотипов было — 3 (15,0%), 9 (45,0%), 8 (40,0%) ($\chi^2 = 14,7$, $p = 0,001$, $OR = 50,2$ (7,8–115,4)) соответственно. Необходимо подчеркнуть, что результаты молекулярного исследования показали наличие достоверной сильной корреляционной связи мутантного генотипа *A2578A* гена *VEGF* с стойкими отклонениями системы гомеостаза. У пациентов с генотипом *A2578A* зарегистрированы наибольшие необратимые изменения, которые превышали таковые пациентов с генотипами *C2578C* и *C2578A* на всех этапах исследования: содержание МСМ и ИТ — было больше на 15,4–18,7 и 17,6–20,1% ($p < 0,05$), ДК и МДА — на 16,5–18,1 и 22,7– 24,6% ($p < 0,01$), величина ПМ и ИЭМ — меньше на 14,2–16,7 и 15,9 — 19,7% ($p < 0,01$).

Заключение. В начальные сроки ОП явления эндотоксикоза, интенсификация процессов липопериокисления, нарушения микроциркуляции сопряжены с тяжестью: более стойкие и продолжительные при тяжелой форме заболевания. Продемонстрировано, что генетическая изменчивость гена *VEGF* (*C2578A*) вносит весомую значимость в патогенез ОП. Наиболее высокая частота мутантного генотипа (*AA*) была выявлена у больных, имеющих более выраженные отклонения гомеостатических показателей.

ДВУХУРОВНЕВАЯ ОЦЕНКА ВИТАМИННОГО СТАТУСА ПАЦИЕНТОВ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА

Оксана Александровна Вржесинская, Вера Митрофановна Коденцова, Ольга Васильевна Кошелева, Нина Алексеевна Бекетова, Светлана Николаевна Леоненко, Владимир Иванович Пилипенко, Хайдерь Хамзярович Шарафетдинов

Федеральный исследовательский центр питания, биотехнологии и безопасности пищи, 109240, Москва, Устьинский пр., д. 2/14

E-mail: vr.oksana@yandex.ru

Ключевые слова: витамины, дефицит витаминов, оптимальная обеспеченность, заболевания желудочно-кишечного тракта, полигиповитаминоз, синдром раздраженного кишечника, сыворотка крови.

Введение. При заболеваниях желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) недостаток витаминов часто обусловлен уменьшением их поступления с пищей в результате нарушения ассимиляции при хроническом панкреатите и воспалительных заболеваниях кишечника. Еще одной причиной развития дефицита витаминов является использование редуцированных щадящих диет с низким содержанием витаминов или включение в рацион пищевых волокон, обладающих сорбционными свойствами по отношению к витаминам. Одним из факторов, ухудшающих обеспеченность витаминами, является прием лекарственных средств. Недостаток витаминов в питании является фактором риска развития многих заболеваний ЖКТ, а заболевания могут служить причиной дефицита этих микронутриентов. Данные по фактической обеспеченности витаминами пациентов с заболеваниями ЖКТ необходимы для разработки мер по ее улучшению.

Цель исследования — оценить обеспеченность витаминами С, А, Е, В₂ и β-каротином пациентов с ЖКТ, поступивших на лечение в клинику лечебного питания, относительно критериев достаточной и оптимальной обеспеченности.

Материалы и методы. Одномоментное исследование содержания витаминов С, А, Е, В₂ и β-каротина в сыворотке крови, а также их соотношения у 29 пациентов (10 мужчин и 19 женщин в возрасте 22–80 лет) с заболеваниями ЖКТ, поступивших на лечение в клинику лечебного питания, было выполнено в весенне-летний период в соответствии со стандартами надлежащей клинической практики (Good Clinical Practice). Протокол исследования был одобрен комитетом по этике ФИЦ питания и биотехнологии, от всех участников обследования было получено письменное информированное согласие. Первую группу обследованных составили 14 (48,3%) пациентов с синдромом раздраженного кишечника (СРК), в т.ч. 9 женщин и 5 мужчин. Во вторую группу вошли 10 женщин и 5 мужчин, из них 7 (24,1%) пациентов с хроническим панкреатитом, 2 (6,9%) — с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью, 3 (10,3%) — с синдромом оперированного желудка, 1 (3,4%) — с воспалительными заболеваниями кишечника, 1 (3,4%) — с язвенной болезнью 12-перстной кишки, 1 (3,4%) — с синдромом короткой кишки. Критериями исключения были возраст моложе 20 и старше 80 лет, наличие ВИЧ-инфекции, вирусного гепатита В или С, гриппа, аллергических заболеваний. Концентрацию витаминов А (ретинола) и Е (α-токоферол), β-каротина определяли с помощью обращенно-фазовой ВЭЖХ, витамина В₂ (рибофлавина) — флуориметрически титрованием рибофлавинсвязывающим апобелком, аскорбиновой кислоты — визуальным титрованием реактивом Тильманса. Лиц с показателями, не достигающими нижней границы нормы (для витамина А — 30 мкг/дл, токоферолов — 0,8 мг/дл, рибофлавина — 5 нг/мл, аскорбиновой кислоты — 0,4 мг/дл, β-каротина — ≥ 10 мкг/дл) считали недостаточно обеспеченными витамином. В качестве критериев оптимальной обеспеченности витаминами использовали следующие величины: для α-токоферола концентрация ≥ 1,3 мг/дл, аскорбиновой кислоты — ≥ 0,9 мг/дл, при молярном соотношении витамин С/витамин Е (С/Е) > 1,5, для β-каротина — концентрацию ≥ 20 мкг/дл, рибофлавина — 10 нг/мл.

Результаты. Принципиальных отличий по обеспеченности витаминами С, А, Е, В₂ и β-каротином пациентов с СРК и другими заболеваниями ЖКТ выявлено не было. Недостаток ви-

тамина С был выявлен у каждого пятого пациента, а более чем у половины всех обследованных пациентов (58,6%) концентрация аскорбиновой кислоты в сыворотке крови не достигала оптимального уровня. Сниженный уровень ретинола у пациентов не обнаруживался, однако у каждого пятого его концентрация не достигала оптимума. У трети обследованных был выявлен недостаток витаминов В₂, Е и β-каротина, при этом неоптимальный уровень этих микронутриентов обнаруживался соответственно у 89,7%, 82,8% и 58,6% пациентов. Следует отметить, что у 1 пациента с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью был отмечен выраженный дефицит витамина Е (<0,5 мг/дл).

Характерными чертами витаминного статуса пациентов обеих групп были отсутствие лиц, синхронно оптимально обеспеченных всеми витаминами, и достаточно высокая частота встречаемости (27,6%) сочетанной недостаточности 3 витаминов и β-каротина (полигиповитаминоз).

Лишь по 2 человека в каждой группе пациентов были оптимально обеспечены витаминами С и Е при оценке с использованием 3 показателей (абсолютная концентрация витаминов С, Е и их молярное соотношение), причем только трое из них были оптимально обеспечены и β-каротином. Адекватно обеспечены всеми исследованными витаминами оказались по 4 пациента из каждой группы. Сочетанный дефицит 3 микронутриентов (любых двух витаминов и β-каротина) был обнаружен у двух пациентов; 2 витаминов или какого-либо витамина и β-каротина — у 24,1% обследованных.

В данном исследовании обеспеченность пациентов с ЖКТ витамином D не оценивали, но известно, что его дефицит — частое явление при различных заболеваниях, в том числе при СРК, из чего можно предположить, что выявленный у больных недостаток 2 витаминов имеет место на фоне дефицита витамина D.

Заключение. Среди пациентов с ЖКТ не оказалось ни одного человека, одновременно оптимально обеспеченного витаминами В₂, Е, С и А и β-каротином. Витаминная саплементация может быть эффективным, индивидуализированным компонентом терапии пациентов с ЖКТ. Необходима целенаправленная разработка содержащих эффективные дозы многокомпонентных витаминных комплексов для пациентов с ЖКТ.

АКТУАЛЬНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ ИМПОРТОЗАМЕЩЕНИЯ ДЛЯ МАЛОИНВАЗИВНОЙ ГАСТРОСТОМИИ

Максим Владимирович Гавшук^{1,2}

¹ Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет. 194100, Санкт-Петербург, ул. Литовская, д. 2

² Городская больница № 26. 196247, Санкт-Петербург, ул. Костюшко, 2

E-mail: gavshuk@mail.ru

Ключевые слова: малоинвазивная гастростомия, энтеральное питание, импортозамещение, паллиативная помощь.

Введение. Жизненно важным компонентом паллиативной медицинской помощи при длительной дисфагии тяжелой степени у неизлечимых больных является организация адекватного питания. Золотым стандартом хирургического вмешательства для обеспечения энтерального питания является пункционная гастростомия под контролем фиброгастроскопии или рентгеноскопии, которая требует применения одноразовых наборов для установки иностранного производства и может оказаться недоступной. Проблема импортозамещения для малоинвазивной гастростомии изучена в рамках диссертационной научно-исследовательской работы, предложены варианты ее решения.

Цель исследования — представить разработанные актуальные технологии импортозамещения для малоинвазивной гастростомии.

Материалы и методы. В основу работы легли результаты обзора литературы и собственный клинический опыт формирования питательных свищей у паллиативных больных. Экспериментальная часть работы выполнена на лабораторных животных в экспериментальной операционной кафедры оперативной хирургии и топографической анатомии имени проф. Ф.И. Валькера. Клиническая часть исследования проведена в Городской больнице №26, где расположена база Санкт-Петербургского государственного педиатрического медицинского университета. Исследование одобрено Этическим комитетом университета и проведено с соблюдением всех необходимых требований.

Результаты. Очевидной технологией импортозамещения является отечественное производство необходимых расходных материалов. Разработаны и опробованы в эксперименте на животных оригинальные приспособления для чрескожной пункционной гастростомии под контролем фиброгастроскопии: приспособление для проведения гастростомической трубки через переднюю брюшную стенку (патент RU 2669483 C1); приспособление наружной фиксации трубки в просвете искусственных свищей желудка и тонкой кишки для питания и декомпрессии, препятствующем перемещению трубки в просвет полого органа через свищ (патент RU 2759574 C1). Разработана и проводится доработка универсальной гастростомической трубки — приспособление для формирования внутреннего каркаса искусственных свищей желудка и тонкой кишки для питания и декомпрессии (патент RU 2730978 C1). В совокупности эти изделия являются необходимыми расходными материалами для пункционной гастростомии под контролем фиброгастроскопии.

Однако запуск отечественного производства расходных материалов для пункционной гастростомии требует времени и ресурсов, а пока сохраняющийся импорт иностранных изделий тормозит процесс. Кроме того, экономически более выгодна разработка альтернативных технологий малоинвазивного формирования питательных свищей. В результате научного поиска разработана минимальная гастростомия через минилапаротомию (патент RU 2745655 C1), которая приближается по инвазивности к пункционным методикам, проста в исполнении и не требует одноразовых импортных наборов расходных материалов. Предложенная операция с 2017 года выполнена у 24 паллиативных больных с дисфагией, больших осложнений не наблюдалось. Малые осложнения в виде подтекания желудочного содержимого и мацерации кожи наблюдались в 7 (29,2%) случаях и регрессировали на фоне перевязок, в 1 (4,2%) случае имела перистомальная несостоятельность вследствие дефектов ухода (чрезмерное натяжение питательной трубки в свище), которая устранена путем установки гастростомической

трубки большего диаметра. В 7 (29,2%) случаях произошла перфорация фиксирующего баллона и выпадение питательной трубки из свища, потребовавшая повторной установки новой гастростомической трубки. В большинстве случаев развитие малых осложнений ассоциировалось с дефектами ухода.

Заключение. Разработанные в ходе диссертационного исследования оригинальные приспособления для пункционной гастростомии могут стать отечественными аналогами импортных материалов, но начало производства требует времени и ресурсов.

Минимальная гастростомия через минилапаротомию проста в исполнении, надежна, малоинвазивна и не требует дополнительных ресурсов, а полученные результаты позволяют рассматривать ее как возможную альтернативу пункционной гастростомии.

ФИБРОГЕНЕЗ В МЕХАНИЗМАХ ДЕКОМПЕНСАЦИИ ЦИРРОЗА ПЕЧЕНИ

Ольга Петровна Дуданова¹, Алиса Сергеевна Родина¹,
Марина Эдуардовна Шубина¹, Ирина Валерьевна Курбатова²

¹Федеральное государственное учреждение высшего образования «Петрозаводский государственный университет», 185000, г. Петрозаводск, проспект Ленина, 33

²Институт биологии — обособленное подразделение Федерального государственного бюджетного учреждения науки Федерального исследовательского центра «Карельский научный центр Российской академии наук», 185910, г. Петрозаводск, Пушкинская ул., 11

E-mail: odudanova@gmail.com

Ключевые слова: фиброгенез, коллаген 3 типа, коллаген 4 типа, цирроз печени.

Введение. Декомпенсация цирроза печени (ЦП) часто возникает внезапно на фоне относительно благоприятного и даже бессимптомного течения заболевания под влиянием различных триггерных факторов и сопровождается высокой краткосрочной смертностью. Для профилактики данных событий важным является стратификация пациентов с предикторами неблагоприятного прогрессирующего течения.

Цель исследования — определение роли фиброгенеза в механизмах декомпенсации ЦП и сравнительная оценка коллагенов 3 и 4 типов в качестве предикторов декомпенсации ЦП.

Материалы и методы: Обследовано 79 пациентов ЦП: мужчин — 46 (58,2%), женщин — 33 (41,8%) в возрасте $52,4 \pm 12,6$ года. Диагноз верифицирован традиционными клинико-лабораторными и инструментальными методами. Определялись уровни коллагена 3 и 4 типов методом ИФА с использованием тест-систем “Kit For Collagen Type III (Col3)” и “Kit For Collagen Type IV (Col4)”, “Cloud- Clone Corp”, USA. Были выделены 2 группы: I — 56 (70,9%) пациентов с декомпенсацией ЦП, с признаками портальной гипертензии с нарастанием асцита и энцефалопатии и II — 23 (29,1%) пациента ЦП в стадии компенсации без явных клинических признаков портальной гипертензии. Пациенты обеих групп были сравнимы по половому и возрастному составу. У 13 здоровых доноров уровень коллагена 3 составил $6,12 \pm 0,73$ пг/мл и коллагена 4 — $9,45 \pm 0,32$ пг/мл.

Результаты. Уровни коллагенов 3 и 4 типов у пациентов ЦП в целом были достоверно выше таковых у здоровых лиц: коллаген 3 при ЦП — $15,67 \pm 6,88$ пг/мл против $6,12 \pm 0,73$ ($p < 0,01$) пг/мл у здоровых доноров и коллаген-4 — $71,81 \pm 36,94$ пг/мл против $9,45 \pm 0,32$ ($p < 0,001$) пг/мл соответственно. При сравнении уровней коллагенов 3 и 4 типов в I и II группах отмечался достоверный рост обеих форм коллагена в I группе с декомпенсированным ЦП — коллаген-3 — $17,03 \pm 4,98$ пг/мл против $14,35 \pm 3,78$ ($p < 0,05$) пг/мл во II группе с компенсированным ЦП и коллаген-4 — $93,40 \pm 32,97$ пг/мл против $49,16 \pm 31,61$ ($p < 0,05$) пг/мл соответственно. Известно, что повышенная кишечная проницаемость характерна для ЦП, особенно при нарастании портальной гипертензии. У пациентов I группы с признаками портальной гипертензии, отмечалась более выраженная транслокация кишечных эндотоксинов в портальный кровоток и взаимодействие их с TLR эндотелиальных, купферовских клеток. Под влиянием цитокинов, секретируемых этими клетками, активизировались звездчатые клетки и трансформировались в миофибробласты, синтезирующие белки внеклеточного матрикса. Прогрессировал процесс капилляризации синусоидов, нарастала гипоксия гепатоцитов, окислительный стресс, запущенный этанолом, происходила гибель печеночных клеток и декомпенсация ЦП.

Заключение. Фиброгенез, характеризовавшийся ростом уровней коллагенов 3 и 4 типов, являлся важным звеном в патогенезе декомпенсации цирроза печени. Рост уровня сетчатого коллагена 4, формирующего базальную мембраноподобную перисинусоидальную матрицу, превышал рост фибриллярного коллагена 3, формирующего интерстициальный матрикс, и оказался более чувствительным предиктором декомпенсации цирроза печени.

КЛИНИКО-ЭНДОСКОПИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЯЗВЕННОГО КОЛИТА: РЕЗУЛЬТАТЫ ПОПЕРЕЧНОГО ИССЛЕДОВАНИЯ

Сергей Витальевич Иванов, Артём Владимирович Кокорев, Сергей Андреевич Коретин, Ксения Дмитриевна Охотникова, Дарья Александровна Немчанинова

Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет. 194100, Санкт-Петербург, ул. Литовская, д. 2

E-mail: ivanov.sv@mail.ru

Ключевые слова: язвенный колит, жалобы, клиническая картина, колоноскопия, Schroeder, эрозии, язвы.

Введение. Язвенный колит относится к категории воспалительных заболеваний кишечника и характеризуется диффузным иммуновоспалительным поражением слизистой оболочки толстой кишки. Эндоскопически активность заболевания оценивается по классификации Schroeder:

- 1) Минимальная активность (0 баллов по Schroeder): норма или неактивное заболевание.
- 2) Минимальная активность (1 балл по Schroeder): легкая гиперемия, смазанный сосудистый рисунок, легкая контактная ранимость.
- 3) Умеренная активность (2 балла по Schroeder): Выраженная гиперемия, отсутствие сосудистого рисунка, умеренная контактная ранимость, эрозии.
- 4) Выраженная активность (3 балла по Schroeder): спонтанная ранимость, изъязвления.

Оценка эндоскопической активности заболевания по Schroeder и протяженности иммуновоспалительного поражения толстой кишки (проктит, левосторонний или тотальный колит) являются основой для выбора терапии язвенного колита. Тем не менее, в существующей клинической практике возможность частого выполнения илеоколоноскопии пациентам с язвенным колитом ограничена по причине сложности и инвазивности данной процедуры и потенциального риска развития осложнений эндоскопии. По этой причине врачу для определения тактики ведения пациента с язвенным колитом в значительном числе случаев приходится руководствоваться в первую очередь клинической картиной заболевания, т.е. наличием специфических жалоб, характерных для язвенного колита.

Цель исследования: оценить связь между степенью иммуновоспалительного повреждения слизистой оболочки толстой кишки и клинической картиной язвенного колита.

Материалы и методы. Данная студенческая научная работа поддержана грантом Комитета по науке и высшей школе Правительства Санкт-Петербурга Конкурса грантов для студентов вузов, расположенных на территории Санкт-Петербурга, аспирантов вузов, отраслевых и академических институтов, расположенных на территории Санкт-Петербурга. Проведено поперечное (одномоментное) ретроспективное исследование на базе городского центра воспалительных заболеваний кишечника СПб ГБУЗ «Елизаветинская больница». В анализ были включены ретроспективные клинические и эндоскопические 106 пациентов с верифицированным диагнозом язвенный колит, которым была выполнена илеоколоноскопия и была проведена детальная оценка специфичных для язвенного колита жалоб.

Результаты. Медиана возраста пациентов составила 37 лет, в изучаемой выборке количество мужчин и женщин было равным. В структуре жалоб преобладали изменение консистенции стула в сторону неоформленного, кашицеобразного и жидкого (68% пациентов), боли/дискомфорт в животе (63%), учащение стула (61%), кровь в стуле (60%), в то время как слизь в стуле, повышение температуры тела и ложные позывы на дефекацию встречались значительно реже (36%, 19% и 13% соответственно). По результатам илеоколоноскопии поражение слизистой оболочки толстой кишки отсутствовало у 28% пациентов. Проктит, левосторонний и тотальный колит встречались в 17%, 28% и 26% случаев соответственно; гиперемия, эрозии и язвы были выявлены в 7%, 38% и 27% случаев соответственно. Статистически значимо с наличием эрозий/язв были ассоциированы изменение консистенции стула, наличие болей или дискомфорта в животе, учащение стула, а также наличие крови и слизи в стуле. При этом наибольшую чувствительность продемонстрировало изменение консистенции стула в сторо-

ну неоформленного, кашицеобразного или жидкого, и наличие крови в стуле (78,3% и 75,4% соответственно), наибольшая специфичность имела место для наличия слизи в стуле (81,1%). Напротив, полное отсутствие у пациента каких-либо жалоб не гарантировало отсутствие эрозий или язв: они были выявлены у 4 из 13 таких пациентов (в 30,7% случаев).

Заключение. При оценке клинической картины и при прогнозировании возможной степени иммуновоспалительного повреждения слизистой оболочки толстой кишки в виде эрозивных или язвенных изменений следует обращать первостепенное внимание на такие жалобы пациента, как наличие изменения консистенции стула и наличие крови в стуле, при этом отсутствие слизи в стуле может с большой вероятностью свидетельствовать об отсутствии эрозий или язв слизистой оболочки толстой кишки.

НОВЫЙ ПОДХОД К ОЦЕНКЕ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ ВЗРОСЛОГО ЧЕЛОВЕКА

Андрей Константинович Иорданишвили

Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова. 194044, Санкт-Петербург, ул. Академика Лебедева, д. 6.

E-mail: professoraki@mail.ru

Ключевые слова: взрослый человек, стоматологическое здоровье, патология зубов, заболевания пародонта, патология слизистой оболочки рта, эффективность жевания, гигиена полости рта.

Введение. Улучшение стоматологического здоровья взрослых людей, а также поиск простых и объективных критериев, позволяющих оценить его с наибольшей объективностью, является актуальной задачей современной мировой медицины

Цель исследования. Разработать методику оценки стоматологического здоровья взрослых людей.

Материал и методы. Проведен анализ стоматологического здоровья 45 (9 мужчин и 36 женщин) человек пожилого (61–69 лет) возраста 92 основная группа исследования), которые были взяты под динамическое наблюдение врача-стоматолога и прошли лечение в указанном учреждении здравоохранения. В 1 контрольную группу вошли 34 (5 мужчин и 29 женщин) человека этой же возрастной группы, которые также получали в этом учреждении здравоохранения стоматологическую помощь по обращаемости, но не находились под динамическим наблюдением врача-стоматолога. Из исследования исключали пациентов, которые имели утрату естественных зубов более 10, а также утрату возможности самостоятельно передвигаться и осуществлять индивидуальную гигиену полости рта.

Оценку стоматологического здоровья и эффективности проводимой терапии осуществляли разработанным нами следующим полуколичественным способом. Суть методики состоит в том, что врач оценивает состояние органов и тканей полости рта во время посещения его пациентов путем учета следующих симптомов в баллах: 1) показатель индивидуальной гигиены полости рта по Green-Wermillioh-ОНИ-S: индекс гигиены хороший, то есть от 0 до 0,6 усл. ед. — 0; средний уровень гигиены полости рта при показателе индекса гигиены равном 0,7 — 1,6 усл. ед. — 1; плохой или очень плохой уровень гигиены рта при показателе индекса 1,7 усл. ед. и более — 5; 2) оценка патологии твердых тканей зубов: отсутствует патология, нуждающаяся в лечении — 0; наличие патологии (кариозный процесс, вторичный кариес и др.) не более чем в 2 зубах — 1; наличие патологии твердых тканей зубов (кариозный процесс, вторичный кариес и др.) в 3 и более зубах — 5; 3) оценка состояния тканей пародонта по индексу СРITN: отсутствие патологии пародонта — 0; наличие кровоточивости и/или над- и поддесневых зубных отложений (камня) — 1; наличие пародонтальных карманов и/или патологической подвижности зубов — 5; 4) характеристика патологии слизистой оболочки полости рта и языка (СОПРiЯ): отсутствие патологии СОПРiЯ — 0; наличие хронических заболеваний СОПРiЯ вне обострения — 1; наличие острых и/или обострение хронических заболеваний СОПРiЯ — 5; 5) характеристика жевательной эффективности по методике Н.И. Агапова: от 90% и выше — 0; жевательная эффективность от 70 до 90% — 1; жевательная эффективность менее 70% — 5. После регистрации исходного стоматологического статуса осуществляли подсчет баллов в сумме и оценивали стоматологическое здоровье исходя из полученной суммы баллов: 0 — хорошее стоматологическое здоровье; 1–4 балла — удовлетворительное стоматологическое здоровье; 5–9 баллов — сниженное стоматологическое здоровье; 10–25 баллов — плохое стоматологическое здоровье. Для определения эффективности проведенной стоматологической реабилитации проводили расчет с использованием следующей формулы: Эффективность лечения (%) = $100 \times (A - B) / A$, где А — сумма баллов при клинической оценке стоматологического здоровья до начала стоматологических лечебно-профилактических мероприятий; В — сумма баллов при клинической оценке стоматологического здоровья при завершении динамического наблюдения за пациентами или спустя 3 месяца их лечения в учреждении здравоохранения. Статистическая обработка данных выполнялась на персональном компьютере с использованием стандартного пакета программ прикладного статистического анализа (Statistica for Windows v. 7.0).

Результаты. При первичном осмотре стоматологическое здоровье пациентов 1 и 2 групп практически не отличалось ($p > 0,05$), так как все пациенты имели неудовлетворительную индивидуальную гигиену полости рта, от 3 до 5 кариозных полостей, страдали хроническим пародонтитом средней или тяжелой степени тяжести, реже хроническую патологию СОПРиЯ в виде хронического метеорологического хейлита или хронического травматического протезного стоматита. При этом стоматологическое здоровье пожилых людей обеих групп исследования можно было характеризовать как сниженное, так как показатель стоматологического здоровья составил в группах, соответственно, $6,27 \pm 0,65$ усл. ед. и $6,17 \pm 0,59$ усл. ед. ($p > 0,05$). Пациенты 1 контрольной группы исследования в ходе обращений в учреждение здравоохранения в основном старались устранить болевой симптом, но не преследовали целью вылечить все зубы, пораженные кариесом, купировать воспалительный процесс в периапикальных тканях зубов, устранить пародонтальные очаги инфекции в виде пародонтальных карманов, а также заместить утраченные естественные зубы путем зубного протезирования. Поэтому, не смотря на то, что пациентам 1 группы при первичном обращении была проведена профессиональная гигиена полости рта и даны рекомендации по индивидуальному уходу за зубами, другими органами и тканями рта, спустя 3 месяца от их момента обращения в учреждение здравоохранения стоматологическое здоровье можно было расценить как сниженное при показателе равном $5,24 \pm 0,48$ усл. ед. Пациенты 2 основной группы исследования согласились быть взятыми на динамическое наблюдение, и им после профессиональной гигиены полости рта было проведено лечение кариеса и хронического периодонтита, хронического генерализованного пародонтита и встречающейся у них патологии СОПРиЯ, а также выполнено зубное протезирование несъемными или съемными зубными протезами за счет средств бюджета. Такой комплексный подход в ходе динамического наблюдения за пациентами 2 основной группы позволил улучшить у них показатель стоматологического статуса, который составил $1,48 \pm 0,57$ усл. ед., который позволил характеризовать стоматологическое здоровье пожилых людей 2 группы под окончание наблюдения как удовлетворительное. Полученный показатель стоматологического здоровья у пациентов 2 группы исследования на момент окончания лечения достоверно отличался от аналогичного в 1 контрольной группе пациентов спустя 3 месяца от их первого посещения учреждения здравоохранения ($p < 0,01$).

Эффективность стоматологического лечения у пациентов 1 контрольной группы составила 16,43%, а у пациентов 2 основной группы 76,01% ($p < 0,01$). Можно уверенно говорить, что динамическое наблюдение и проводимая стоматологическая реабилитация у пациентов 2 основной группы пожилых людей позволила достоверно улучшить их стоматологическое здоровье, а сам комплекс лечебно-профилактических мероприятий стоматологической реабилитации был выше 59,58% в сравнении с эффективностью лечения у пациентов 1 контрольной группы, которым проводилось лечение по обращаемости и которые были не мотивированы на полный комплекс стоматологических санационных мероприятий.

Заключение. Предложенная и использованная в работе методика оценки стоматологического здоровья и эффективности проводимого стоматологического лечения пациентов проста в использовании и может применяться в клинической стоматологической практике и научных исследованиях при оценке стоматологического здоровья различным возрастным группам взрослых пациентов. Проведенное клиническое исследование позволило установить, что у пожилых людей имеются проблемы со стоматологическим здоровьем в связи со встречаемостью у них нелеченного кариеса зубов и его осложнений, а также болезнью пародонта. Только динамическое наблюдение и стоматологическая реабилитация пожилых пациентов позволила добиться положительной динамики в показателях стоматологического здоровья при эффективности лечения на 59,6% выше, в сравнении с пациентами, которым стоматологическое лечение в том же учреждении здравоохранения выполнялось по обращаемости.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ УРОВНЯ СТВОЛОВЫХ КЛЕТОК В ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ КРОВИ ДЛЯ ОЦЕНКИ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ И ПРОГНОЗИРОВАНИЯ ТЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ПАРОДОНТИТА У ВЗРОСЛОГО ЧЕЛОВЕКА

Андрей Константинович Иорданишвили

Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова. 194044, Санкт-Петербург, ул. Академика Лебедева, д. 6

E-mail: professoraki@mail.ru

Ключевые слова: взрослый человек, пародонтит, стволовые клетки, лечение пародонтита, редуцированный пародонт, прогноз терапии.

Введение. К настоящему времени большинство исследований, выполненных в эксперименте, подтверждают гипотезу об эффективности регенераторной терапии с применением стволовых клеток. Вместе с этим, мало внимания уделяется другим, не менее важным аспектам и возможностям применения стволовых клеток в практической медицине и в стоматологии в частности. Также недостаточно внимания уделяется применению стволовых клеток в пародонтологии, так как утрата твердых тканей пародонта чаще всего происходит не столь за счет атрофии, сколько за счет воспалительной резорбции костной ткани челюстей, которая обусловлена хроническим воспалением.

Цель исследования. Изучить возможность применения стволовых клеток в клинической пародонтологии для оценки эффективности лечения и прогнозирования течения хронического генерализованного пародонтита.

Материал и методы. Проведено одноцентровое проспективное клиничко-лабораторное исследование. В исследовании приняли участие 35 (6 мужчин и 29 женщин) пациентов в возрасте от 51 до 65 лет. В 1 контрольную группу вошли 12 (2 мужчины и 10 женщин) человек в возрасте от 51 до 65 лет, которые ранее страдали хроническим генерализованным пародонтитом, но после комплексного лечения удалось добиться купирования воспалительного процесса в тканях пародонта и этот результат терапии оценивали как редуцированный пародонт. У этих пациентов отсутствовали клинические признаки воспалительных изменений в тканях окружающих зубы, то есть воспаление десны, пародонтальные карманы и другие симптомы пародонтита. Во 2 основную группу исследования вошли 23 (4 мужчины и 19 женщин) пациентов в возрасте от 52 до 64 лет, которые страдали хроническим генерализованным пародонтитом средней тяжести на обеих челюстях. Важно подчеркнуть, что все пациенты, которые приняли участие в клиничко-лабораторном исследовании, не зависимо от их пола и возраста, не имели тяжелой сопутствующей соматической патологии. Пациентам 2 группы исследования лечение хронического генерализованного пародонтита осуществлялось по общепринятым правилам. После купирования воспалительного процесса в тканях пародонта и проведения профессиональной гигиены полости рта пациентам выполняли лоскутные операции.

Методика изучения динамики изменения уровня стволовых клеток (СК) в периферической крови была использована для оценки эффективности лечения и прогнозирования течения хронического генерализованного пародонтита в процессе комплексной терапии этого заболевания. Методика проведенного клиничко-лабораторного исследования заключалась в том, что у всех пациентов исследовали уровень СК в периферической крови. У пациентов 1 группы исследование проводили однократно, а у пациентов 2 группы исследования, страдавших хроническим генерализованным пародонтитом, уровень СК в периферической крови определяли до начала лечения, на 15 и 30 сутки от начала общепринятой комплексной терапии, а также через год после завершения комплексного лечения. Динамику количества СК оценивали по данным проточной цитометрии. Её выполняли на проточном цитометре FACScan фирмы «Becton Dickinson» с использованием тройной комбинации прямых моноклональных антител CD34FITC/CD38 PE/CD45 PerCP. Во всех процедурах статистического анализа считали достигнутый уровень значимости (p), критический уровень значимости при этом был равным 0,05. Исследование соответствовало этическим стандартам Комитета по экспериментам на человеке Хельсинкской декларации 1975 г. и ее пересмотренного варианта 2000 г.

Результаты. В ходе проведенного клинико-лабораторного исследования установили, что у пациентов 1 группы, которые успешно имели редуцированный пародонт и у которых отсутствовали клинические признаки гингивита и пародонтита уровень СК в периферической составил «CD34+CD38-» составил $0,158 \pm 0,015\%$. При исследовании СК периферической крови у пациентов 2 группы, страдавших ХП до начала комплексной терапии отмечено, что их количество составило «CD34+CD38-» $0,004 \pm 0,001\%$ ($p < 0,01$). Таким образом, было достоверно установлено, что при хроническом генерализованном пародонтите в периферической крови существенно снижается содержание СК «CD34+CD38-», в сравнении с пациентами, которые ранее страдали хроническим генерализованным пародонтитом, но поле комплексного лечения у которых отсутствуют клинические проявления гингивита и пародонтита, а состояние тканей пародонта характеризуется как редуцированный пародонт. Проводимое комплексное лечение хронического генерализованного пародонтита у пациентов 2 основной группы исследования, в целом было весьма эффективно у 21 пациента (группа 2А), а у 2 пациентов (группа 2Б) отмечено, что предпринимаемое комплексное лечение на 15 сутки успехом не увенчалось, так как имело место расхождение краев раны после хирургического вмешательства, а также элиминация остеозамещающего материала. При этом, у этих 2 чел. в области расхождения краев послеоперационной раны сохранялись клинические признаки воспаления десны, в основе которого, очевидно, лежало отсутствие полного купирования воспалительного процесса и необходимых регенераторных процессов в костной ткани в альвеолярных отростков (дуг) челюстей. После проведения комплексной терапии хронического генерализованного пародонтита повторное лабораторное исследование показало, что у пациентов с при эффективным лечении этой патологии (2А основная группа исследования) уровень СК периферической крови на 15 и 30 сутки лечения составил «CD34+CD38-» $0,221 \pm 0,011\%$ и $0,199 \pm 0,012\%$, соответственно, что достоверно по сравнению с полученными показателями содержания указанных клеток в периферической крови до начала терапии ($p < 0,01$), а также отличалось от показателей содержания таких же клеток у пациентов 1 группы, являвшейся контрольной ($p < 0,05$). До начала комплексного лечения ХП значение СК в периферической крови у этой подгруппы пациентов составило $0,003 \pm 0,001\%$. У двух пациентов 2 группы исследования у которых проводимая комплексная терапия хронического генерализованного пародонтита осложнилась в послеоперационном периоде, они были отнесены к подгруппе Б (2Б основная группа исследования), повторное лабораторное исследование показало, что у этих пациентов при исходном уровне содержания СК в периферической крови до начала комплексного лечения равном $0,005 \pm 0,001\%$ уровень СК периферической крови на 15 и 30 сутки лечения составил «CD34+CD38-» $0,074 \pm 0,005\%$ и $0,085 \pm 0,007\%$, что достоверно по сравнению с полученными показателями содержания указанных клеток в периферической крови до начала терапии ($p < 0,01$), а также отличалось от показателей содержания таких же клеток у пациентов 1 группы, являвшейся контрольной ($p < 0,01$). В тоже время, в этой подгруппе пациентов не отмечали существенного выброса СК «CD34+CD38» в периферическую кровь, что достоверно подтверждалось сравнением содержания СК в периферической крови на 15 и 30 сутки лечения у пациентов 2 группы А и Б подгрупп ($p < 0,01$). Через год после проведенного комплексного лечения у пациентов 2 группы А и Б подгрупп видимых воспалительных изменений со стороны тканей пародонта не определялось, что связано также с хорошей индивидуальной гигиеной полости рта, а состояние тканей пародонта можно было характеризовать как редуцированный пародонт, а показатель стволовых клеток (СК) в периферической составил «CD34+CD38-» составил $0,157 \pm 0,018\%$ и $0,148 \pm 0,021\%$, соответственно, что согласовалось с результатами аналогичного показателя у пациентов 1 контрольной группы исследования ($p \geq 0,05$).

Заключение. Резюмируя вышеизложенное можно заключить, что содержание и мониторинг СК в периферической крови стоматологических пациентов, в том числе, страдающих хроническим генерализованным пародонтитом является серьезным прогностическим признаком клинического течения этого заболевания.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ МЕТАПРЕБИОТИКА У ПАЦИЕНТОВ С ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ ДИАРЕЕЙ И СИНДРОМОМ РАЗДРАЖЕННОЙ КИШКИ

Алексей Михайлович Колодкин¹, Сабир Насрединович Мехтиеv²

¹Научное общество «Микробиота». 141313, Московская обл., г. Сергиев Посад, ул. 2-я Рыбная, д. 5А

²Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова. 197022, Санкт-Петербург, ул. Льва Толстого, д. 6–8

E-mail: alexey.kolodkin66@gmail.com

Ключевые слова: метапребиотик, функциональная диарея, синдром раздраженной кишки, диарея.

Введение. Имеется достаточное количество исследований, показывающих возможность положительного влияния модуляции микробиоты на симптоматику функциональных заболеваний желудочно-кишечного тракта при использовании пробиотиков, пребиотиков и метабиотиков. Одновременное применение метабиотика и пробиотика при таких состояниях в настоящий момент практически не исследовано.

Цель исследования. Оценить эффективность метапребиотика (комбинации метабиотика с пребиотическим комплексом) на частоту стула, динамику клинических проявлений и переносимость у взрослых пациентов с функциональной диареей и синдромом раздраженной кишки.

Материалы и методы. В исследование включено 28 пациентов в возрасте от 16 до 69 лет, средний возраст которых составил $42,89 \pm 18,99$ лет, из них 17 женщин и 11 мужчина. У 17 пациентов имелся диагноз функциональная диарея, а у 9 — синдром раздраженной кишки с диареей и у 2 синдром раздраженной кишки смешанная форма при наличии диареи при включении в исследование. Критерии постановки диагноза пациентам соответствовали Римским критериям IV (2016). Длительность заболевания составляла от 3 месяцев до 35 лет, средняя длительность составляла 8,09 года. Эффективность оценивалась по изменению частоты стула и внешнего вида кала по Бристольской шкале симптомов до начала приема метапребиотика СТИМ и после окончания его приема. Для объективизации динамики клинических проявлений выраженность таких симптомов как вздутие, урчание и боль в животе, оценивалась в баллах: 0 баллов — симптома нет; 1 балл — симптом выражен слабо; 2 — балла симптом выражен умеренно; 3 балла — симптом выражен сильно. Также оценивались переносимость и нежелательные явления при приеме метапребиотика.

Статистическая оценка результатов проведена с помощью сайта www.stanly.statpsy.ru.

В состав таблеток СТИМа в качестве метабиотического компонента входит 240 мг лактата кальция и пробиотический комплекс из 280 мг олигофруктозы и 120 мг инулина. Соотношение долей олигофруктозы и инулина в препарате составляет 70 на 30. Рекомендованный суточный прием — по 2 таблетки 3 раза в день. Суточная доза олигофруктозы, инулина и лактата кальция составляет 1680 мг, 700 мг и 1440 мг соответственно.

СТИМ назначался по 2 таблетки три раза в сутки в течение не менее 30 дней. Продолжительность приема составляла от 30 до 176 дней, средняя продолжительность была 58,21 дня.

Результаты. Средняя частота стула у пациентов до начала приема СТИМа составляла $2,07 \pm 1,043$ раз в день. После окончания приема частота стула уменьшилась до $1,43 \pm 0,589$ раз в день. Были выявлены значимые различия в частоте стула до и после приема метапребиотика ($p < 0,01$).

Отмечено изменение характера стула в соответствии с Бристольской шкалой до и после приема СТИМа с $4,86 \pm 1,026$ до $4,04 \pm 0,827$ балла. Были выявлены значимые различия в консистенции стула до и после приема метапребиотика ($p < 0,001$).

Среднее суммарное количество баллов характеризующее выраженность боли в животе уменьшилось с $0,86 \pm 0,92$ до $0,34 \pm 0,56$ ($p < 0,01$), урчание в животе уменьшилось с $0,91 \pm 0,89$ до $0,63 \pm 0,80$ ($p < 0,05$), а метеоризм и вздутие живота — с $0,47 \pm 0,83$ до $0,20 \pm 0,56$ ($p < 0,05$).

Нежелательные явления при приеме метапребиотика отмечены у одного пациента в виде усиления вздутия живота в первые три дня от начала приема, что составило 3,6% от всех па-

циентов, получавших метапребиотик. Вздутие купировалось самостоятельно к 4 дню приема метапребиотика и не потребовало его отмены или коррекции дозы.

Заключение. Применение метапребиотика СТИМ у пациентов с функциональной диареей и синдромом раздраженной кишки приводит к нормализации частоты стула, улучшает его консистенцию. Улучшается симптоматика, в частности боль в животе, метеоризм и вздутие живота. В целом переносимость СТИМа хорошая. Нежелательные явления в виде усиления вздутия были отмечены лишь у одного пациента (3,6%) и не потребовали отмены препарата или изменения его дозы.

ОЦЕНКА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ И УЧЕТ ПАЦИЕНТОВ С ДИАГНОЗОМ «РАК ПЕЧЕНИ» В МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЯХ, ПОДВЕДОМСТВЕННЫХ УПРАВЛЕНИЮ ДЕЛАМИ ПРЕЗИДЕНТА РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Олег Павлович Крашенков¹, Игорь Олегович Иваников^{1,2}, Наталья Николаевна Виноградова¹, Елена Владимировна Мясникова¹, Элеонора Юрьевна Коцелапова¹, Мария Евгеньевна Жарова²

¹ФГБУ «Центральная клиническая больница с поликлиникой управления делами Президента Российской Федерации», 121359, г. Москва, ул. Маршала Тимошенко, д. 15

²ФГАОУ ВО «Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н.И. Пирогова» Министерства здравоохранения Российской Федерации, 117997, г. Москва, ул. Островитянова, д. 1

E-mail: ivanikov51@mail.ru

Ключевые слова: рак печени, гепатология; печень, диагностика, эпидемиология.

Введение. Согласно последней международной статистике онкологических заболеваний (GLOBOCAN 2020), рак печени является 6-м по распространенности видом рака. Ежегодно регистрируется более 900 000 новых случаев, составляя 4,7% в структуре заболеваемости и 8,3% в структуре смертности, что делает его третьей по значимости причиной смерти от рака во всем мире. По оценкам, к 2025 году более миллиона человек будут ежегодно болеть раком печени. Гепатоцеллюлярная карцинома (ГЦК) является самым частым типом рака печени и составляет 75–85%. В связи с недостаточно качественной диагностикой ГЦК в ряде стран фактический недоучет новых случаев заболевания составил около 14%.

В России в 2021 г. из 447592 впервые выявленных случаев злокачественных новообразований на посмертную диагностику пришлось 33249 случаев — 7,4%. Стандартизированные показатели заболеваемости раком печени на 100 тыс. населения в России, в 2021 году составили — 3,47, а смертность — 3,89, абсолютное число вновь выявленных случаев — 5490, из них активно выявлено лишь 7,3%. При анализе по полу в России, в 2021 г. заболеваемость ГЦК у мужчин была 8,23 на 100 тыс. населения, у женщин — 4,84 случая, а смертность — 9,42 и 5,8 соответственно.

По данным В.В. Петкау, в 2023 в России существует проблема недоучета больных ГЦК, что выражается в превышении показателей смертности над показателями заболеваемости. Одним из объяснений данной ситуации, как в целом по России, так и в ряде регионов является поздняя диагностика заболевания. Выявлены высокие показатели посмертной диагностики при раке печени: в Томской области — 33,9%, в Свердловской области — 46,3%. Особого внимания заслуживает группа пациентов, обращавшихся в медицинские учреждения за год до смерти, однако диагноз — рак печени прижизненно у них так и не был установлен.

Цель исследования. Изучение частоты посмертной диагностики рака печени в медицинских организациях (МО) (стационарах), подведомственных Управлению Делами Президента РФ за период с 2000 по 2022 гг.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ случаев выявления рака печени по базе данных медицинских организаций Управления делами Президента РФ с 2020–2022 гг.

Результаты. В 2000–2022 гг. в стационарах МО было пролечено 410 пациентов с диагнозом ГЦК, из них 392 пациента с впервые выявленным диагнозом. Показатели заболеваемости раком печени на 100 тыс. населения в МО Управления делами президента РФ в 2020–2022 гг. составили — «грубые показатели» — 7,7, стандартизированные показатели — 4,9. Показатели смертности от рака печени на 100 тыс. населения в 2000–2022 гг. составили: абсолютное число — 131, «грубые показатели» — 4,7, стандартизированные показатели — 1,3. Показатели заболеваемости (как «грубые», так и стандартизированные) превосходят показатели смертности, что говорит в первую очередь о своевременной диагностике ГЦК и его лечении. За весь период наблюдения диагноз ГЦК на секции был диагностирован у одного пациента.

Заключение. Единичный случай посмертной диагностики свидетельствует о высоком уровне медицинской помощи населению (прикрепленному контингенту), а также эффективной профилактике и диспансеризации в МО Управления делами Президента.

ТАКТИКА РЕГИДРАТАЦИОННОЙ ТЕРАПИИ У ДЕТЕЙ С ОСТРОЙ КИШЕЧНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ

Юлия Вадимовна Мальцева

Орловский государственный университет имени И. С. Тургенева, 302026, г. Орел, Россия, ул. Комсомольская, д. 95

E-mail: 79155022098@ya.ru

Ключевые слова: острая кишечная инфекция, дети, оральная регидратация, инфузионная терапия.

Введение. Нерациональная коррекция гемодинамических нарушений и водно-электролитного баланса у детей может привести к таким ятрогенным осложнениям, как общий отёчный синдром, острый респираторный дистресс-синдром, отёк лёгких и прочие, которые могут служить причиной летального исхода. В этой связи необходим дифференцированный подход к выбору тактики инфузионной терапии.

Цель исследования. Проанализировать тактику регидратационной терапии у детей в условиях отделения острых кишечных инфекций для оптимизации коррекции водно-электролитного баланса у детей.

Материалы и методы. Исследование проводилось в течение двух лет на базе отделения острых кишечных инфекций БУЗ Орловской области «Научно-клинический многопрофильный центр медицинской помощи матерям и детям им. З. И. Круглой». Дети в возрасте от 3 месяцев до 18 лет, курируемые автором, вошли в основную группу (ОГ, n = 396). Группа сравнения (ГС, n = 381) была сформирована из пациентов с ОКИ из смежных палат, курируемым врачом этого же отделения, давшим согласие на экспертную оценку медицинских карт стационарных больных (форма 003/у). В исследование не включались больные инвазивной и вирусной кишечной инфекцией в сочетании с внекишечными очагами бактериальной инфекции; органическим поражением ЦНС; госпитализированные в отделение реанимации и интенсивной терапии; в возрасте до 3 месяцев.

Предварительный диагноз ОКИ выставлялся в соответствии с принципами ВОЗ, 2015 г., ESPGHAN, 2014 г. Степень тяжести клинической картины ОКИ определялась по модифицированной шкале *Везикари*, степень эксикоза — по шкале дегидратации (CDS).

В случаях эксикоза I-II степени больные ОГ (n = 396) получали оральную ОРР низкоосмолярным глюкозо-солевым раствором (200–245 мОсм/л). Объем жидкости per os при эксикозе 1 степени составлял 50 мл/кг/сут, при 2 степени — 80–90 мл/кг/сут, при 3 степени — 100–150 мл/кг/сут. Продолжающиеся патологические потери (ПП) компенсировались введением дополнительного объема жидкости на каждую дефекацию в объеме 10 мл/кг, рвоту — 20 мл/кг в течение 20–30 мин. Методика ОРР подробно объяснялась матерям. В случаях неэффективности ОРР (многократная рвота, эксикоз II-III степени, не соблюдение матерями тактики выпаивания) назначалась инфузионная терапия (ИТ) сложным раствором натрия хлорид или 0,9% раствором хлорида натрия. Необходимый объем вычислялся по общепринятой формуле: общий объем (мл) = суточная физиологическая потребность в воде + ПП + дефицит жидкости, который имеет ребенок до начала ИТ.

Экспертный анализ медицинских карт стационарных больных (форма 003/у), ГС (n = 381) проведен на основании Клинических рекомендаций в соответствии с нозологией, утвержденных Министерством Здравоохранения РФ, 2019–2022 гг.. Все дети ГС (n = 381) получали ОРР гиперосмолярным раствором (282 мОсм/л). ОРР проводилась дробно, по 1 чайной ложке каждые 5–10 минут, в чередовании с водой. Показаниями к проведению ИТ служили: эксикоз II (в случаях многократной рвоты), все случаи эксикоза III степени. ИТ проводилась глюкозо-солевыми растворами (5% раствором глюкозы, 0,9% раствором хлорида натрия, раствором рингера лактата), объем рассчитывался по общепринятой формуле.

Результаты. Каждая возрастная группа в сравниваемых группах представлена практически одинаково, большинство случаев ОКИ пришлось на возраст 1–3 года: в ОГ — 60,9% случаев (n = 241 из 396), в ГС — 58% случаев (n = 221 из 381). Достоверной разницы в нозологической структуре в сравниваемых группах не выявлено: инвазивная кишечная инфекция (ИКИ) в ОГ верифицирована в 41,4% (164 из 396), в ГС — 45,4% (173 из 381) случаев; вирусная кишечная инфекция — в ОГ отмечена в 58,6% (232 из 396), в ГС — 54,6% (208 из 381) случаев. По

шкале Везикари в ОГ (n=396) и ГС(n=381), соответственно в 85,4% и 89,7% случаев, тяжесть заболевания оценивалась в 9–10 баллов (средней тяжести); по шкале CDS в ОГ(n=396) и ГС (n=381), соответственно в 90,7% и 89,1% случаев, степень эксикоза оценивалась в 4–5 баллов (I-II степени). В ОГ ИТ потребовалась в 21,3% случаев при неукротимой рвоте и/или эксикозе III степени, который отмечался у 9,3% детей. В ГС ИТ получали 74% пациентов (282 ребенка из 381), при этом эксикоз III степени определялся в 10,9% случаев.

Как в основной, так и в группе сравнения, число дней, определяющих тяжесть состояния ребенка, оказалось практически одинаковым, то есть превалирование ОРР в основной группе сопоставимо по эффекту с группой детей, получавших ИТ в 74% случаев.

Заключение. Таким образом, нами показано, что проведение разъяснительной работы с матерями по технике ОРР у детей с ОКИ позволяет ограничить инфузионную терапию в 79% случаев.

МЕТОД ВЫСОКОЧАСТОТНОЙ ОСЦИЛЛЯЦИИ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ У ПАЦИЕНТОВ СО СМЕШАННОЙ ФОРМОЙ МУКОВИСЦИДОЗА

*Владимир Сергеевич Матвеев², Юлия Константиновна Успенская¹,
Сергей Владимирович Матвеев¹*

¹Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. академика И.П. Павлова. 197022, Санкт-Петербург, ул. Льва Толстого, д. 6–8

²Детская городская больница Святой Ольги. 194156, Санкт-Петербург, ул. Земледельческая, д. 2

E-mail: msv58@inbox.ru

Ключевые слова: смешанная форма муковисцидоза, орфанные заболевания, дети раннего возраста, реабилитация, кинезиотерапия.

Введение. Муковисцидоз — системное наследственное заболевание, обусловленное мутацией гена трансмембранного регулятора муковисцидоза и характеризующееся поражением желез внешней секреции, тяжелыми нарушениями функции органов дыхания. По оценкам ВОЗ, ежегодно в мире рождается 40–50 тысяч детей с муковисцидозом (МВ). Актуальной задачей, особенно в раннем детстве, является подбор средств, методов и оценка эффективности реабилитационного лечения. Учитывая ограниченность выбора средств физической реабилитации в раннем возрасте, особое внимание направлено на метод дренажа бронхиального дерева посредством высокочастотной осцилляции грудной клетки. Среди современных и высокотехнологических устройств механического воздействия следует выделить систему The VEST Airway Clearance System, компании «Hill-Rom» (США). Процедура высокочастотной осцилляции грудной клетки (ВОГК) является эффективным методом улучшения легочной вентиляции, механики дыхания и стимуляции клиренса дыхательных путей. Выявлена медицинская безопасность высокочастотной осцилляции грудной клетки.

Цель исследования. Оценка эффективности новых дифференцированных программ медицинской реабилитации с использованием средств ЛФК в сочетании с высокочастотной осцилляцией грудной клетки, увеличение сроков ремиссии у детей раннего возраста с муковисцидозом, повышение эффективности восстановительного лечения.

Материалы и методы. Оценка эффективности новых дифференцированных программ медицинской реабилитации с использованием средств ЛФК в сочетании с высокочастотной осцилляцией грудной клетки у 47 детей раннего возраста с муковисцидозом производилась на 2 этапах с интервалом в полгода. Каждый этап включал оценку результатов углубленного клинического медицинского осмотра, результаты антропометрии, показателей функции ДС, ССС (АД, ЧСС, ЭКГ), анализов крови, мочи, копрограммы, уровня достигнутого развития двигательных навыков и физических качеств. Все дети получали базисную медикаментозную терапию, лечебную физкультуру (ЛФК), массаж с элементами дыхательной гимнастики. Группа сравнения (23 человека) получала базисную терапию в сочетании с реабилитационной программой без применения высокочастотной осцилляции грудной клетки.

Результаты. У всех пациентов диагностирована смешанная форма муковисцидоза. Показатели пульсоксиметрии исходно были снижены у 37,4% пациентов и составили в среднем $94,72 \pm 0,21$ %. После 3–4-й процедуры уменьшалось количество эпизодов приступов кашля, который приобретал продуктивный характер (у 82,3%), увеличился объем отделяемой мокроты. В конце курса реабилитационной программы с ВОГК (8–10-я процедуры) кашель полностью купировался более чем у половины (61,4%) детей, у 38,6% пациентов он стал редким, возникал только после процедур вибрационно-компрессионного воздействия на грудную клетку. В группе контроля динамика клинических признаков и симптомов менее выражена и отмечалась в более поздние сроки. У всех пациентов, получавших курс ВОГК, регистрировалось достоверное увеличение показателей пульсоксиметрии (с $94,72 \pm 0,21$ до $98,23 \pm 0,24$; $p < 0,001$), что, вероятно, связано с улучшением вентиляционно-перфузионных характеристик. В контрольной группе увеличение данного показателя отмечалось у 65,3% детей, динамика средних значений была достоверной, но менее выраженной ($94,72 \pm 0,21$ до $96,77 \pm 0,22$; $p < 0,05$).

Обе группы детей исходно были статистически сопоставимы: значения массы тела и массы тела по длине тела у пациентов с МВ были ниже средних популяционных значений, но не

различались исходно между группами сравнения и основной. После годичного применения средств ЛФК абсолютное значение и значение «коридора» массы тела (равно как и значение массы по длине тела) у детей основной группы достоверно выше ($p \leq 0,01$). Исходно в обеих группах преобладало дисгармоничное (69,6–72,2%) и резко дисгармоничное развитие (19,5–21,7%). В динамике года после реализации программы реабилитации в основной группе достоверно значительно увеличилось число детей с гармоничным развитием (до 7 человек — 19,5%) за счет уменьшения числа детей с резко дисгармоничным развитием. В группе сравнения гармонизация ФР была менее выражена.

Заключение. Включение высокочастотной осцилляции грудной клетки в реабилитационные программы пациентов раннего возраста с муковисцидозом способствует улучшению клиренса дыхательных путей. Вибрационные механические колебания стенок бронхов улучшают реологические свойства мокроты, разжижают вязкий секрет, отделяют его от стенок бронхов и мобилизуют в более крупные отделы дыхательных путей.

Метод адекватно переносится пациентами, сочетается с другими методами бронхиального дренажа и лечебной гимнастики. ВОГК является методом выбора у детей раннего возраста, не способных достаточно активно участвовать в дыхательной гимнастике для выведения мокроты. Одновременно отмечено уменьшение явлений метеоризма и улучшение пассажа пищи по кишечнику.

МЕДИЦИНСКИЙ МАССАЖ И ГИМНАСТИКА В ПРОГРАММАХ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА С МУКОВИСЦИДОЗОМ

*Владимир Сергеевич Матвеев², Юлия Константиновна Успенская¹,
Сергей Владимирович Матвеев¹*

¹Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. академика И.П. Павлова. 197022, Санкт-Петербург, ул. Льва Толстого, д. 6–8

²Детская городская больница Святой Ольги. 194156, Санкт-Петербург, ул. Земледельческая, д. 2

E-mail: msv58@inbox.ru

Ключевые слова: муковисцидоз, орфанные заболевания, дети раннего возраста, реабилитация.

Введение. Заболевания органов дыхания занимают одно из ведущих мест в патологии детского возраста, они приводят не только к морфологическим и функциональным изменениям, но и к патологии ряда других внутренних органов и систем. Муковисцидоз — генетическое заболевание, приводящее к накоплению вязкого секрета, нарушению мукоцилиарного клиренса, требует ежедневных мероприятий физической реабилитации. Специальные задачи реабилитационных мероприятий — оптимизация правильной механики дыхания, укрепление дыхательной мускулатуры, улучшение бронхиальной проходимости, обеспечение дренажной функции бронхов, пассажа пищи, оптимизации функции поджелудочной железы и ЖКТ. Применение массажа в раннем возрасте оказывается часто методом выбора. В соответствии с требованиями приказов Минздрава России каждому пациенту должен составляться план/конспект процедуры.

Цель исследования. Уменьшение сроков обострения, увеличение сроков ремиссии у детей раннего возраста с муковисцидозом, за счет внедрения новых дифференцированных программ медицинской реабилитации с использованием средств ЛФК в сочетании с классическим массажем.

Материалы и методы. Для решения поставленной цели клинические исследования проведены у 56 детей раннего возраста с муковисцидозом в 2 этапа с интервалом в полгода. Дети исследуемой группы получали базисную медикаментозную терапию (антибактериальную, муколитическую, бронхоспазмолитическую, диету, ферментотерапию), оригинальную схему массажа с элементами дыхательной гимнастики, лечебную физкультуру (ЛФК). Контрольная группа детей (23 человека) получала базисную терапию в сочетании с базовой реабилитационной программой.

Результаты. Специальные задачи реабилитации решались за счет массажа грудной клетки и живота на фоне процедуры общего массажа в сочетании с упражнениями. В области грудной клетки проводилась следующая схема:

Вводное поглаживание — 1,5 минут (плоскостное — ладонной поверхностью кисти двумя руками вместе и попеременно; граблеобразное — подушечками пальцев в межреберных промежутках; обхватывающее — двумя руками попеременно), растирание — 4 минуты (прямолинейное — ладонной поверхностью пальцев одной рукой; спиралевидное — подушечками пальцев двумя руками вместе; пересечение — на боковых поверхностях грудной клетки; граблеобразное — подушечками пальцев по межреберным промежуткам), промежуточное поглаживание — 15 секунд, разминание — 3 минуты (разнонаправленное разминание кожно-жировой складки; по типу «раздавливания тканей» спиралевидно подушечками пальцев), промежуточное поглаживание — 15 секунд, прерывистая вибрация: (способом похлопывания по 40 сек. в положении лежа на животе, на спине, на правом и левом боку), промежуточное поглаживание — 15 секунд. Упражнения «качалка» и «бревнышко» — по 10 — 12 раз подряд каждое (пассивно или с помощью). Упражнения для растяжения грудной клетки (пассивно, активно с помощью) — по 3–4 повторения. Дренажное положение: лежа на правом (затем левом) боку, таз выше плеч, угол между осью туловища и плоскостью стола 15–30–45°. В каждом дренажном положении проводим: выжимание грудной клетки — по 3–4 движения в 1 туре, всего 3–4 тура; прерывистую вибрацию — по 6–8 движений в 1 туре, всего 2 тура; дренажное дыхательное упражнение с форсированным выдохом — подряд 1–2 выдоха в 1 серии, всего 2 серии.

Заключительное поглаживание: 30 сек.

В области живота проводили: вводное поглаживание 1,5 минуты (ладонной поверхностью пальцев одной рукой — «круговое», по косым, по прямым мышцам живота — двумя руками вместе), растирание — до 3-х минут (подушечками пальцев, спиралевидно), промежуточное поглаживание — 15 секунд, разминание — до 3–4-х минут- мягкими способами (разминание кожно-жировой складки, надавливание подушечками пальцев по ходу толстого кишечника), промежуточное поглаживание — 15 секунд, прерывистая вибрация — 2 минуты (способом пунктирования по ходу толстого кишечника), непрерывная вибрация — 3 минуты (стабильно подушечками пальцев, сотрясение живота), заключительное круговое поглаживание — 20 секунд. Упражнения — для брюшного пресса в исходном положении лежа на правом, затем на левом боку — 2–4 упражнения по 4–6 повторений каждого; диафрагмальное дыхание — 3–4 раза, до 3–4-х серий. Проведение дренажных процедур для грудной клетки и кишечника (самостоятельно, после обучения родителей) до 3–4 раза в день в режиме дня по 5–7 минут.

Результаты. У всех пациентов, получавших приведенную схему, регистрировалось достоверное улучшение клинико-лабораторных показателей, отражающих функцию дыхательной и пищеварительной систем, начиная с 4–5 процедуры. В группе контроля положительная динамика клинических признаков была менее выражена и отмечалась в более поздние сроки. Включение оригинальной схемы массажа грудной клетки и живота в сочетании с предложенными упражнениями в реабилитационные программы пациентов раннего возраста с муковисцидозом способствует улучшению клиренса дыхательных путей, уменьшению воспалительных явлений в дыхательной системе, улучшению пассажа пищи по кишечнику, оптимизации физического развития.

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ И КОМОРБИДНАЯ ПАТОЛОГИЯ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА У ПОДРОСТКОВ

*Елена Витальевна Матвиенко, Татьяна Алексеевна Крючкова,
Елена Александровна Балакирева*

Федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования «Белгородский государственный национальный исследовательский университет» (НИУ «БелГУ»), 308015, Россия, г. Белгород, ул. Победы, 85.

E-mail: tabletka-2013@mail.ru

Ключевые слова: подростки, хроническая патология, гастродуоденит, коморбидность.

Введение. Эволюционные процессы затронувшие все стороны жизни человека не могли не отразиться на развитии многих отраслей науки, в том числе и медицинской, на современном этапе развития которой одной из основных проблем в клинической педиатрии являются заболевания желудочно-кишечного тракта. Возрастающее действие неблагоприятных факторов окружающей среды, психоэмоциональные нагрузки, особенности современного образа жизни и питания неуклонно увеличивают рост данной патологии среди детей и подростков. Причем наблюдается рост числа заболеваний пищеварительной системы за счет лиц молодого возраста, а это наряду с выраженным влиянием на качество жизни, большими экономическими затратами имеет не только медицинское, но и большое социальное значение.

Активный образ жизни современной молодежи с возрастающими постоянными психоэмоциональными нагрузками, информационными стрессами, частыми нарушениями режима труда и отдыха, рационального питания, которые, в свою очередь, приводят к срыву адаптационных возможностей организма и развитию целого спектра заболеваний, либо к обострению уже имеющейся хронической патологии.

Изучая качество жизни молодых людей с патологией органов пищеварения, было определено частое снижение показателей качества жизни не только за счет болевого синдрома, но и за счет необходимости периодически обследоваться, лечиться, соблюдать диету, ограничения трудовой деятельности, то есть социальной дезадаптации.

Ранний дебют большинства патологий желудочно-кишечного тракта определяет и особенности их клинической составляющей, которая значительно отличается от таковой у детей более старшего возраста и взрослых пациентов. На смену манифестной картине заболеваний все чаще приходит их атипичное течение, что приводит к ошибкам в диагностическом аспекте, несвоевременной верификации патологии и, тем самым, к несвоевременному назначению патогенетической терапии, а следовательно, к неизбежной хронизации патологического процесса и раннему формированию осложнений. В последнее десятилетие отмечен значительный рост заболеваний пищевода, квота которых в определенные возрастные периоды достигает 30–40% от всех болезней верхних отделов пищевого тракта. Несколько снизилась первичная заболеваемость язвенной болезни двенадцатиперстной кишки. Та же тенденция отмечается и в частоте выявляемости гастродуоденита, однако при этом растет процент эрозивных форм поражения слизистой желудка и слизистой двенадцатиперстной кишки.

В связи с этим, проблема хронической патологии желудочно-кишечного тракта у подростков остается приоритетной, в связи с утяжелением течения болезни, несмотря на современные методы терапии и этапной реабилитации.

Цель исследования: изучение клинических проявлений и структуры коморбидной патологии при заболеваниях желудочно-кишечного тракта в подростковом периоде.

Материалы и методы. В областной детской клинической больнице г. Белгорода было проведено комплексное обследование 121 ребенка с язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки, хроническим гастродуоденитом в стадии обострения. Дети возрастной категории от 12 до 18 лет составили 77%. С целью верификации диагноза всем исследуемым было проведено углубленное обследование с анализом клинических данных, а также результатов лабораторно-инструментального обследования.

Критериями включения пациентов в исследование был морфологически доказанный хронический гастродуоденит и язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки. Критерии исключения: тяжелая органическая патология желудочно-кишечного тракта.

Обработка результатов проводилась с помощью программ Microsoft Office, Statgraphics Plus и SPSS Statistics 17,0.

Результаты. В ходе проведенного исследования было выявлено 67 пациентов с хроническим гастродуоденитом и 54 — с язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки. В структуре заболеваний органов пищеварения во всех возрастных группах преобладали гастриты и дуодениты. В тоже время, установлено, что язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки достоверно чаще верифицировалась у девочек подростков ($p < 0,05$).

При анализе жалоб установлено, что болевой синдром встречался в 100% всех случаев ($p < 0,05$).

В структуре диспепсического синдрома преобладали тошнота (выявлялась более чем у половины детей- ($p < 0,05$), рвота- ($p < 0,05$), изжога ($p < 0,05$). Нарушение частоты и характера стула отмечалось у $10,2 \pm 3,2\%$, $p < 0,05$.

Современный этап развития гастроэнтерологии характеризуется изучением более глубоких этиопатогенетических аспектов болезней органов пищеварения. Сегодня ни у кого не вызывает сомнения ведущая роль *H. pylori* в формировании и особенностях течения гастродуоденальной патологии.

Проведенное исследование показало, что с *Hp*-инфекцией ассоциировано 75% язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, 45% гастродуоденитов.

Формирование коморбидной составляющей обусловлено сходством факторов риска, общностью патогенетических аспектов развития нозологических форм и структурно-функциональных особенностей органов, что обуславливает сочетанное возникновение патологии, потенцирование патологических процессов в других отделах. Данное исследование показало, что сопутствующая патология гепатобилиарной системы выявлялась практически у каждого десятого пациента. Дисхолия верифицировалась у $12,6 \pm 5,4\%$ ($p < 0,05$) подростков, деформация желчного пузыря и его перегиб — у $13,4 \pm 5,2\%$ ($p < 0,05$). Наличие синдрома Жильбера выявлено у трех пациентов $3,2 \pm 4,1$ ($p < 0,05$).

Также у подростков достоверно чаще выявлялся дуоденогастральный рефлюкс $5,7 \pm 2,3\%$, ($p < 0,05$), гипотония кардии $2,5 \pm 2,1\%$, ($p < 0,05$), дискинезия желудка и двенадцатиперстной кишки по гипермоторному типу $3,9 \pm 2,6\%$, ($p < 0,05$), хронический бульбит $8,8 \pm 3,3\%$, ($p < 0,05$).

Исследование показало, что заболевания желудочно-кишечного тракта в подростковом периоде характеризовались длительным латентным течением с преобладанием диспептического синдрома.

Заключение. Таким образом, повышение качества диагностических и лечебно-профилактических мероприятий этой категории лиц является необходимой для клинической практики в условиях сформировавшейся в последнее десятилетие негативной динамики показателей общественного здоровья населения, а именно детей и подростков, 70% которых уже имеют хроническую патологию, социально обусловленные и социально значимые заболевания.

ЗАРУБЕЖНЫЙ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ТРИМЕБУТИНА МАЛЕАТА В СОЧЕТАНИИ С ЛАКТУЛОЗОЙ В ЛЕЧЕНИИ СИНДРОМА РАЗДРАЖЕННОГО КИШЕЧНИКА С ПРЕОБЛАДАНИЕМ ЗАПОРОВ У ПОЖИЛЫХ ЛЮДЕЙ

*Анастасия Юрьевна Мошкина^{1,2}, Мигран Эдуардович Мартиросян²,
Евгения Венарисовна Анисифорова², Александра Петровна Герасимова²*

¹ Тюменский государственный медицинский университет. 625000, Тюмень, ул. Одесская, д. 54

² Областная больница № 19. 625000, Тюмень, ул. Авторемонтная, дом 2

E-mail: m19970402@yandex.ru

Ключевые слова: синдром раздражённого кишечника, гериатрия, старость, запор.

Введение. Синдром раздражённого кишечника является важной медико-социальной проблемой и привлекает внимание многих гастроэнтерологов всего мира.

Цель исследования. Провести анализ научной англоязычной литературы за последние 5 лет в области эффективности и механизма действия Тримебутина малеата в сочетании с лактулозой при лечении синдрома раздраженного кишечника с преобладанием запора у пожилых людей.

Материалы и методы. С марта 2019 по март 2021 года 102 пожилых пациента с синдромом раздражённого кишечника с преобладанием запора были случайным образом разделены на группу наблюдения (51 случай) и контрольную группу (51 случай). Группа наблюдения получала тримебутина малеат в сочетании с лактулозой, в то время как контрольная группа получала лактулозу. Сравнение клинических эффектов двух групп. Сравнение уровней вазоактивного кишечного пептида (ВИП), уровней нейропептида Y (НПУ) и показателей качества жизни до и после лечения между двумя группами. Документирование побочных реакций во время лечения.

Результаты. Улучшение клинических симптомов в группе наблюдения было значительно лучше, чем в контрольной группе, и разница статистически значима ($P < 0,05$). Уровень ВИП после лечения в группе наблюдения был достоверно ниже, чем в контрольной группе и до лечения, и различия были статистически значимыми ($P < 0,05$). Уровень НПУ после лечения в группе наблюдения был достоверно выше, чем в контрольной группе и до лечения, и различия были статистически значимыми ($P < 0,05$). Показатели ограничений в питании и проблем со здоровьем в контрольной группе после лечения были значительно выше, чем до лечения, и различия были статистически значимыми ($P < 0,05$). Показатели тревожности, поведенческих конфликтов, ограничений в питании, беспокойства о здоровье, социальной реакции и семейных отношениях в группе наблюдения после лечения были значительно выше, чем в контрольной группе и до лечения, и различия были статистически значимыми ($P < 0,05$). В течение периода лечения ни в одной группе не наблюдалось серьезных побочных эффектов, при этом некоторые пациенты испытывали головокружение и сухость во рту, которые улучшились после отмены препарата без специального вмешательства.

Выводы. Тримебутина малеат в сочетании с лактулозой может улучшить клинические симптомы и качество жизни у пожилых пациентов с синдромом раздражённого кишечника с запором, и механизм его действия может быть связан с регуляцией уровней ВИП и НПУ в организме.

УЛЬТРАЗВУКОВЫЕ МАРКЕРЫ ВЫСОКОЙ СТЕПЕНИ АКТИВНОСТИ ЯЗВЕННОГО КОЛИТА

Сергей Иванович Пиманов, Елена Александровна Дикарева

Витебский государственный медицинский университет. 210009, Республика Беларусь, г. Витебск, пр. Фрунзе, 27

E-mail: ruselikelena@mail.ru

Ключевые слова: язвенный колит, активность, ультразвуковое исследование, шкала Мейо.

Введение. Язвенный колит (ЯК) характеризуется чередованием периодов активности и ремиссии заболевания. Для выбора тактики ведения пациента, т.е. проведения эскалации или деэскалации лекарственной терапии, необходимо оценить активность воспалительного процесса в кишечной стенке. Несмотря на то, что колоноскопия является золотым стандартом для оценки активности заболевания и заживления слизистой оболочки, это инвазивный метод, который может сопровождаться развитием жизнеугрожающих осложнений и нередко плохо переносится больными. Преимущество ультразвукового исследования (УЗИ) кишечника состоит в том, что оно неинвазивно, необременительно для обследуемого, доступно и хорошо воспроизводимо. Ультразвуковые параметры, такие как толщина и васкуляризация стенки кишечника, стратификация кишечной стенки, могут предоставить информацию о активности заболевания, помочь диагностировать ремиссию и рецидив заболевания. Однако, в настоящее время существуют противоречивые данные о вкладе различных ультразвуковых показателей в определении активности ЯК.

Цель исследования. Определить ультразвуковые маркеры высокой степени активности ЯК.

Материалы и методы. В исследование было включено 57 пациентов с ЯК (37 женщин и 20 мужчин), которым было выполнено УЗИ кишечника для установления активности заболевания. Возраст участников исследования был от 20 лет до 51 года. Медиана возраста обследованных составила 38,0 (34,0; 42,0) лет. УЗИ кишечника выполнялось на аппарате «Logiq E9» (фирма «GE Healthcare», США) с использованием линейного 9,0–15,0 МГц и конвексного 3,5–6,0 МГц датчиков. Для оценки ультразвуковых маркеров высокой активности ЯК применялся двумерный серошкальный режим и цветное доплеровское картирование кишечной стенки. В ходе исследования оценивалась толщина кишечной стенки и характер кровотока в стенке кишки, который определялся по балльной системе В. Limberg (от 0 до 4). Всем участникам исследования была выполнена колоноскопия. Полученные ультразвуковые данные сопоставлялись с результатами оценки активности ЯК по общепринятой шкале Мейо. У всех участников исследования определяли частоту стула, наличие ректального кровотечения, эндоскопические данные и общую оценку врача. Если пациент набирал 10–12 баллов по шкале Мейо, то это оценивали как высокую активность ЯК, 6–9 — среднюю; 2–5 — легкую; при наличии менее 2 баллов диагностировали ремиссию. Статистическая обработка полученных данных проводилась с использованием программ STATISTICA 10.0, MedCalc (ROC-анализ).

Результаты. В ходе оценки активности ЯК по шкале Мейо у 15 обследованных (26,3%) была определена высокая активность ЯК (10–12 баллов по шкале Мейо). У 42 участников исследования (73,7%) по шкале Мейо была диагностирована ремиссия, легкая или умеренная активность ЯК (0–9 баллов по шкале Мейо). При сопоставлении активности ЯК по шкале Мейо с данными УЗИ по результатам ROC-анализа программой MedCalc была выбрана точка отсечения (cut-off) для ультразвукового показателя толщины кишечной стенки больше 3,2 мм. Значение площади под кривой, рассчитанное программой, равнялось $0,769 \pm 0,0647$ (95% ДИ: 0,638–0,870; $p < 0,0001$), что свидетельствует о хорошем качестве модели. При этом чувствительность метода составила 93,3%, специфичность — 61,9%. Также проводилось сравнение результатов активности ЯК по шкале Мейо с характером кровотока в стенке кишки по системе В. Limberg, который визуализировался при проведении УЗИ кишечника. По данным ROC-анализа пограничное значение (cut-off), определяющее высокую активность ЯК, было больше 2 баллов по системе В. Limberg. Значение площади под кривой, рассчитанное программой, составило $0,833 \pm 0,0520$ (95% ДИ: 0,716–0,922; $p < 0,0001$), что свидетельствует о очень хорошем качестве модели. Чувствительность этого метода равнялась 80,0%, специфичность — 76,2%.

Точка отсечения была рассчитана программой, поэтому в практике для выявления по данным УЗИ кишечника высокой активности ЯК следует использовать показатель кровотока в стенке кишки по системе В. Limberg равный 3 и более баллам.

Заключение. Определены следующие ультразвуковые маркеры высокой активности ЯК: толщина кишечной стенки больше 3,2 мм, а также кровоток в стенке кишки 3 и более баллов по системе В. Limberg. Ультразвуковой метод оценки толщины кишечной стенки и характера кровотока в стенке кишки имеет высокие показатели чувствительности и специфичности в отношении определения высокой активности ЯК. Данные ультразвуковые маркеры можно использовать для объективной неинвазивной оценки степени активности ЯК, дифференциации ремиссии и рецидива, мониторинга ответа на терапию и коррекции лекарственной терапии.

АЛГОРИТМ ОБСЛЕДОВАНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ИЗОЛИРОВАННЫМ ПОВЫШЕНИЕМ γ-ГЛЮТАМИЛТРАНСПЕПТИДАЗЫ

Борис Давидович Старостин

Санкт-Петербургское государственное бюджетное учреждение
городская поликлиника № 38, Санкт-Петербург, ул. Кавалергардская, 26

E-mail: starostinbd@mail.ru

Ключевые слова: γ-ГТП, дифференциальная диагностика, алгоритм обследования.

Введение. Изолированное повышение γ-глутамилтранспептидазы (ГГТП) встречается при самых разных заболеваниях и состояниях, поэтому практическому врачу очень важно выбрать правильный алгоритм обследования таких пациентов, чтобы при этом максимально правильно использовать ресурсы здравоохранения.

Цель исследования. Выработать определенный алгоритм обследования пациентов с изолированным повышением ГГТП.

Материалы и методы. Нами был проведен анализ различных систем, в том числе Pubmed, HighWire Press, Pubmed Central, The Cochrane Library, Google Scholar, Российской Государственной библиотеки, Biomed Central, FreeBooks4Doctors, Free Medical Journals для поиска данных об изолированном повышении ГГТП в сыворотке крови. Учитывались только статьи представленные полным текстом. Всего проанализировано 132 статьи. Кроме того, ретроспективно были оценены амбулаторные карты пациентов нашего учреждения с 2018 по 2022 гг., у которых было выявлено изолированное повышение ГГТП, при этом учитывались все возможные этиологические факторы повышения γ-ГТП.

Результаты. По данным изучения доступной литературы было установлено упоминание об изолированном повышении ГГТП при злоупотреблении алкоголем, при холестатических и паренхиматозных поражениях печени, при первичном и вторичном метастатическом поражении печени, приеме ряда лекарственных препаратов (лекарственно индуцированном поражении печени), неалкогольном жировом заболевании печени (на всех этапах — стеатоз печени, неалкогольный стеатогепатит, цирроз печени), при осложненном течении цирроза печени (печеночная энцефалопатия), вирусных гепатитах (часто на этапе регенерации печени), гемангиоматоз печени, порфирии, нефротическом синдроме, сахарном диабете 2-го типа, ожирении, опухолях мозга, раке мочевого пузыря, панкреатите и раке поджелудочной железы, злоупотреблении никотином, аденокарциноме большого дуоденального соска, при муковисцидозе, раке молочных желез, предстательной железы, пищевода, желудка и колоректальном раке, при ишемической болезни сердца (в том числе у пациентов с нормальным индексом массы тела), болезни Кавасаки, хронической почечной недостаточности, воспалении, хронической обструктивной болезни легких, метаболическом синдроме, сепсисе, подагре, системной красной волчанке, ревматоидном артрите, лейкемии, миелопролиферативном заболевании, лимфоме, анемии, травме головного мозга, инсульте, энцефалите, внутричерепном кровоизлиянии.

По данным ретроспективного анализа амбулаторных карт наиболее частой причиной изолированного повышения ГГТП являлись различные заболевания печени (стеатоз печени, неалкогольный и алкогольный стеатогепатит), поджелудочной железы (липоматоз и хронический панкреатит), злоупотребление алкоголем и различные локализации новообразований. На основании полученных данных был предложен алгоритм обследования пациентов с изолированным повышением ГГТП: 1-й этап — от простого к более сложному: тщательный сбор анамнеза заболевания и жизни (при необходимости подсчет шкалы Audit, оценка коморбидного фона), тщательный осмотр для исключения стигматов алкоголизма и признаков других заболеваний, проведение ультразвукового исследования органов брюшной полости и забрюшинного пространства с оценкой возможных диффузных или очаговых изменений исследуемых органов, проведение различных биохимических и иммунологических исследований. Полезным в ряде случаев является определения соотношения γ-ГТП к аспаратаминотрансферазе (на ранних стадиях гепатоцеллюлярного рака, связанного с вирусом гепатита В) или к показателю липопротеинов низкой плотности (при НАСГ и/или сахарном диабете 2-го типа).

2-й этап: компьютерная томография и/или магнитно-резонансная томография с контрастированием органов брюшной полости и забрюшинного пространства, по необходимости эндоскопическая ультрасонография. На всех этапах обследования пациентов с изолированным повышением g-ГТП следует использовать соответствующие рекомендации Российской Гастроэнтерологической Ассоциации.

Заключение. Даже небольшому отклонению ГТП от референтных значений следует уделять пристальное внимание для правильной оценки патологического процесса и исключения самых разнообразных заболеваний, в том числе учитывая онкологическую настороженность.

ТРОЙНАЯ АНТИХЕЛИКОБАКТЕРНАЯ ТЕРАПИЯ ПРИ *H. PYLORI*-ИНДУЦИРОВАННОМ ГАСТРОДУОДЕНИТЕ

Борис Давидович Старостин

Санкт-Петербургское государственное бюджетное учреждение «Городская поликлиника № 38», Санкт-Петербург, ул. Кавалергардская, 26

E-mail: starostinbd@mail.ru

Ключевые слова: *Helicobacter pylori*, ингибитор протонной помпы, амоксициллин.

Введение. Хорошо известно, чем меньше пациент принимает лекарственных препаратов в период лечения, тем выше комплаенс, тем лучше результаты такого лечения.

Цель исследования. Оценить показатели эрадикации *Helicobacter pylori* (Н.р) у всех включенных в исследование (Intention to treat — ИТТ) и всех закончивших исследование (Per protocolum — РР) при проведении тройной антихеликобактерной терапии.

Материалы и методы. В исследование были включены 35 пациентов (17 мужчин, 18 женщин), которые принимали ингибитор протонной помпы нексиум 40 мг 2 раза в день за 30–45 минут до завтрака и ужина в течение 14 дней плюс одновременно второй препарат амоксициллин 1000 мг непосредственно перед приемом пищи 2 раза в день — 14 дней и висмута трикалия дицитрат (Ulcavis) по 240 мг 2 раза в день ч/з 40–60 минут после завтрака и ужина (с целью более длительного пребывания препарата в желудке) — 14 дней. После 14-дневного курса анти-Н.р. терапии пациенты принимали синбиотический препарат Флориоза, в состав которого входят инулин (пребиотик) и штаммы бифидо и лактобактерий, по 1 саше 1 раз в день во время приема пищи в течение 1 месяца. Диагноз был верифицирован на основании данных фиброэзофагогастродуоденоскопии с проведением быстрого уреазного теста (БУТ). В случае сомнительного результата БУТ дополнительно проводился ¹³С-УДТ. Пациентам подробно было объяснено о необходимости и целесообразности проведения антихеликобактерной терапии, указано о возможных побочных нежелательных эффектах (НЯ), в том числе возможном появлении наиболее частых из них: горечь во рту и диарея, а также указано о появлении черного стула на фоне приема висмута трикалия дицитрата. Даны рекомендации по рациональному питанию, необходимости исключения citrusовых фруктов, которые могут ослаблять действие антибактериального препарата — амоксициллин, исключения употребления алкоголя, соблюдении режима питания. Пациенту был выдан на руки подробно описанный антихеликобактерный режим с указанием препаратов, времени приема по отношению к пище. Указано об обязательности регулярного приема всех препаратов и значении этого на результаты лечения. С целью контроля соблюдения антихеликобактерного режима пациенты приглашались на прием через 7 дней от начала лечения. На 3-й день приема осуществлялся телефонный контроль приема лекарств. После проведенной антихеликобактерной терапии пациенты принимали синбиотический препарат в течение 1 месяца. Контроль эрадикации проводился уреазным дыхательным тестом с меченой мочевиной (¹³С-УДТ) Heliforce 75 mg через 4 недели после прекращения антихеликобактерного режима.

Результаты. Из 35 пациентов вошедших в исследование полностью анти-Нр терапию закончили 34 пациента. 1 пациент самостоятельно прекратил прием лекарственных препаратов из-за развития нежелательных явлений: рвота, повышение температуры до 38°C, диарея и кожные высыпания, которые полностью были устранены после 10-дневного курса антигистаминного препарата. По данным ¹³С-УДТ эрадикация *H. pylori* была достигнута у 32 из 35 пациентов вошедших в исследование — 91% (ИТТ) и у 32 из 34 закончивших исследование — 94% (РР). Наиболее частыми НЯ были горечь во рту слабой или умеренно выраженной интенсивности у 6 из 34 пациентов — 17.6% (per protocolum), которые проходили самостоятельно после окончания приема препаратов и диарея у 2 из 34 пациентов — 5% (per protocolum). Данное НЯ (диарея) прошла в процессе проведения курса приема синбиотического препарата (флориоза). Суммарно частота НЯ составила 22.6%, что статистически значимо ниже, чем при проведении любого варианта квадротерапии.

Заключение. 1. Учитывая результаты эрадикации Н.р. можно утверждать о значительном влиянии на результат двойных доз нексиума и достаточной кислотосупрессии.

2. Вариант тройной терапии: ИПП+ амоксициллин в дозе 3 грамма в день + висмута трикалия дицитрат обеспечивают хорошие результаты эрадикации *H. pylori*.

3. Для достижения (+) результатов антихеликобактерной терапии крайне важен комплаенс, необходимость объяснения всех моментов проведения антихеликобактерной терапии, с исключением факторов, которые могут снизить эффективность анти-Н.р. терапии.

ВОДОРОДНЫЙ ДЫХАТЕЛЬНЫЙ ТЕСТ С ЛАКТУЛОЗОЙ У ПАЦИЕНТОВ С ПОВЫШЕННЫМ ГАЗООБРАЗОВАНИЕМ, ВЗДУТИЕМ ЖИВОТА, ФЛАТУЛЕНЦИЕЙ

Борис Давидович Старостин, Татьяна Николаевна Марченко

Санкт-Петербургское ГБУЗ Городская Поликлиника №38, Санкт-Петербург, ул. Кавалергардская, 26

E-mail: starostinbd@mail.ru

Ключевые слова: водородный дыхательный тест, СИБР, альфа-нормикс.

Введение. Повышенное газообразование, вздутие живота, флатуленция чрезвычайно распространенные симптомы, которые существенно влияют на качество жизни пациентов. Данные симптомы могут быть при СРК с запором, СИБР — синдром избыточного бактериального роста в тонкой кишке (SIBO — Small Intestinal Bacterial Overgrowth), воспалительных заболеваниях кишечника, различных видах мальабсорбции углеводов (лактоза, фруктоза, сахароза и др.).

Цель исследования. Оценить значение ВДТ с лактулозой при таких симптомах как вздутие живота, повышенное газообразование, метеоризм.

Материалы и методы. В исследование были включены 69 пациентов (47 женщин, 22 мужчины), средний возраст которых составил 53 ± 9 . Длительность анамнеза заболевания составила от 3 месяцев до 20 лет. ВДТ проводился с лактулозой при наличии вздутия живота, повышенного газообразования, флатуленции — при подозрении на СИБР. Перед проведением ВДТ пациенту было рекомендовано не принимать пищу в течение 8–12 часов. В течение этого времени разрешалось пить только воду (последний прием за 2 часа до ВДТ). Исключалось питье молока и соков за сутки до проведения тестирования. За сутки до проведения ВДТ пациенту рекомендовалось избегать приема таких продуктов как лук, лук-порей, чеснок, капуста (в том числе квашеная), бобовые и любые виды маринованных овощей. Минимум за 24 часа исключались продукты, содержащие слабо абсорбируемые углеводы и диетические волокна. За 12 часов до начала теста пациент не должен был курить и жевать жевательную резинку. Если все же пациент продолжает курить или покурив в день исследования тест проводился только при значении базальной (исходной) концентрации водорода в выдыхаемом воздухе $< 5 \text{ ppm}$ (до нагрузки лактозой). Физическая активность была ограничена за 2 часа до и в течение всего ВДТ. Относительными противопоказаниями для проведения ВДТ являлись наличие колостомы, в течение 4-х недель после приема антибактериальных препаратов, рентгенологического исследования кишечника и колоноскопии; в течение 2-х недель после очищения кишечника при подготовке к хирургическим пособиям; в течение 1-й недели при приеме слабительных, за сутки — прием препаратов, содержащих лактулозу или лактозу; прокинетики, пробиотиков, витаминов. Абсолютными противопоказаниями для проведения ВДТ являлись упоминания в анамнезе гипогликемии голодания (постпрандиальная гипогликемия). Утром за 2 часа до проведения теста пациент выпивал стакан горячей воды. Это способствует перистальтике и «смывает» кишечные бактерии, которые вырабатывают водород в межпищеварительный период. Обязательно пациент должен был почистить зубы. До измерения базальной продукции водорода, чтобы снизить продукцию H_2 от бактерий ротовой полости, пациент прополоскивал рот антисептическим раствором хлоргексидина 0.05% 10 мл в течение не менее 1 минуты, а в последующем в процессе проведения теста перед каждым замером концентрации водорода в выдыхаемом воздухе. Все измерения проводились сидя. Непосредственно перед измерением пациент сидел в течение 1 минуты. Исследование проведено на аппарате Лактофан 2 с принудительной калибровкой аппарата каждые 30 дней. После базального определения концентрации водорода пациент выпивал 15 мл лактулозы в 250 мл теплой воды и затем проводились измерения каждые 15 минут 4 раза и каждые 30 минут 2 раза. Повышение концентрации водорода к 90-й минуте исследования в сравнении с базальной (НОВ) на $> 20 \text{ ppm}$ признавалось как (+) тест, свидетельствующий о наличии СИБР.

Результаты. ВДТ с лактулозой был проведен у 69 пациентов (47 женщин и 22 мужчины). Не существовало каких-либо различий между группами женщин и мужчин кроме пола. Из 69 пациентов у 66 было подтверждено наличие СИБР. Показатели НОВ колебались от 23 до 181 ppm. Всем пациентам с подтвержденным СИБР проводилась соответствующая терапия в

течение 10 дней: рифаксимин (Альфа-Нормикс) 400 мг 2 раза в день во время приема пищи — 9 дней и Метронидазол 250 мг 4 раза в день — 10 дней. С 11 дня лечения прием Максилака 1 капсула 1 раз в день — 1 месяц. Контрольный ВДТ с лактулозой у 57 пациентов выявил сохранение СИБР только у 3 пациентов. Эффективность проводимой терапии составила 95%.

Данный вариант диагностики СИБР согласуется с рекомендациями Европейской Ассоциации Гастроэнтерологии, Эндоскопии и Диетологии, Европейского Общества Нейрогастроэнтерологии и Моторики, Европейского Общества Педиатрической Гастроэнтерологии, Гепатологии и Питания; позицией Северо-Американского консенсуса и др.

Заключение. 1. ВДТ с лактулозой эффективный, безопасный и экономичный метод диагностики СИБР. 2. Комбинированная терапия альфа-нормиксом с метронидазолом — эффективный метод лечения СИБР.

ВОДОРОДНЫЙ ДЫХАТЕЛЬНЫЙ ТЕСТ С ЛАКТОЗОЙ ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА ЛАКТАЗНУЮ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ И ЛАКТАЗНУЮ НЕПЕРЕНОСИМОСТЬ

Борис Давидович Старостин, Татьяна Николаевна Марченко

Санкт-Петербургское государственное бюджетное учреждение «Городская поликлиника № 38», Санкт-Петербург, ул. Кавалергардская, 26

E-mail: starostinbd@mail.ru

Ключевые слова: водородный дыхательный тест, лактазная недостаточность, лактазная непереносимость.

Введение. Ранее по данным Корниенко Е.А. и соавторов было установлено, что лактазная недостаточность выявляется у 56% призывников Санкт-Петербурга. С возрастом вследствие различных факторов частота лактазной недостаточности может возрастать.

Показаниями для проведения ВДТ с лактозой являются непереносимость молока и молочных продуктов, кондитерских изделий или шоколада, подозрение на лактазную недостаточность и/или лактазную непереносимость, диагностика синдрома раздраженного кишечника, наличие вздутия живота, повышенного газообразования, флатуленции, контроль при целиакии, хронические воспалительные заболевания кишечника, так как при этом возникает мальабсорбция углеводов, в том числе лактозы, выявление лактозо-зависимого Синдрома Избыточного Бактериального Роста (СИБР).

Цель исследования. Оценить распространенность лактазной недостаточности и лактазной непереносимости у взрослых пациентов с помощью ВДТ с лактозой.

Материалы и методы. В исследование были включены 57 пациентов (36 женщин, 31 мужчина), средний возраст которых составил 47 ± 11 лет. Длительность анамнеза заболевания составила от 3 месяцев до 20 лет. Водородный дыхательный тест проводился с субстратом лактоза (Франция, лактоза пищевая) при подозрении на первичную конституционную лактазную недостаточность взрослого типа и вторичную лактазную недостаточность. Подготовка к проведению осуществлялась в соответствии с общепринятыми правилами проведения ВДТ. Исследование проведено на аппарате Лактофан 2. Противопоказанием для проведения ВДТ является наличие симптомов тревоги, что требует изначально проведения фиброколоноскопии. Первое измерение на 0-й минуте до принятия субстрата. После базального определения концентрации водорода пациент выпивал 25 грамм лактозы, разведенных в 250 мл теплой воды и затем проводились измерения на 15 минуте, 30-й, 60-й, 90-й и 120-й минуте. При подозрении на СИБР каждые 15 минут, начиная с 45-й минуты исследования. Если базальный уровень концентрации H_2 превышал 10 ppm исследование прекращалось (перенос исследования на другой день). В процессе исследования пациент регистрировал все возникающие симптомы (диарея, боли в животе, вздутие живота, повышенное газообразование и любые другие) и сообщал о них исследователю, который заносил все данные в специальный протокол. Отрицательный результат ВДТ с лактозой устанавливался при отсутствии прирастания концентрации водорода в выдыхаемом воздухе более чем на 20 ppm и отсутствии появления каких-либо симптомов, что свидетельствует об отсутствии лактазной недостаточности и лактазной непереносимости. При отсутствии прирастания концентрации водорода, но появлении симптомов требуется проведение дополнительно ВДТ с лактулозой, чтобы исключить состояние не- H_2 продуцент (в таких случаях целесообразно определение метана в выдыхаемом воздухе). Повышение концентрации водорода (НОВ) > 10 ppm к 30-й минуте исследования в сравнении с базальной расценивалось как лактозо-зависимый СИБР. Положительный тест признавался, если повышение НОВ > чем на 20 ppm с 60-й до 90-й минуты — лактазная недостаточность. Если в процессе проведения ВДТ с лактозой возникали какие-либо симптомы и сохранялись, то устанавливалась лактазная непереносимость, а если самостоятельно проходили в течение первых 60 минут, то расценивались как проявление СИБР.

Результаты. Полностью ВДТ с лактозой был проведен у 57 пациентов. Из 57 пациентов у 38 было подтверждено наличие лактазной недостаточности — 63% (сопоставимо с результатами исследования Корниенко Е.А.) и у 14 пациентов лактазная недостаточность сочеталась с лактазной непереносимостью.

ВДТ с лактозой является «золотым стандартом» диагностики лактазной недостаточности и лактазной непереносимости. Проведение ВДТ с лактозой для диагностики лактазной недостаточности согласуется с рекомендациями Российской Гастроэнтерологической Ассоциации, Европейской Ассоциации Гастроэнтерологии, Эндоскопии и Диетологии, Европейского Общества Нейрогастроэнтерологии и Моторики, Европейского Общества Педиатрической Гастроэнтерологии, Гепатологии и Питания; позицией Северо-Американского консенсуса. По чувствительности и специфичности ВДТ с лактозой превышает такие методы диагностики лактазной недостаточности как исследование биоптатов из дистальных отделов двенадцатиперстной кишки и сахарной кривой с лактозой.

Заключение. 1. ВДТ с лактозой — эффективный, безопасный, неинвазивный и экономичный метод диагностики лактазной недостаточности и лактазной непереносимости.

2. Результат ВДТ с лактозой позволяет выбрать патогенетически оправданную терапию.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ AMA RUT EXPERT И QUICK-TEST BIOCHIT

Борис Давидович Старостин, Александр Владимирович Петрутик

Санкт-Петербургское государственное бюджетное учреждение «Городская поликлиника № 38», Санкт-Петербург, ул. Кавалергардская, 26

E-mail: starostinbd@mail.ru

Ключевые слова: AMA RUT Expert, Quick-test Biochit, специфичность, чувствительность.

Введение. Эрадикация хеликобактерной инфекции имеет огромное значение, потому что приводит к быстрому рубцеванию язвы, предупреждает развитие рецидивов и повторных кровотечений при язвенной болезни, гистологической ремиссии при хроническом гастрите, уменьшает выраженность атрофии и метаплазии слизистой оболочки желудка или их устранению, способствует регрессу мальтомы желудка на ранних стадиях, предупреждает развитию рака желудка, отмечен позитивный эффект при необъяснимой Fe-дефицитной анемии, тромбоцитопенической пурпуре и В₁₂-дефицитной анемии. Рекомендована эрадикация *Helicobacter pylori* (H.p.) при функциональной диспепсии, ассоциированной с H.p., при использовании аспирина и/или НПВП, а также при долгосрочной терапии ингибиторами протонной помпы. Чем раньше начато лечение против H.p., тем более эффективно оно, тем более выраженный его канцеропревентивный эффект. Поэтому своевременная и точная диагностика H. p. имеет огромное значение.

Цель исследования. Сравнить различные варианты быстрого уреазного теста. Оценить наиболее значимые характеристики различных быстрых уреазных тестов — БУТ для диагностики *H. pylori* (чувствительность, специфичность, диагностическая точность).

Материалы и методы. В исследовании №1 были сравнены валидированный БУТ Quick-test Biochit и новый БУТ — AMA RUT (Rapid Urease Test) Expert, проводимые во время фиброзофагогастроскопии. Проведено многоцентровое исследование в различных гастроэнтерологических центрах ЛПУ Санкт-Петербурга с определенными критериями включения в соответствии с Good Clinical Practice (GCP). Критерии исключения: прием ИПП в течение 2-х недель, антибактериальных и/или висмут-содержащих препаратов в течение 4-х недель до тестирования на наличие *H. pylori*, отказ от проведения любой из процедур исследования. Исследуемую группу составили 1126 пациентов (мужчин 446; женщин 670). Возраст пациентов варьировал от 18 до 89 лет. Средний возраст 53.7 ± 12.9 . По нозологическим формам: хронический гастрит $n=615$, ГЭРБ $n=195$, Функциональная диспепсия $n=141$, Язвенная болезнь с локализацией дефекта в 12-п.к. $n=135$, язвенная болезнь с локализацией дефекта в желудке $n=30$. У всех пациентов были проведены быстрый уреазный тест Эксперт компании AMA, Quick-Test Biochit и гистологическое определение хеликобактерной инфекции (забор 5 биоптатов в соответствии с классификацией OLGА). 2 биоптата использовались для диагностики новым AMA RUT Expert и валидированным Quick-Test Biochit. Гистологическая оценка проводилась независимыми квалифицированными патоморфологами. Результаты гистологической верификации H.p. являлись «критериальным стандартом» диагностики H.p.

Результаты. Инфекция H.p. при гистологическом исследовании была выявлена у 446 пациентов — 39,96%, при использовании AMA RUT Expert H.p. выявлена 439 пациентов — 39,34%. Чувствительность AMA RUT Expert составила 98.5% (ложноотрицательные результаты отмечены у пациентов с анамнезом неоднократных попыток эрадикации H.p.) против 87.5% у Quick-test Biochit. Специфичность AMA RUT Expert 100% против 93.6% Quick-test Biochit. Диагностическая точность AMA RUT Expert 99.5% против 97.8% у Quick-test Biochit. Метаанализ 52 исследований чувствительности и специфичности различных БУТ выявил колебания чувствительности от 56.3% до 100%, $M_{sp}=85.2\%$. Специфичность варьировала от 70% до 100%. Сравнение AMA RUT Expert и Quick-test Biochit выявило 26 расхождений определения наличия H.p., из них 23 случая, когда AMA RUT Expert был (+), а Quick-test Biochit (-) результат и в 3 случаях когда Quick-test Biochit был (+), а AMA RUT Expert (-). В случаях при (+) результате Quick-test Biochit значения Эксперт-теста гистологически и по данным ПЦР диагностики антигена *H. pylori*, а также ¹³C-УДТ было подтверждено отсутствие H.p. в 23 случаях, когда AMA RUT Expert тест был (+), а Quick-test Biochit (-) проведенные дополнительные

исследования выявили у 21 пациента гистологически и по данным ПЦР диагностики антигена Н.р. в стуле наличие Н.р. У 2 пациентов по данным гистологии и определения антигена Н.р. в стуле наличие Н.р. не было обнаружено.

Заключение. 1. AMA RUT позволяет проводить тестирование сразу 3 биоптатов.

2. Получение результатов максимум через 14 минут, что значительно меньше чем у других быстрых уреазных тестов (работы по уменьшению времени считывания результатов продолжаются). 3. AMA RUT Expert является фотометрическим методом определения ферментной реакции, позволяющего определить наличие *H. pylori* и исключить произвольную оценку результата исследователем за счет автоматической оценки.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ AMA RUT PRO И BIOCHIT UFT300

Борис Давидович Старостин, Александр Владимирович Петрутик

Санкт-Петербургское государственное бюджетное учреждение «Городская поликлиника № 38», Санкт-Петербург, ул. Кавалергардская, 26

E-mail: starostinbd@mail.ru

Ключевые слова: AMA RUT Expert, Quick-test Biochit, специфичность, чувствительность.

Введение. В соответствии с рекомендациями Российской Гастроэнтерологической Ассоциации (РГА), Маастрихт VI/Флорентийским Консенсусом, позициями Американской Коллегии Гастроэнтерологов (АКГ), Киотским консенсусом и многими другими — показаниями для эрадикации *Helicobacter pylori* (Н.р.) являются язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, ассоциированные с Н.р., хеликобактер пилори-индуцированный гастрит, мальтомы желудка на ранних стадиях (Lugano I/II), при необъяснимой железо-дефицитной анемии и идиопатической тромбоцитопенической пурпуре, В₁₂-дефицитной анемии, неисследованной диспепсии (test-and-treat), предупреждение развития рака желудка, при использовании аспирина и /или НПВП, при долгосрочной терапии с ингибиторами протонной помпы, иссечение слизистой оболочки желудка при раннем раке желудка и необходимость проведения иммунотерапии рака любой локализации у пациентов с хеликобактерной инфекцией. Для первичной диагностики хеликобактерной инфекции могут быть использованы различные методы (быстрый уреазный тест — БУТ, эндоскопический, гистологический, культуральный, уреазный дыхательный тест с меченым углеродом — ¹³С-УДТ или ¹⁴С-УДТ), определение антигена Н.р. в стуле, определение антител к Н.р. (серология). Каждый метод имеет свои преимущества и недостатки. На практике наиболее частым методом диагностики является быстрый уреазный тест, проводимый в процессе фиброгастроуденоскопии. Преимуществом которого является быстрота, экономичность и точность (валидированных) в определенной группе пациентов. Недостатком БУТ является возможность ложноотрицательных результатов при приеме ИПП или при недавнем применении антибактериальных или висмут-содержащих препаратов.

Цель исследования. Сравнить AMA RUT Pro и вариант жидкого БУТ Biochit UFT300. Оценить чувствительность и специфичность данных тестов в сравнении с «критериальным стандартом» диагностики *H. pylori* — гистология.

Материалы и методы. В исследовании №2 были сравнены валидированный БУТ Biochit UFT300 и новый БУТ — AMA RUT Pro (селективный быстрый уреазный тест с разделением слоев: 1. Чувствительный — реакция уреазы Н.р. и мочевины и 2. Слой индикаторной реакции — аммиак повышает рН). Проведено многоцентровое исследование в различных гастроэнтерологических центрах ЛПУ Санкт-Петербурга с определенными критериями включения в соответствии с Good Clinical Practice (GCP). Критерии исключения: прием ИПП в течение 2-х недель, антибактериальных и/или висмут-содержащих препаратов в течение 4-х недель до тестирования на наличие *H. pylori*, отказ от проведения любой из процедур исследования. Исследуемую группу составили 101 пациент (мужчин 57; женщин 44). Возраст пациентов варьировал от 18 до 90 лет. Средний возраст 65.7±10.1. Рост 167.3±9.9. По нозологическим формам: хронический гастрит n=79, ГЭРБ n=7, Функциональная диспепсия n=15. Всем пациентам были проведены AMA RUT Pro и Biochit UFT300, а также гистологическое определение хеликобактерной инфекции (забор 5 биоптатов в соответствии с классификацией OLGA). Обоснованием выбора для сравнения быстрого уреазного теста AMA RUT Pro и Biochit UFT300 были факты того что Biochit *H. pylori* UFT300 очень широко используется во всем мире, имеет высокую диагностическую точность 97.5% по сравнению с методами «золотого стандарта» — гистологией и уреазным дыхательным тестом с меченым углеродом. Чувствительность Biochit UFT300 94.5% и специфичность 100% по сравнению с гистологией и C13-УДТ (n=1000).

Результаты. Инфекция Н.р. гистологически была выявлена у 53 пациентов из 101 — 52.5%. При использовании AMA RUT Pro Н.р. выявлена у 52 из 53 пациентов — 98.1%, тогда как Biochit UFT300 выявил Н.р. у 43 из 53 пациентов — 81.1%. Расхождения между тестами имелись в 9 случаях — AMA RUT Pro (+) и Biochit UFT300 (-). Дополнительно проведенные исследования C13-УДТ и моноклональный тест определения антигена Н.р. в стуле верифи-

цировали наличие *H. pylori*. У одного пациента был выявлен AMA RUT Pro (-), но Biochit UFT300 (+) с подтверждением наличия *H.p.* гистологически. Чувствительность AMA RUT Pro составила 98.0% против 81% Biochit UFT300. Специфичность AMA RUT Pro 100% против 98% Biochit UFT300. В процессе исследования было отмечено неудобство работы с Biochit UFT300 на практике: данный тест должен храниться при температуре -10°C и затем согреться при комнатной t° до применения, а также неудобна работа с маленькими пробирками. Диагностическая точность AMA RUT Pro 99.0% против Biochit UFT300 90.0% (различия статистически значимы).

Заключение. 1. AMA RUT Pro по специфичности выше чем Biochit UFT300 (статистически не значимо), но существенно выше по чувствительности (статистически значимо).

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ AMA RUT PRO И ИНДИКАТОРНОЙ БУМАГИ (ГЕЛИКОБАКТЕР ТЕСТ)

Борис Давидович Старостин, Александр Владимирович Петрутик

Санкт-Петербургское государственное бюджетное учреждение «Городская поликлиника № 38», Санкт-Петербург, ул. Кавалергардская, 26

E-mail: starostinbd@mail.ru

Ключевые слова: AMA RUT Pro, индикаторная бумага, специфичность, чувствительность, диагностическая точность.

Введение. В практической деятельности в ряде учреждений используются невалидированные методы диагностики хеликобактерной инфекции, что существенно сказывается на снижении качества оказанной медицинской помощи и противоречит основным принципам умной (точной) медицины — использовать правильные методы диагностики.

Цель исследования. Сравнить AMA RUT Pro (валидированный тест с высокой специфичностью и чувствительностью) и геликобактерную бумагу (невалидированный тест) и доказать, что данный метод диагностики не может быть применен на практике. Оценить чувствительность и специфичность данных тестов в сравнении с «критериальным стандартом» диагностики *H. pylori* — гистология.

Материалы и методы. В исследовании №3 были сравнены индикаторная бумага (геликобактер тест) и новый БУТ — AMA RUT Pro (является вариантом селективного уреазного теста для определения *Helicobacter pylori*; в процессе тестирования после помещения биоптата на тест происходит 1-я реакция, когда уреазы Н.р. взаимодействует с мочевиной и образуется аммиак, который вступает во 2-ю реакцию в ходе ее меняется цвет при повышенном рН). Проведено исследование с определенными критериями включения в соответствии с Good Clinical Practice (GCP). Критерии исключения: прием ИПП в течение 2 недель, антибактериальных и/или висмут-содержащих препаратов в течение 4 недель до тестирования на наличие *H. pylori*, отказ от проведения любой из процедур исследования. Исследуемую группу составили 101 пациент (мужчин 47; женщин 54). Возраст пациентов варьировал от 18 до 89 лет. Средний возраст 54.2 ± 12.3 . По нозологическим формам: хронический гастрит $n=51$, ГЭРБ $n=17$, Функциональная диспепсия $n=33$. Всем пациентам были проведены AMA RUT Pro, индикаторная бумага (геликобактер тест) и гистологическое определение хеликобактерной инфекции (забор 5 биоптатов в соответствии с классификацией OLGA) с оценкой независимыми патоморфологами.

Результаты. Исследование было прекращено в связи с тем, что показатели индикаторной бумаги не подлежали оценке, так как у 96 из 101 пациента, включенных в исследование тест был положителен, хотя гистологически *H. pylori* определялась только у 53 пациентов. Ложноотрицательные результаты выявлены у 43 пациентов при использовании индикаторной бумаги, что безусловно связано с тем, что при проведении теста с геликобактерной бумагой показывается рН, а не первично реакция уреазы Н.р. с мочевиной. Специфичность AMA RUT Pro составила 100%, чувствительность AMA RUT Pro 98.0%. Результаты исследования AMA RUT Pro и гистологического исследования слизистой оболочки желудка коррелировали в отношении локализации *H. pylori* и преобладания кокковидных форм Н.р.

Заключение. 1. Геликобактерная бумага (геликобактер тест) не может быть использован в клинической практике, так как имеет крайне низкие показатели специфичности и чувствительности. Проведение теста с геликобактерной бумагой способствует необоснованному применению антихеликобактерных режимов почти у каждого второго пациента. Индикаторная бумага определяет не наличие *H. pylori*, а изменение рН.

2. AMA RUT Pro не уступает по чувствительности, специфичности и диагностической точности валидированным быстрым уреазным тестам, может быть рекомендован как обязательный тест диагностики *Helicobacter pylori*, если есть показания для эндоскопии и отсутствуют противопоказания для биопсии (согласуется с положением Маастрихтского VI/Флорентийского Консенсуса, диагностика, положение 3).

3. АМА RUT Pro отличается простотой осуществления, низкой стоимостью проведения тестирования и точностью при существенном сокращении времени тестирования (до 5 минут).

4. Создан селективный отечественный диагностический тест АМА RUT Pro не уступающий зарубежным аналогам по чувствительности, специфичности и диагностической эффективности (Тест Pylo Plus, США; Тест Pronto-Dry, Франция; Тест HelicobacterUT Plus, Тайвань).

КОМБИНИРОВАННАЯ ТЕРАПИЯ НЕАЛКОГОЛЬНОГО СТЕАТОГЕПАТИТА

Борис Давидович Старостин

Санкт-Петербургское государственное бюджетное учреждение «Городская поликлиника № 38», Санкт-Петербург, ул. Кавалергардская, 26

E-mail: starostinbd@mail.ru

Ключевые слова: неалкогольное жировое заболевание печени, неалкогольный стеатогепатит (НАСГ), урсодезоксихолевая кислота, адеметионин.

Введение. Неалкогольная жировая болезнь печени имеет чрезвычайно высокую распространенность и достигает в России 37.3%, из них у 75.6% выявляется неалкогольный стеатоз и у 24.6% неалкогольный стеатогепатит (по данным DIREG 2), который имеет тенденцию к развитию цирроза печени. Крайне важно, что заболевание поражает наиболее работоспособную группу и имеет влияние на различные системы организма, способствуя развитию различных заболеваний, в том числе онкологических.

Цель исследования. Оценить влияние комбинированной гепатопротекторной терапии на биохимические показатели крови, FIB4, ультразвуковые показатели оценки печени в динамике после 6 месяцев лечения.

Материалы и методы. Всем пациентам были даны рекомендации по модификации образа жизни: снижению калорийности суточного рациона и адекватной физической активности. С целью достижения максимального комплайенса и контроля лечения пациенты вызывались ежемесячно на консультативный прием. Пациенты с установленным НАСГ с синдромом цитолиза ($n=75$) принимали урсодезоксихолевую кислоту (урсосан) в нарастающей дозе с 250 мг 2 раза в день во время завтрака и ужина в первые 7 дней, затем 250 мг 3 раза в день во время еды — 7 дней и далее по 500 мг 2 раза в день во время завтрака и ужина до 6 месяцев в комбинации с препаратом адеметеонин (гептрал) по 400 мг 2 раза в день во время завтрака и обеда — 6 месяцев. В обязательном порядке исключались другие причины поражения печени (верификация НАСГ проводилась методом исключения других этиологических факторов цитолиза). Проводилась сонографическая оценка паренхимы печени, в процессе которой оценивалась динамика НАСГ в соответствии с сонографической классификацией жирового гепатоза по Бацкову С.С. (оценивались семь критериев: увеличение печени, гиперэхогенность печени, дистальное затухание звука, визуализация печеночных вен, визуализация диафрагмального контура, ангиоархитектоника печеночных вен, расширение воротной вены, спленомегалия). Выделялись 4 стадии патологического процесса. У всех пациентов проводилось исследование функциональных печеночных проб в динамике и клинического анализа крови для подсчета FIB4 по специальному калькулятору. Для подсчета которого вводились данные возраста, АЛТ, АСТ, количество тромбоцитов. Назначение гептрала и урсосана соответствует рекомендациям Российской Гастроэнтерологической Ассоциации по лечению пациентов с НАЖЗП. Обоснованием для применения адеметеонина при НАСГ являлось его влияние на усиление β -окисления свободных жирных кислот, образование глутатиона, защита от свободных радикалов, усиление элиминации триглицеридов и ЛПОНП с антиоксидантным эффектом, восстановление текучести и полярности клеточных мембран, стимуляция образования нейромедиаторов, антифибротический эффект, регенерация печени. Обоснованием назначения урсодезоксихолевой кислоты является его гепатопротекторное действие за счет вытеснения гидрофобных токсичных желчных кислот (ЖК) из пула ЖК, мембраностабилизирующий эффект, иммуномодулирующий, противовоспалительный, иммуносупрессивный, антифибротический и антиоксидантные эффекты, а также гипохолестеринемический эффект.

Результаты. Проведенная комбинированная терапия урсодезоксихолевой кислотой с адеметионином приводила к статистически значимой нормализации печеночных функциональных проб и уменьшению сонографической выраженности НАСГ у большинства пациентов. У некоторых пациентов отмечалось полное устранение проявлений жирового гепатоза I–II стадий, определенных при первичном исследовании, либо переходе из более выраженной стадии в более легкую стадию НАСГ. Показатели FIB4 у большинства пациентов имели тенденцию к переходу в группу низкого риска фиброза.

Заключение. 1. Комбинированная терапия НАСГ препаратами адеметионин+ урсодезоксихолевая кислота высокоэффективна, что проявляется тенденцией к нормализации функциональных печеночных проб, ГВ4 и ультразвуковой картины паренхимы печени.

2. Эффективность данной комбинированной терапии при НАСГ обусловлена тем, что адеметионин и урсодезоксихолевая кислота действуют на разные патогенетические механизмы данного заболевания.

СТРУКТУРА ГЕНОТИПИЧЕСКОГО ПОЛИМОРФИЗМА CYP2C19 В САНКТ-ПЕТЕРБУРГЕ НА 2023 ГОД И НАПРАВЛЕННАЯ АНТИ-Н.Р.-ТЕРАПИЯ

Борис Давидович Старостин

Санкт-Петербургское государственное бюджетное учреждение «Городская поликлиника № 38», Санкт-Петербург, ул. Кавалергардская, 26

E-mail: starostinbd@mail.ru

Ключевые слова: CYP2C19, генотипический полиморфизм, направленная анти-Н.р.-терапия.

Введение. Проведение терапии кислотозависимого заболевания без знания генотипического полиморфизма CYP2C19 может приводить к субоптимальному действию ингибиторов протонной помпы, что приводит к снижению частоты рубцевания и скорости заживления язвенного дефекта при язвенной болезни желудка и/или двенадцатиперстной кишки, уменьшению показателей эрадикации *H. pylori*, снижению частоты рубцевания и скорости заживления симптоматических язв верхних отделов ЖКТ, сохранению симптомов хронического гастрита, дуоденита, ГЭРБ, функциональной диспепсии, рефрактерности НПВП-эзофагогастродуоденитов. При отсутствии адекватной кислотосупрессии в период заживления эрозий при ГЭРБ возникает вероятность потенциально предракового заболевания пищевода Барретта. Антихеликобактерная терапия с учетом генотипического полиморфизма способствует более частой эрадикации хеликобактерной инфекции.

Цель исследования. Продолжая накапливать материал, проанализировать структуру генетического полиморфизма у пациентов, обратившихся в наш центр и оценить эффективность направленной анти-Н.р. терапии с учетом генотипического полиморфизма CYP2C19 (один из основных предикторов низкой эффективности антихеликобактерной терапии наряду с низким комплаенсом и антибактериальной резистентностью).

Материалы и методы. Исследуемую группу для оценки эффективности направленной терапии с учетом заранее известного генотипического полиморфизма CYP2C19 *H. pylori* позитивных составили 357 пациентов. У пациентов с экстенсивным типом метаболизма и ультрабыстрым проводилась сопутствующая квадротерапия в течение 14 дней: Эзомепразол 40 мг 2 раза в день за 30–45 минут до завтрака и ужина, амоксициллин 1000 мг + кларитромицин 500 мг 2 раза в день, тинидазол 500 мг 2 раза в день (1 группа, n=264), а при промежуточном и слабом метаболизме (2 группа — n=93) аналогичный по продолжительности и составу анти-Н.р. режим, но с уменьшением дозы эзомепразола до 20 мг 2 раза в день. Контроль эрадикации проводился не ранее 4-х недель после прекращения антихеликобактерного режима (13-УДТ и определение антигена *H. pylori* в стуле). После 14-дневного антихеликобактерного режима пациенты принимали синбиотический препарат Floriosa по 1 пакетику 1 раз в день в течение 1 месяца.

Результаты. Обследовано 2573 пациента. Фармакогенетический тест изучения генотипического полиморфизма CYP2C19 был представлен следующими результатами: *1/*1 — норма (экстенсивный метаболизатор) — 35% всех обследованных; *1/*1 + *17 или *1/*1 + *17/*17 — ультрабыстрый метаболизатор — 39,0%; *1/*2 или *1/*3 — промежуточный метаболизатор — 18,5%; *1/*2 + *17 или *1/*3 + *17 или *2/*3 + *17 — неиндифицируемый метаболизатор — 5,7% (клинически являются промежуточными метаболизаторами), таким образом ПМ составили 24,2%; *2/*2, *2/*3, *3/*3 — медленный метаболизатор — 1,8%. Эрадикации *H. pylori* в 1-й группе определялась у 253 из 264 пациентов, включенных в исследование — 95,7% (Intention to treat — ITT) и у 253 из 262 закончивших исследование — 96,6% (Per Protocol — PP). Двое пациентов прекратили проведение анти-Н.р. терапии не закончив ее. Суммарно побочные эффекты в 1-й группе встречались у 27% пациентов. Во 2-й группе эрадикация *H. pylori* была достигнута у 87 из 93 пациентов вступивших в исследование — 93,5% (ITT) и у 87 из 92 закончивших исследование — 94,6% (PP). Суммарно во 2-й группе нежелательные явления были отмечены у 26%, что статистически значимо реже чем при проведении традиционной антихеликобактерной терапии.

Заключение. 1. В Санкт-Петербурге среди гастроэнтерологических пациентов преимущественным вариантом генотипического полиморфизма CYP2C19 являются пациенты с экстенсивным метаболизмом и ультрабыстрые метаболизаторы. Знание структуры генотипического полиморфизма CYP2C19 в определенной местности позволяет выбрать анти-Н.р. режим без дополнительных исследований и назначить лечение сразу же после определения H. pylori.

2. Направленная терапия позволяет уменьшить дозу ИПП у промежуточных и медленных метаболизаторов и снизить частоту побочных эффектов у этих пациентов, при сохранении оптимальных результатов анти-Нр терапии с учетом влияния оптимизации данного режима.

3. Наиболее оптимальным выбором при лечении кислотозависимых заболеваний, в том числе при проведении анти-Н.р. терапии являются рабепразол (хайрабезол) в стандартной дозе (не требует коррекции дозы) и эзомепразол (нексиум) в двойной дозе при проведении направленной терапии (precision medicine).

ВЛИЯНИЕ ИНГИБИТОРОВ ПРОТОННОЙ ПОМПЫ НА КИСЛОТНЫЙ ИНДЕКС ПИЩЕВОДА. НЕ ВСЕ ИПП ОДИНАКОВЫ

Борис Давидович Старостин, Татьяна Николаевна Марченко

Санкт-Петербургское государственное бюджетное учреждение «Городская поликлиника № 38», Санкт-Петербург, ул. Кавалергардская, 26

E-mail: starostinbd@mail.ru

Ключевые слова: кислотный индекс пищевода, ингибиторы протонной помпы, гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь.

Введение. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь чрезвычайно распространенное заболевание, влияет на качество жизни пациента, нарушая его. Адекватность проводимой терапии зависит от многих параметров, в том числе от выбора ингибитора протонной помпы. Общепринятым параметром 24-часового рН-мониторирования, является процент общего времени с $\text{pH} < 4$ (норма = 4,5%; в соответствии с Лионским Консенсусом абсолютным признаком ГЭРБ является показатель процент времени с $\text{pH} < 4$ более 6%). При рассмотрении рН-граммы легко убедиться, что данный параметр может быть одинаков при $\text{pH} = 3,99$ и $\text{pH} = 0,99$. Однако с понижением рН на 1 единицу количество водородных ионов (H^+) увеличивается в 10 раз. Следовательно, при $\text{pH} = 0,99$ в сравнении с $\text{pH} = 3,99$ количество водородных ионов будет в 1000 раз больше и повреждающая способность такого содержимого будет значительно выше. Высокая информативность и значимость кислотного индекса пищевода (КИП) и желудка была доказана в работах американских и отечественных исследователей.

Цель исследования. Определить влияние различных ингибиторов протонной помпы (рабепразол, эзомепразол и омепразол) на кислотный индекс пищевода у пациентов с ГЭРБ.

Материалы и методы. Исследуемую группу составили 99 пациентов с подтвержденной ГЭРБ в соответствии с Лионским Консенсусом, позиций Российской Гастроэнтерологической Ассоциации. Всем пациентам до начала и после проведенного курса лечения определялись общепринятые параметры 24-часового рН-импедансмониторирования пищевода и желудка (процент времени с $\text{pH} < 4$, количество гастроэзофагеальных рефлюксов за 24 часа (кислые, слабощелочные) физическое состояние рефлюктанта (газ, жидкость, смешанный), количество ГЭР с продолжительностью более 5 минут, самый продолжительный рефлюкс, среднее значение рН в пищеводе, индекс De Meester), а также кислотный индекс пищевода (КИП) как более адекватно характеризующий кислотоповреждающий потенциал рефлюксного содержимого в пищеводе у пациента с ГЭРБ в отличие от кислотного индекса желудка; продолжительность нахождения болюса в пищеводе (экспозиция и клиренс). Ранее проведенные нами исследования свидетельствовали, что между КИП и процентом времени с $\text{pH} < 4$ отмечена (+) корреляция, однако более выраженная корреляция отмечена между КИП и процентом времени с $\text{pH} < 1$. В первой группе ($n = 33$) пациенты принимали рабепразол (хайрабездол) 20 мг 1 раз в день за 30–45 минут до завтрака; во второй ($n = 33$) эзомепразол (нексиум) 40 мг 1 раз в день за 30–45 минут до завтрака в течение 4 недель и в 3-й группе ($n = 33$) омепразол 20 мг 1 раз в день за 30–45 минут до завтрака в течение 4 недель. Сравнимые группы не имели значимых различий по возрастно-половому и другим критериям, которые могли бы оказать влияние на конечные результаты исследования.

Результаты. выраженность симптомов ГЭРБ в баллах соответственно в 1-й; 2-й и 3-й группах до лечения $M_{\text{ср1}} = 3,23 \pm 0,1$; $M_{\text{ср2}} = 3,19 \pm 0,09$ и $M_{\text{ср3}} = 3,21 \pm 0,04$, а на 28-й день $0,25 \pm 0,05$ и $0,24 \pm 0,10$ (различия не значимы между 1-й и 2-й группами, $p > 0,05$), в 3-й группе $0,67 \pm 0,05$ (различия с 1-й и 2-й группами статистически значимы, при $p < 0,01$). Общепринятые параметры 24-часового мониторинга (процент общего времени с $\text{pH} < 6$; число рефлюксных эпизодов; число рефлюксных эпизодов продолжительностью > 5 минут; средний рН в пищеводе; индекс De Meester и другие) в 1-й и 2-й группах, а также в 3-й группе до лечения не имели статистически значимых различий. КИП в 1-й группе $1,77 \pm 0,55$; $1,75 \pm 0,57$ во 2-й группе и в 3-й группе $1,73 \pm 0,49$. После 4-х недельного курса лечения КИП₁ против КИП₂ соответственно $0,003 \pm 0,001$ против $0,002 \pm 0,005$ (различия не значимы, $p > 0,05$), а в 3-й группе КИП₃ после

4-недельного приема омепразола $0,89 \pm 0,051$ (различия статистически значимы при сравнении с КИП₁ и КИП₂, при $p < 0,001$).

Заключение. 1. Более высокая эффективность рабепразола (хайрабезол), также как и эзомепразола (нексиум) в устранении симптомов у пациентов с ГЭРБ в сравнении с омепразолом базируется на более сильном кислотосупрессивном действии и согласуется с более лучшей динамикой клинических проявлений ГЭРБ и кислотного индекса пищевода.

2. Рабепразол (хайрабезол) и эзомепразол (нексиум) одинаково эффективны в устранении симптомов ГЭРБ и влиянии на кислотный индекс пищевода.

ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА У ПАЦИЕНТОВ С COVID-19

Валерий Викторович Стрижелецкий^{1,2}, Флора Миргалимовна Султанова¹,
Виктор Анатольевич Кащенко^{2,3}, Григорий Михайлович Рутенбург^{1,4}

¹Санкт-Петербургское государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Городская больница Святого Великомученика Георгия», 194214, г. Санкт-Петербург, Северный пр., д. 1

²Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Санкт-Петербургский государственный университет».

³Федеральное государственное бюджетное учреждение «Северо-Западный окружной научно-клинический центр имени Л.Г. Соколова Федерального медико-биологического агентства», 194291, Санкт-Петербург, пр. Культуры, д. 4

⁴Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова» Министерства здравоохранения Российской Федерации; 197022, г. Санкт-Петербург, ул. Льва Толстого, д. 6–8

E-mail: Florachka-b@mail.ru

Ключевые слова: диагностика, аппендицит, новая коронавирусная инфекция, COVID-19, аппендэктомия.

Введение. Острый аппендицит (ОА) — одно из наиболее распространенных заболеваний в ургентной хирургии. Диагностика данной нозологии у пациентов с COVID-19 особенно важна.

Цель исследования — оценить особенности диагностики ОА у пациентов, инфицированных новой коронавирусной инфекцией (НКВИ).

Материалы и методы. За период перепрофилирования СПбГБУЗ ГБ Святого Георгия в стационаре пролечено 417 пациентов с подозрением на ОА на фоне COVID-19, у 278 (66,67%) пациентов (124 женщины, 84 мужчин) диагноз ОА был подтвержден. Критериями включения являлось положительный результат ПЦР (полимеразная цепная реакция) на Sars-CoV-2 или характерная картина вирусной пневмонии для COVID-19 по результатам компьютерной томографии (КТ).

Результаты. При оценке клинической картины было отмечено, что все пациенты жаловались на боли в правой подвздошной и околопупочной областях тянущего характера, слабость, тошноту. 93 пациента до оперативного вмешательства отмечали повышение температуры тела от 37,4°C до 39,0 °C (от 1 до 10 суток). При объективном осмотре отмечена болезненность различной интенсивности при пальпации живота и положительные аппендикулярные симптомы. Все пациенты были оценены по шкале Альварато (от 4 до 8 баллов). К сожалению, оценка по шкале Альварато в диагностике ОА при НКВИ не нашла значимого применения. Повышение температуры тела, потеря аппетита, тошнота, рвота — симптомы свойственные не только для ОА, но и для COVID-19. Показанием к выполнению диагностической лапароскопии (ДЛ) являлись: сохраняющийся болевой синдром, нарастание симптомов интоксикации и раздражения брюшины.

У 139 (33,33%) пациентов по результатам ДЛ диагноз ОА не подтвердился, что подтверждает сложность диагностики ОА у данной группы больных. При оценке лабораторных показателей отмечено, что у 230 пациентов (82,73%) в анализе крови лейкоцитоз от 11,65 до 35,83 x 10⁹/л. Уровень С-реактивного белка (СРБ) в крови колебался от 2,9 до 201,5 мг/л. К сожалению, уровень СРБ не является специфичным показателем в диагностике ОА, поскольку отражает степень любого воспалительного процесса, включая и вирусную инфекцию. Повышение уровня лейкоцитов является более специфичным параметром, так как для пациентов COVID-19 характерна лейкопения до присоединения бактериального компонента. Время от появления жалоб на боли в животе до начала операции колебалось от 5 до 57 часов (в среднем 35 часов). Увеличение времени до 3 суток от момента появления симптомов до операции у 56 пациентов связано с поздней госпитализацией в стационар, так как на амбулаторном этапе жалобы на боли в животе, тошноту связывали с возможными побочными явлениями на фоне приема антибактериальных и противовирусных препаратов, назначенных для лечения НКВИ. Необходимо отметить, что большинство пациентов с подтвержденным диагнозом НКВИ поступают в стационар с подозрением на ОА и отмечают жалобы на тянущие боли в эпигастраль-

ной и правой подвздошной областях, которые купируются после спазмолитической и антибактериальной терапии направленной на лечение пневмонии. Так же обращает на себя внимание, что у пациентов с установленным диагнозом COVID-19 без острой хирургической патологии в начале заболевания до присоединения бактериального компонента и сепсиса на фоне текущей пневмонии в анализах крови, в наших наблюдениях, в большинстве случаев наблюдалась лейкопения, повышение уровня СРБ, креатинина и билирубина. Учитывая отсутствие знаний о полной клинической картине НКВИ распространенные жалобы пациентов с подтвержденным COVID-19 на боли в мезогастральной области и внизу живота, тошноту, рвоту, потерю аппетита и диарею, диагностика острой хирургической патологии крайне затруднительна. Нами разработан способ диагностики ОА у пациентов с новой коронавирусной инфекцией COVID-19, который представляет собой шкалу с подсчетом баллов, в результате которой можно прогнозировать вероятность ОА у данной группы пациентов. (Стрижелецкий В. В., Кащенко В. А., Сигуа Б. В., Рутенбург Г. М., Султанова Ф. М., Макаров С. А., Фадеева Э. А., Козеняшева А. В., Способ диагностики острого аппендицита у пациентов с новой коронавирусной инфекцией COVID-19, (19) RU (11) 2 798 709 (13) С1). После введения в рутинную практику шкалы для диагностики ОА у пациентов с НКВИ значительно снизилась доля «напрасных» ДЛ.

Заключение. Диагностика ОА у пациентов с НКВИ затруднительна из-за схожести симптомов с НКВИ. Возрасла доля ДЛ с целью постановки диагноза у данной группы пациентов. Большинство проявлений ОА схожи с симптомами COVID-19, что затрудняет привычную их интерпретацию. В качестве информативного лабораторного показателя при ОА может рассматриваться лейкоцитоз, который нехарактерен для пациентов с COVID-19 в начале заболевания до присоединения бактериального компонента. Рекомендован для применения способ диагностики ОА у пациентов с НКВИ COVID-19, который представляет с собой шкалу с подсчетом баллов, в результате которой можно прогнозировать вероятность ОА у данной группы пациентов. ((19) RU (11) 2 798 709 (13) С1).

ЗАРУБЕЖНЫЙ ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ МОДИФИЦИРОВАННОГО ИНДЕКСА FRAILTY ДЛЯ ОЦЕНКИ РИСКА У ПОЖИЛЫХ ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ ДИСТАЛЬНУЮ ПАНКРЕАТЭКТОМИЮ

Марина Викторовна Чайковская, Денис Геннадьевич Губин, Жанна Владимировна Куимова, Дмитрий Анатольевич Елфимов, Анастасия Юрьевна Мошкина

Тюменский государственный медицинский университет. 625000, Тюмень, ул. Одесская, д. 54

E-mail: m19970402@yandex.ru

Ключевые слова: панкреатэктомия, гериатрия, frailty, старость.

Введение. Сравнить течение послеоперационного периода у пожилых пациентов (≥ 70 лет), перенесших малоинвазивную (МИДП) и открытую дистальную панкреатэктомию (ОДП), и оценить, предсказывает ли модифицированный индекс хрупкости (mFI) течение хирургического вмешательства у пожилых пациентов, перенесших ДП.

Цель исследования. Провести анализ зарубежной литературы за последние 5 лет по использованию модифицированного индекса frailty для оценки риска у пожилых пациентов, перенесших дистальную панкреатэктомию.

Материалы и методы. Ретроспективно были получены данные о пациентах в возрасте ≥ 70 лет, перенесших ДП в одном учреждении в период с марта 2011 по декабрь 2019 года. Для коррекции различий в исходных характеристиках использовалось сопоставление показателей склонности 2:1 (PSM). Затем было проведено сравнение послеоперационных осложнений между двумя группами (МИДП и ОДП). Кроме того, вся когорта пожилых пациентов с ДП была стратифицирована в соответствии с mFI на три группы: немощные (mFI=0), умеренно немощные (mFI=1/2) или сильно немощные (mFI=3), а затем сравнивались.

Результаты. Всего было проанализировано 204 пациента. После PSM было выявлено 40 пациентов с МИДП и 80 пациентов с ОДП. Рассмотренные осложнения равномерно распределились между двумя группами без статистически значимых различий. Тяжесть послеоперационного течения увеличилась по мере увеличения mFI в трех группах в отношении любого осложнения ($p=0,022$), абдоминального кровотечения ($p=0,014$), легочного осложнения ($p=0,001$), послеоперационной спутанности сознания ($p=0,047$), тяжести Клавьена-Диндо ≥ 3 событий ($p=0,036$), и продолжительность пребывания ($p=0,018$).

Заключение. Пожилым пациентам может быть безопасно использована МИДП. mFI выявляет ослабленных пожилых пациентов, более склонных к развитию хирургических и нехирургических осложнений после ДП.

ЗАРУБЕЖНЫЙ ОПЫТ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПЕРФОРАТИВНОЙ ЯЗВЫ ЖЕЛУДКА У ПОЖИЛЫХ ЛЮДЕЙ

Марина Викторовна Чайковская, Денис Геннадьевич Губин, Анастасия Юрьевна Мошкина, Жанна Владимировна Куимова, Дмитрий Анатольевич Елфимов

Тюменский государственный медицинский университет. 625000, Тюмень, ул. Одесская, д. 54

E-mail: m19970402@yandex.ru

Ключевые слова: перфоративная язва желудка, гериатрия, лапароскопия, старость.

Введение. Число пожилых пациентов, нуждающихся в экстренном хирургическом вмешательстве, резко возросло. Осложнения перфоративной пептической язвы (ППЯ), такие как перфорация, остаются относительно стабильными, а связанная с ними заболеваемость остается на уровне от 10% до 20%. Достижения в области периоперационного ухода значительно улучшили результаты неотложной лапароскопической хирургии, позволяя все большему числу пациентов, даже пожилого возраста, проходить безопасное лечение.

Цель исследования. Провести анализ зарубежной литературы за последние 5 лет по безопасности и исходам лапароскопической пластики желудка у пожилых людей с использованием базы данных исследования FRAILESEL («Хрупкость» и неотложная хирургия у пожилых людей).

Материалы и методы. Это ретроспективный анализ, проведенный на основе данных исследования FRAILESEL. Были проанализированы данные обо всех пожилых пациентах, перенесших экстренную абдоминальную операцию по поводу ППЯ в период с января 2017 года по декабрь 2017 года в 36 хирургических отделениях Италии. Пациенты, которым была выполнена пластика ППЯ, были далее разделены на когорту лапароскопической гастродуоденальной пластики (ЛГП) и когорту открытой гастродуоденальной пластики (ОГП), и были сопоставлены клинико-патологические особенности пациентов в обеих группах.

Результаты. Шестьдесят семь пациентов соответствовали критериям включения. Тридцати трем пациентам (47,8%) была проведена ЛГП. У пациентов с ЛГП была меньшая кровопотеря и более короткое послеоперационное пребывание, даже если разница не была статистически значимой. Среднее время операции было значительно выше в группе ОГП (ОГП $96,5 \pm 27,7$ по сравнению с контрольной группой). ЛГП $78,6 \pm 16,3$, $P=0,000$). Уровень смертности после лапароскопической операции был таким же, как и при открытой операции. Многофакторный анализ показал, что только возраст ($P=0,018$), уровень гемоглобина (Hb) при поступлении ($P=0,006$), количество тромбоцитов ($P=0,16$), уровень лактата ($P=0,47$) и индекс перитонита Мангейма ($P=0,18$) были независимыми переменными, связанными с риском общей смертности.

Заключение. ЛГП безопасна и выполнима у пожилых пациентов с ППЯ и связана с лучшими периоперационными исходами. Однако отбор пациентов и предоперационная оценка «хрупкости» у пожилых людей являются ключом к достижению лучших результатов.

ЗАРУБЕЖНЫЙ ОПЫТ ИССЛЕДОВАНИЯ ДЕПРЕССИИ И ЗАБОЛЕВАНИЙ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА У ГЕРИАТРИЧЕСКИХ ПАЦИЕНТОВ

Марина Викторовна Чайковская, Денис Геннадьевич Губин, Дмитрий Анатольевич Елфимов, Анастасия Юрьевна Мошкина, Жанна Владимировна Куимова

Тюменский государственный медицинский университет. 625000, Тюмень, ул. Одесская, д. 54

E-mail: m19970402@yandex.ru

Ключевые слова: депрессия, желудочно-кишечный тракт, гериатрия, старость.

Введение. Депрессия является важным медико-социальным явлением и требует внимания не только психиатров, но и смежных специалистов. В нашем исследовании рассмотрены желудочно-кишечные заболевания у пациентов с депрессией старше 60 лет.

Цель исследования. Провести анализ зарубежной литературы за последние 5 лет в области сопутствующих заболеваний желудочно-кишечного тракта и симптомов депрессии у гериатрических пациентов

Материалы и методы. В 2017 году в учреждениях первичной медико-санитарной помощи было проведено перекрестное обсервационное исследование. Все пациенты в возрасте 60 лет и старше с депрессией были включены из медицинского центра (N=2312) и были сопоставлены с общим числом пациентов, посетивших центр из той же возрастной группы без депрессии (N=11049). Собранными переменными были возраст, пол и коды желудочно-кишечных симптомов и хронических состояний. Они были получены из компьютеризированных медицинских файлов. Распространенность была рассчитана для обеих групп и включала отношение шансов и 95% доверительный интервал.

Результаты. Более трети (38,0%) пациентов с депрессией страдают хроническими желудочно-кишечными заболеваниями, у 64,7% наблюдаются желудочно-кишечные симптомы, а у 74,7% — оба из них. Наиболее сильными ассоциациями являются: синдром раздраженного кишечника ИЛИ: 2,00 (95% ДИ: 1,51–2,64), врожденная аномалия 1,83 (1,17–2,86), другие пептические язвы 1,75 (1,28–2,40), дивертикулярная болезнь 1,73 (1,52–1,97), холецистит/желчнокаменная болезнь 1,59 (1,36–1,86), заболевания печени — 1,55 (1,32–1,82), вирусный гепатит — 1,50 (1,12–2,02) и заболевания пищевода — 1,45 (1,24–1,69). Симптомы со статистически значимым отношением шансов составили: анорексия 2,81 (1,75–4,50), тошнота/рвота 2,19 (1,79–2,67), запор 1,96 (1,77–2,18), метеоризм 1,78 (1,48–2,14), дисфагия 1,72 (1,30–2,28), боль в животе 1,69 (1,57–1,82), диспепсия 1,56 (1,30–1,87) и изжога 1,55 (1,26–1,92).

Выводы. Сопутствующие заболевания желудочно-кишечного тракта очень распространены у пациентов старше 60 лет с депрессией. Три четверти пациентов имеют хронические желудочно-кишечные заболевания или симптомы. Наиболее часто ассоциирующимися состояниями являются синдром раздраженного кишечника, врожденные аномалии, другие пептические язвы и дивертикулярная болезнь. Наиболее часто встречающимися симптомами являются анорексия, тошнота/рвота, запор, метеоризм, дисфагия, боль в животе, диспепсия и изжога.

АДИПОЦИТ — КЛЮЧ К ПРОГНОЗИРОВАНИЮ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА?

Михаил Джузетте Луиджиевич Оппедизано¹, Екатерина Витальевна Орлова¹, Дмитрий Владимирович Захаров¹, Юрий Павлович Успенский¹, Михаил Михайлович Галагудза²

¹ Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет. 194100, Санкт-Петербург, ул. Литовская, д. 2

² Национальный медицинский исследовательский центр имени В.А. Алмазова. 197341, Санкт-Петербург, ул. Аккуратова, д. 2

E-mail: misciaopp@gmail.com

Ключевые слова: адипоцит, гормон, метаболический синдром, лабораторная диагностика.

Введение. Общепризнанной функцией жировой ткани считается накопление избыточной энергии, реализующееся путем депонирования триглицеридов. Спектр ее возможностей, впрочем, значительно шире: защитная, обезвреживающая, терморегуляционная, обменная, депонирующая. Особый интерес, тем не менее, представляет именно эндокринная, поскольку синтезируемые адипоцитами соединения воздействуют на большинство систем организма, обеспечивая гомеостаз. Исходя из этого, становится очевидным, что избыток или дефицит описываемого органа влечет за собой развитие целого ряда патологических состояний.

Цель исследования. Проанализировать значение вырабатываемых жировой тканью веществ для регуляции обменных процессов, а также возможность их детекции с целью раннего прогнозирования метаболического синдрома.

Материалы и методы. Проведен систематический обзор зарубежной и отечественной научно-исследовательской литературы по выбранной проблематике.

Результаты. Первые монографии, свидетельствующие о потенциале адипоцитов как продуцентов биологически активных соединений, были опубликованы в конце 80-х годов прошлого столетия. Так, статья группы авторов под редакцией M. Rebuffé-Scrive подтвердила гипотезу, что жировая ткань является областью синтеза половых стероидных гормонов. Осенью 1994 года был выделен лептин. В дальнейшем независимыми коллективами было выделено более пятидесяти адипокинов, которые можно подразделить на плохо (адипсин, монобутирин, висфатин и др.) и хорошо (лептин, интерлейкин-6, адипонектин) исследованные к настоящему моменту. В работе будут рассмотрены последние.

Лептин — белок, синтез которого регулируется геном OB (7q31.3). Открытие лептина легло в основу липостатической теории контроля энергетического баланса, согласно которой пептид представляется афферентным звеном лептин-меланокортиновой системы, обеспечивающей регуляцию аппетита. Его дефицит сопровождается уменьшением секреции нейропептида Y и, как следствие, чрезмерным потреблением еды. Новорожденные, страдающие от нехватки лептина, зачастую имеют нормальные показатели физического развития, клиническая картина, тем не менее, может быть уже выражена. Ведущими признаками считаются гиперфагия, агрессивность при рестрикции пищи, центральный гипогонадизм, недостаточность Т-клеточного иммунитета. Прогрессирование такого состояния впоследствии ведет к развитию ожирения, которое является главным критерием диагностики метаболического синдрома, согласно концепции International Diabetes Federation.

Интерлейкин-6 (IL-6), более трети содержания которого в крови обеспечивается адипоцитами, в свою очередь, координирует обменные процессы путем снижения чувствительности интрагепатических рецепторов к инсулину. Вдобавок IL-6 служит ауто- и паракринным регулятором жировой ткани, поскольку оказывает тормозящее действие на адипогенез, реализуя контроль над продукцией адипонектина.

В свою очередь адипонектин (вещество с молекулярной массой 30 кДа, которое является продуктом транскрипта гена APM1, расположенного на длинном плече третьей хромосомы в сегменте q27) обеспечивает усиление окисления жирных кислот, а также подавление медиаторов воспаления и экспрессии адгезии молекул в стенке сосудов, тем самым снижая атерогенный риск. Кроме того, участвует в регуляции углеводного обмена, уменьшая инсулинорезистентность в печени, мышцах, жировой ткани.

Таким образом, недостаточное содержание описанных выше гормонов может провоцировать развитие ведущих звеньев патогенеза метаболического синдрома — ожирения, артериальной гипертензии и инсулинорезистентности соответственно.

Представленные данные указывают на высокую ценность детекции адипокинов для прогнозирования заболевания, однако, количественное определение в крови не позволяет оценить влияние эндогенных факторов, регулирующих их содержание, и осуществить таргетный терапевтический контроль. К факторам, регулирующим обменные процессы как на внутри-, так и внекишечном уровнях, относятся продукты обмена микробиоты кишечника короткоцепочечные жирные кислоты. В частности, уксусная кислота усиливает экспрессию рассмотренного ранее адипонектина. Пропионовая — реализует активацию рецепторов GPR41, что приводит к высвобождению лептина.

Заключение. Исходя из вышесказанного становится очевидным, что оценка гормонов жировой ткани с целью раннего прогнозирования метаболического синдрома крайне перспективна, однако, она не дает полноты клинико-патогенетической картины. Преодоление указанного ограничения представляется возможным после формирования диагностического протокола, включающего вспомогательные методы изучения сердечно-сосудистой системы и желудочно-кишечного тракта. К последним могут быть отнесены различные способы анализа видового разнообразия бактерий ЖКТ (геномное секвенирование, ПЦР и др.), а также продуктов их жизнедеятельности (газово-жидкостная хроматография). Консенсус среди представителей различных научных сообществ в оценке эффективности перечисленных технологий, на сегодняшний день еще не достигнут.

СБОРНИК МАТЕРИАЛОВ
ВСЕРОССИЙСКОЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКОЙ КОНФЕРЕНЦИИ
С МЕЖДУНАРОДНЫМ УЧАСТИЕМ
«СОВРЕМЕННАЯ АРИТМОЛОГИЯ:
ОТ ФУНДАМЕНТАЛЬНЫХ ОСНОВ К КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ»
23–24 ноября 2023 года

**ЖИЗНЕУГРОЖАЮЩАЯ АРИТМИЯ В ПОСТКОВИДНОМ ПЕРИОДЕ У ПАЦИЕНТА
С СИСТЕМНЫМ ЗАБОЛЕВАНИЕМ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ**

*Андрей Сергеевич Галенко¹, Юрий Павлович Успенский^{1,2},
Юрий Владимирович Егай^{1,3}, Дмитрий Дмитриевич Зотов¹*

¹Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет. 194100, Санкт-Петербург, ул. Литовская, д. 2

²Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова. 197022, Санкт-Петербург, ул. Льва Толстого, д. 6–8

³Центр лечения жителей блокадного Ленинграда СПб ГБУЗ «Госпиталь для ветеранов войн». 191144, Санкт-Петербург, ул. Старорусская, д. 3

E-mail: asgalenko@mail.ru

Ключевые слова: COVID-19, ревматоидный артрит, желудочковая тахикардия, тахикардия с широким комплексом, постковидный кардиосклероз.

Введение: ревматоидный артрит (РА) является одним из наиболее распространенных аутоиммунных заболеваний, и его наличие резко повышает вероятность развития различных поражений сердечно-сосудистой системы [1], но развитие жизнеугрожающих тахиаритмий при этом отмечается очень редко [2, 3]. Однако, на фоне COVID-19, мы стали наблюдать нетипичные опасные осложнения, которые ранее не встречались при привычном течении многих заболеваний, в том числе аутоиммунных [4].

Цель исследования: демонстрация и анализ клинического случая пациентки с длительным анамнезом РА, осложнившегося развитием жизнеугрожающих нарушений ритма после перенесенной COVID-19 инфекции.

Материалы и методы: проспективное наблюдении за пациенткой, наблюдавшейся в многопрофильных и специализированных стационарах г. Санкт-Петербурга по поводу РА.

Результаты: Пациентка К., 45 лет, с 2010 года установлен диагноз: ревматоидный артрит с III степенью активности по DAS-28. Проводилась терапия метотрексатом, дексаметазоном, преднизолоном. С 2019 г. находится в стойкой ремиссии, с апреля 2019 г. самостоятельно прекратила прием препаратов базисной терапии РА. Из сопутствующих коморбидных состояний имеется артериальная гипертензия, по поводу которой получает лозартан 50 мг/сут. На архивных ЭКГ отмечается полная блокада правой ножки пучка Гиса.

В июне 2021 г. перенесла COVID-19 нетяжелого течения, со степенью поражения легких КТ-1 (12% поражения). После чего с сентября 2021г. отметила ухудшение состояния: появились жалобы на нарастание общей слабости, периодические давящие боли за грудиной с иррадиацией в обе верхние конечности, продолжительностью около 20 минут, возникающих при ходьбе на расстояние более 500 метров, при наклонах туловища вперед, сопровождающихся головной болью, головокружением, потливостью, тремором рук, учащенным сердцебиением, проходящих самостоятельно.

9 ноября 2021 г. обратилась к терапевту поликлиники с жалобами на эпизоды головокружения, сопровождающиеся потливостью и общей слабостью, давящими болями в левой половине грудной клетки умеренной интенсивности, продолжительностью до 20 минут, возникающих как при физической нагрузке, так и в покое, а также на эпизоды потери сознания, без судорог, самопроизвольного мочеиспускания и травматизации. Неоднократно до данного обращения вызывала на дом врачей скорой медицинской помощи и, со слов, на зарегистрированных ЭКГ острых нарушений не регистрировалось.

С приема участкового терапевта была в срочном порядке госпитализирована в специализированную кардиологическую клинику с предварительным диагнозом «нестабильная стенокардия». При поступлении в стационар маркеры повреждения миокарда отрицательны. По ЭКГ: синусовый ритм с ЧСС 65/мин, электрическая ось сердца отклонена влево, полная блокада правой ножки пучка Гиса. При эхокардиографии без значимой патологии. Выполнен чреспищеводный ишемический стресс-тест — отрицательный, пароксизмальных нарушений ритма также не зафиксировано. Проводилось мониторирование ЭКГ по Холтеру: ритм синусовый, неблагоприятных нарушений ритма и проводимости не зарегистрировано. С рекомендациями по коррекции гипотензивной терапии 13 ноября 2021 г. была выписана из клиники.

13 декабря 2021 г. во время подобного приступа пациентка зафиксировала повышение АД до 170/100 мм рт.ст. и была госпитализирована с диагнозом направления «гипертонический криз». Во время госпитализации произошел очередной приступ с эпизодом потери сознания, на ЭКГ был зафиксирован пароксизм тахикардии с широкими комплексами QRS (на фоне исходной полной блокады правой ножки пучка Гиса, затруднявшей топическую диагностику тахикардии) с частотой сокращения желудочков 260 в мин. По экстренным показаниям проведена электроимпульсная терапия. Пароксизм был купирован, восстановлен синусовый ритм.

В дальнейшем повторно выполнялось суточное мониторирование ЭКГ — за период наблюдения синусовый ритм с полной блокадой правой ножки пучка Гиса со средней ЧСС 72 уд/мин. Ишемической депрессии сегмента ST не выявлено.

Пациентка К. была консультирована кардиологом-аритмологом и направлена на электрофизиологическое исследование (ЭФИ) с одновременной абляцией очага эктопии. В ходе ЭФИ не удалось вызвать тахикардию, было выполнено электроанатомическое картирование левого желудочка, в ходе которого была установлена критическая зона тахикардии в базальных отделах (участок миокардитического кардиосклероза как следствие перенесенной COVID-19 инфекции) и выполнена радиочастотная абляция. Приступы пароксизмальной желудочковой тахикардии в дальнейшем не наблюдаются.

Выводы. Генез нарушений ритма и проводимости при РА достаточно сложен. Однако, в приведенном нами случае причиной возникновения аритмии стал не сам по себе длительно текущий РА, а перенесенный COVID-19, оставивший после себя участок кардиосклероза, который и стал аритмогенным субстратом.

Представленный клинический случай демонстрирует возможность развития редких жизнеугрожающих осложнений у пациентов с РА после перенесенной инфекции SARS-CoV-19 и сложность в дифференциальной диагностике генеза сердечно-сосудистых осложнений.

Литература

1. Farhat H., Irfan H., Muthiah K., et al. Increased Risk of Cardiovascular Diseases in Rheumatoid Arthritis: A Systematic Review. *Cureus*. 2022;14(12):e32308. doi:10.7759/cureus.32308
2. Ребров А.П. Поражение сердца у больных с ревматоидным артритом. *Южно-Российский журнал терапевтической практики*. 2022;3(1):15–19. <https://doi.org/10.21886/2712-8156-2022-3-1-15-19>
3. Seferović PM, Ristić AD, Maksimović R, et al. Cardiac arrhythmias and conduction disturbances in autoimmune rheumatic diseases. *Rheumatology (Oxford)*. 2006;45 Suppl 4:iv39-iv42. <https://doi.org/10.1093/rheumatology/ke1315>
4. Чистякова М. В., Зайцев Д. Н., Говорин А. В., Медведева Н. А., Курохтина А. А. «Постковидный» синдром: морфо-функциональные изменения и нарушения ритма сердца” *Российский кардиологический журнал* 2021;26(7):4485 doi:10.15829/1560-4071-2021-4485 <https://russjcardiol.elpub.ru>

ОККЛЮДЕРЫ УШКА ЛЕВОГО ПРЕДСЕРДИЯ — НОВЫЙ ПОДХОД В ПРОФИЛАКТИКЕ ТРОМБОЭМБОЛИЙ У БОЛЬНЫХ ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ

Валентин Валерьевич Гурьев^{1,2}, Дмитрий Николаевич Лазакович^{1,2},
Сергей Васильевич Власенко^{1,2}, Андрей Михайлович Осадчий¹

¹Санкт-Петербургское государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Городская больница № 40», Санкт-Петербург, Россия

²Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Санкт-Петербургский государственный университет», Санкт-Петербург, Россия

E-mail: valeant51@gmail.com

Ключевые слова: профилактика ишемического инсульта, ушко левого предсердия, окклюдер, фибрилляция предсердий, Watchman.

Введение. Эндovasкулярная окклюзия ушка левого предсердия (УЛП) с помощью устройства «Watchman» может рассматриваться как адекватная альтернатива приему оральных антикоагулянтов (ОАК) у пациентов высокого риска.

Цель. Описать опыт эндovasкулярной окклюзии ушка левого предсердия системой «Watchman» в условиях городского стационара, с точки зрения осуществимости и безопасности, а также оценить краткосрочную эффективность данной процедуры.

Материалы и методы. В исследование включены пациенты, которым проводилась имплантация окклюдерирующего устройства «Watchman» с января 2016 года по ноябрь 2020 года. Эффективность процедуры оценивалась как отсутствие остаточного тока после имплантации устройства. Безопасность оценивалась по частоте возникновения внутрибольничных и 45-дневных событий, включая инсульт, перикардальный выпот, большие кровотечения и миграцию устройства.

Результаты. В исследование включено 22 пациента, средний возраст — 64 года (минимум/максимум: 54–76 лет); 10 мужчин и 12 женщин; которым выполнена имплантация устройства «Watchman» в УЛП. Показанием к имплантации являлось острое либо рецидивирующее кровотечение на фоне приема медикаментозной терапии (желудочно-кишечное кровотечение в анамнезе — 15 пациентов, ОНМК по геморрагическому типу — 3 пациента), а также низкая приверженность к терапии — 4 пациента. Успех процедуры составил 95% [ДИ]: 77,3–100,0; эффективность составила 91% [ДИ]: 71,0–98,7. По данным контрольной чреспищеводной эхокардиографии (ЧП ЭХО-КГ), через 45 дней, УЛП было выключено из кровотока у 21 из 22 пациентов.

Заключение. Несмотря на более высокую частоту осложнений при окклюзии ушка ЛП, общий результат в отношении смертности от любых причин у пациентов с имплантированным окклюдером был сопоставим с данными мировой литературы. При соблюдении критериев отбора имплантация окклюдера является адекватной альтернативой терапии ОАК в долгосрочной перспективе.

Литература

1. Reddy VY, Doshi SK, Sievert H, et al. Percutaneous left atrial appendage closure for stroke prophylaxis in patients with atrial fibrillation: 2.3-Year Follow-up of the PROTECT AF (Watchman Left Atrial Appendage System for Embolic Protection in Patients with Atrial Fibrillation) Trial. *Circulation*. 2013; 127(6):720–729. DOI: 10.1161/CIRCULATIONAHA.112.114389
2. Hindricks G, Potpara T, Dagres N, et al. 2020 ESC Guidelines for the diagnosis and management of atrial fibrillation developed in collaboration with the European Association for Cardio-Thoracic Surgery (EACTS): The Task Force for the diagnosis and management of atrial fibrillation of the European Society of Cardiology (ESC) Developed with the special contribution of the European Heart Rhythm Association (EHRA) of the ESC. *Eur Heart J*. 2021; 42(5):373–498. DOI: 10.1093/eurheartj/ehaa612
3. Holmes DR Jr, Kar S, Price MJ, et al. Prospective randomized evaluation of the Watchman Left Atrial Appendage Closure device in patients with atrial fibrillation versus long-term warfarin therapy: the PREVAIL trial. *J Am Coll Cardiol*. 2014; 64(1):1–12. DOI: 10.1016/j.jacc.2014.04.029
4. Hanna IR, Kolm P, Martin R, et al. Left atrial structure and function after percutaneous left atrial appendage transcatheter occlusion (PLAATO): six-month echocardiographic follow-up. *J Am Coll Cardiol*. 2004; 43(10):1868–1872. DOI: 10.1016/j.jacc.2003.12.050
5. Ostermayer SH, Reisman M, Kramer PH, et al. Percutaneous left atrial appendage transcatheter occlusion (PLAATO system) to prevent stroke in high-risk patients with non-rheumatic atrial fibrillation: results from the international multi-center feasibility trials. *J Am Coll Cardiol*. 2005; 46(1):9–14. DOI: 10.1016/j.jacc.2005.03.042

ТОРАКОСКОПИЧЕСКАЯ РАДИОЧАСТОТНАЯ АБЛЯЦИЯ ЛЕВОГО ПРЕДСЕРДИЯ КАК МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ ИЗОЛИРОВАННОЙ ФОРМЫ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ В УСЛОВИЯХ ГОРОДСКОГО СТАЦИОНАРА

Дмитрий Олегович Денисюк, Нусратулло Шомротов, Лана Борисовна Сичинава, Николай Енсуевич Хван, Олег Артёмович Пайвин, Артём Александрович Пайвин, Наталья Евгеньевна Павлова, Ольга Петровна Мамаева

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Городская больница № 40 Курортного района», 197706, Сестрорецк, ул. Борисова, 9, Санкт-Петербург, Российская Федерация

E-mail: d_denisyuk@mail.ru

Ключевые слова: фибрилляция предсердий, торакоскопия, радиочастотная абляция, изоляция ушка левого предсердия.

Введение. Фибрилляция предсердий (ФП) является самой распространенной устойчивой аритмией в мире и Российской Федерации [1]. Она ассоциируется с повышением риска развития и прогрессирования хронической сердечной недостаточности, тромбоэмболических осложнений (ТЭО) и неблагоприятных сердечно-сосудистых событий [2, 3]. Хирургическое лечение ФП, в частности, миниинвазивные методы, являются перспективным направлением в последние годы, о чем свидетельствуют отчеты отечественных и зарубежных специалистов [4, 5].

Цель исследования: резюмирование четырехлетнего опыта и оценка эффективности торакоскопической радиочастотной абляции (тРЧА) левого предсердия с резекцией/лигированием ушка левого предсердия (ЛП).

Материал и методы. Проведен ретроспективный анализ медицинских карт 50 пациентов, которым с июля 2019 года по апрель 2023 года была выполнена операция тРЧА в условиях СПб ГБУЗ «Городская больница №40 Курортного района». Изучены и проанализированы данные анамнеза, клинической картины, результаты дополнительных методов обследований с целью оценки параметров сердца (эхокардиография, коронарография, чреспищеводная эхокардиография (ЧпЭхоКГ)).

Результаты. Средний возраст пациентов составил 63,2 года [41;75], 26 пациентов (52%) были мужского пола, а 24 пациента (48%) женского пола. Исходно, 27 пациентов (54%) имели пароксизмальную форму ФП, 18 пациентов (36%) персистирующую и 5 пациентов (10%) длительно персистирующую форму. Предыдущая неудачная катетерная РЧА устьев легочных вен была выполнена 4 пациентам (8%).

Всем пациентам с помощью радиочастотного генератора AtriCure и двух типов электродов (биполярные, неирригационные) была выполнена двусторонняя изоляция легочных вен и левого предсердия с формированием “box lesion”. Среднее время процедуры составило 165,2 минут [70;300].

Для снижения риска ТЭО под визуальным контролем и данным интраоперационной ЧпЭхоКГ выполнялось лигирование ушка ЛП 5 пациентам (10%), резекция ушка ЛП аппаратом ENDO GIA™ Auto Suture™ Universal Stapler 39 пациентам (78%). Изоляция ушка ЛП не проводилась 6 пациентам (12%).

Продолжительность госпитализации в среднем составила 7 дней [4;10]. Конверсия доступа наблюдалась в 2 (4%) случаях: на стернотомию в связи с развитием устойчивой ЖТ и на левостороннюю передне-боковую миниторакотомию из-за выраженного спаечного процесса левой плевральной полости.

В ходе госпитализации осложнение в виде пневмоторакса наблюдалось у 2 (4%) пациентов. Летальный исход не было.

К моменту выписки из стационара у 47 пациентов (94%) имелся устойчивый синусовый ритм. У 3 пациентов в раннем послеоперационном периоде было диагностировано нарушение сердечного ритма — типичная форма трепетания предсердий (6%). Для восстановления синусового ритма у этих больных применялась электроимпульсная терапия.

Удержание синусового ритма более 12 месяцев отмечалось у 46 (92%) пациентов.

Заключение. Торакоскопическая радиочастотная абляция левого предсердия является эффективным, безопасным и воспроизводимым методом в лечении изолированных форм фибрилляции предсердий в условиях городского стационара.

Литература

1. ЭПОХА: Эпидемиология фибрилляции предсердий в репрезентативной выборке Европейской части Российской Федерации / Ю. В. Мареев, Д. С. Поляков, Н. Г. Виноградова [и др.] // Кардиология. — 2022. — Т. 62. — № 4. — С. 12–19. — DOI 10.18087/cardio.2022.4.n1997.
2. Zhu W, Xiong Q, Hong K. Meta-analysis of CHADS2 versus CHA2DS2-VASc for predicting stroke and thromboembolism in atrial fibrillation patients independent of anticoagulation // *Tex. Heart Inst. J.* 2015; 42: 6–15.
3. Гаглоева Д.А., Миронов Н.Ю., Лайович Л.Ю. и др. Взаимосвязь фибрилляции предсердий и хронической сердечной недостаточности. Современные подходы к лечению // *Кардиологический вестник.* 2021;16(2):514.
4. Зотов А.С., Пиданов О. Ю., Османов И. С. О. [и др.] Непосредственные результаты применения двух торакоскопических абляционных стратегий при лечении больных с изолированной формой фибрилляции предсердий // *Клиническая практика.* — 2022. — Т. 13. — № 3. — С. 5–16.
5. Arbelo E, Brugada J, Hindricks G et al. Atrial Fibrillation Ablation Pilot Study Investigators. The atrial fibrillation ablation pilot study: a European Survey on Methodology and results of catheter ablation for atrial fibrillation conducted by the European Heart Rhythm Association // *Eur. Heart J.* 2014;35:1466–1478.

ЧАСТОТА И РИСКИ РАЗВИТИЯ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ У ПАЦИЕНТОВ С РАКОМ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ, ПОЛУЧАЮЩИХ ХИМИОТЕРАПИЮ

Мария Игоревна Королева¹, Александр Борисович Белевитин^{1, 2},
Геннадий Феликсович Бидерман¹

¹Санкт-Петербургское государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Городской консультативно-диагностический центр № 1», 194354, Санкт-Петербург, ул. Сикейроса, д. 10А

²Медицинский университет «Реавиз», 198099, Санкт-Петербург, ул. Калинина, д. 8, кор. 2

E-mail: gkdcl@zdrav.spb.ru

Ключевые слова: нарушения ритма сердца, фибрилляции предсердий, аритмии, онкологические больные, кардиотоксичность.

Введение. Успехи в лечении онкологических заболеваний нередко приводят к развитию серьезных осложнений со стороны сердечно-сосудистой системы, повреждающее воздействие которых (кардиотоксичность) при развитии аритмий является одним из серьезных осложнений противоопухолевой терапии [1].

Одними из наиболее часто встречающихся и прогностически неблагоприятных осложнений является фибрилляция предсердий с частотой от 2 до 4 % [2].

Фибрилляция предсердий определяет трехкратный риск увеличения риска смерти, являясь одной из основных причин развития инсульта с тяжелым и рецидивирующим течением, при водящим к смерти или инвалидизации больных [3] и аритмий [4].

У онкологических больных фибрилляция предсердий обусловлена онкологическим процессом, проводимой химиолучевой терапией и/или хирургическим вмешательством [5] с возникновением с частотой от 2 до 16 % в зависимости от множества вышеперечисленных факторов. При любом раке увеличен риск развития фибрилляции предсердий, имея зависимость т от локализации онкологического процесса и стадии.

Цель исследования. Целью исследования являлось изучение частоты, а также предрасполагающих факторов развития осложнений, в виде нарушений сердечного ритма, а именно фибрилляции предсердий, на фоне проводимого химиотерапевтического лечения у пациенток, страдающих раком молочной железы, разработка методов профилактики и лечения нарушений сердечного ритма, связанных с противоопухолевой терапией.

Материалы и методы исследования. Методы исследования определили выполнение анализа 255 амбулаторных карт пациентов в возрасте от 40 до 70 лет, страдающих раком молочной железы.

Все пациенты были разделены на 2 группы, в первую из которых входили пациенты, не имеющие факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний и вторую группу, состоящую из пациентов с имеющимися факторами риска, такими как: возраст, наличие верифицированной ранее сердечно-сосудистой патологии, ожирение, наличие атеросклероза периферических артерий, сахарный диабет, вредные привычки.

Все исследуемые пациенты получали противоопухолевую терапию: 5-фторурацил, паклитакселом, антрациклином, ингибиторы HER2.

В исследовании использованы специальные методы: математического моделирования; экспертный; системного подхода; объектно-ориентированной; пассивного наблюдения; общего, статистического и клинко-экономического анализов; оценки и синтеза выводов на основе аналогии.

Результаты исследования. Онкологические заболевания является серьезной мировой проблемой. В последние несколько лет масштабы и важность лечения злокачественных заболеваний существенно возросли. Одним из компонентов лечения, позволяющим снизить смертность больных, является химиотерапия, которая в свою очередь вызывает ряд осложнений, таких как кардиотоксичность. Использование новых противоопухолевых препаратов делают проблему кардиотоксичности все более актуальной. Наличие факторов риска играет важную роль в развитии фибрилляции предсердий как элемент кардиотоксичности у онкологических больных.

В свою очередь фибрилляция предсердий повышает риск развития инсульта в 5 раз и обуславливает возникновение каждого пятого инсульта. Ишемическое нарушение мозгового

кровообращения у больных с ФП часто заканчивается смертью и по сравнению с инсультами другой этиологии приводит к наиболее выраженной инвалидизации, а также чаще рецидивирует. Соответственно, риск смерти у больных с инсультом, связанным с ФП, в 2 раза выше, а затраты на лечение возрастают в 1.5 раза.

Кардиотоксичность — термин, который включает в себя различные патологические изменения сердечно-сосудистой системы, возникающие на фоне лекарственной терапии онкологических больных, и может возникать как во время прохождения курса противоопухолевого лечения, так и после его завершения.

Кардиотоксические эффекты зачастую касаются возникновения сердечной недостаточности, кардиомиопатий, с повышенной частотой регистрируются нарушения ритма, в особенности, фибрилляция предсердий. Нарушения сердечного ритма, связанные с лечением онкологических заболеваний, представляют собой сложную проблему, в патогенезе которой, участвует множество факторов.

Фибрилляция предсердий — наиболее часто встречающийся вид аритмии у онкологических больных: при прочих равных условиях частота этой аритмии у таких пациентов в 3 раза выше, чем у больных без злокачественных новообразований. При анализе данных из числа всех осложнений противоопухолевой терапии в виде нарушений сердечного ритма пароксизмы ФП составили 38%.

Необходимо отметить, что осложнение противоопухолевой терапии в виде пароксизмов фибрилляции предсердий наиболее часто встречалось в группе пациентов, имеющих факторы риска сердечно-сосудистых осложнений в соотношении 3:1, а также наиболее часто встречалось у пациентов, получающих терапию 5-фторурацилом.

Среди факторов риска, провоцирующих развитие пароксизма фибрилляции предсердий наиболее значимым, являлось наличие верифицированной ранее сердечно-сосудистой патологии: 73%-составило наличие в анамнезе ишемической болезни сердца, 27%-наличие гипертонической болезни в анамнезе, в т.ч. с диагностированной ранее пароксизмальной формой фибрилляцией предсердий.

У большинства онкологических пациентов пароксизмальная фибрилляция предсердий переходит в длительно персистирующую или постоянную формы, что сопряжено с прогрессированием основной патологии. Лечение такой группы пациентов должно быть комплексным и направленным на профилактику и своевременное выявление признаков кардиотоксического повреждения сердечно-сосудистой системы и назначения необходимой терапии при развитии осложнений.

Заключение: фибрилляция предсердий у пациентов на этапе проведения химиотерапевтического лечения представляет собой сложную проблему. Ведущей причиной развития фибрилляции предсердий, наряду с множеством факторов, является проводимое противоопухолевое лечение.

Современная медицина диктует мультидисциплинарный персонализированный подход, специализирующийся на выявлении, мониторинге и лечении сердечно-сосудистых заболеваний у онкобольных и/или возникающие как побочный эффект противоопухолевой лекарственной терапии при выполнении антикоагулянтной и инициации антиаритмической терапии.

Литература

1. Curigliano G., Lenihan D., Fradley M. et al. Management of cardiac disease in cancer patients throughout oncological treatment: Esmo consensus recommendations. *Annals of Oncology*. 2020; 31(2): 71–190.
2. Lyon A.R., López-Fernández T., Couch L.S. et al. 2022 ESC Guidelines on cardio-oncology developed in collaboration with the European Hematology Association (EHA), the European Society for Therapeutic Radiology and Oncology (ESTRO) and the International Cardio-Oncology Society (IC-OS) *Eur. Heart J.* 2022; 43(41): 4229–361.
3. Benjamin E.J., Muntner P., Alonso A. et al. American Heart Association Council on Epidemiology and Prevention Statistics Committee and Stroke Statistics Subcommittee. Heart disease and stroke statistics — 2019 update: a report from the American Heart Association. *Circulation* 2019; 139: e56–e528.
4. Вологодина И.В., Жабина Р.М. Оценка возрастных особенностей риска кардиоваскулярных осложнений у женщин с раком левой молочной железы при сохраненной фракции выброса на этапе проведения химиолучевой терапии. *Кардиология*. 2019; 59 (7S): 23–30.
5. Farmakis D., Parissis J., Filippatos G. Insights into onco-cardiology: atrial fibrillation in cancer. *J. Am. Coll. Cardiol.* 2014; 63: 945–53.

ВЕДЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С ТАХИАРИТМИЯМИ И ТРОМБОМ В ПОЛОСТЯХ СЕРДЦА

Андрей Михайлович Осадчий¹, Вячеслав Владимирович Семенюта², Александр Валентинович Каменев³, Петимат Хасановна Махмудова¹, Станислав Петрович Уразов¹, Анна Юрьевна Анисенкова¹, Наталья Евгеньевна Павлова¹, Ольга Петровна Мамаева¹, Олеся Андреевна Гусева¹, Дмитрий Николаевич Лазокович¹, Дмитрий Сергеевич Лебедев³, Сергей Григорьевич Щербак¹

¹СПБ ГБУЗ Городская больница №40 Курортного района. 197706, Санкт-Петербург, г. Сестрорецк, ул. Борисова д.9

²БУЗ Удмуртской Республики «Республиканский клинично-диагностический центр Министерства здравоохранения Удмуртской Республики». 426009, г. Ижевск, ул. Ленина, 87Б

³ФГБУ Национальный медицинский научно-исследовательский центр имени В. А. Алмазова Минздрава России. 197341, Санкт-Петербург, ул. Аккуратова д. 2

⁴ФГБОУ ВО Санкт-Петербургский государственный университет, медицинский факультет. 199034, Санкт-Петербург, Университетская набережная, д. 7/9

Ключевые слова: фибрилляция предсердий, радиочастотная абляция, коронавирусная инфекция, тромб ушка левого предсердия, чреспищеводная эхокардиография.

Введение. Фибрилляция предсердий (ФП) является наиболее распространенной устойчивой аритмией у взрослых, и треть пациентов с ФП госпитализируются по поводу тахисистолии с или без явлений сердечной недостаточности. ФП, связана с повышенным риском смертности и заболеваемости, частично из-за повышенного риска инсульта, вызванного эмболотромбозами на фоне аритмии. Около 90% тромбов левого предсердия происходят из ушка левого предсердия (УЛП), а тромбоз УЛП связан с его структурой и морфологией. ФП и COVID-19 являются самой распространенной причиной сосудистых событий в последние 3 года, а также отмечено увеличение риска летальных исходов на этом фоне. ФП является независимым предиктором и связана с двукратным увеличением смертности от всех причин, и при этом несмотря на то, что у большинства пациентов коронавирусная инфекция протекала в легкой или умеренной степени тяжести.

Цель исследования: изучить эпидемиологию, факторы риска развития тромба в камерах сердца, также с учетом перенесенной COVID-19 инфекции и определить возможную тактику введения пациентов, нуждающихся в интервенционном лечении тахикардий (кардиоверсии) с высоким риском эмболических осложнений.

Материал и методы. В ретроспективное исследование включено 947 пациентов, проконсультированных в амбулаторном отделении больницы с сентября 2013 г. по сентябрь 2023 г. Начиная с марта 2020 г., с учетом начала пандемии COVID-19, пациенты подвергались риску, либо перенесли НКИ (из общего числа за данный период времени включено 43 пациента). 439 пациентам определены показания к выполнению радиочастотной абляции (РЧА) по поводу тахикардий (ФП-74% (45% пароксизмальная ФП и 55% персистирующая ФП); ТП-19%; ЖТ-7%) и 36 пациентам показана имплантация окклюдера ушка левого предсердия (ЛП) для профилактики ОНМК при высоком риске и невозможности приема антикоагулянтной терапии; оставшиеся пациенты требовали консервативную медикаментозную терапию либо другие методы диагностики и лечения. Всем пациентам в стационаре перед/ или во время госпитализации выполнялось ЧП Эхо КГ исследование с целью исключения тромба ушка ЛП. Пациенты с персистирующей аритмией получали варфарин или оральные антикоагулянты. У всех пациентов при выявлении тромба в сердце, назначалась антикоагулянтная терапия гепарином с целевым АЧТВ более 2 раза от нормы 3–5 дней и назначением варфарина с четким контролем целевых цифр МНО (диапазон от 3 до 3.5 Ед.) при отсутствии противопоказаний, с контрольным ЧП ЭхоКГ через 2–6–8 месяцев. Средний возраст пациентов составил 59,9±17,1 лет (51% мужчин). Средний срок наблюдения за пациентами составил 9,4±0,8 ;5В.

Результаты. Из 439 пациентов у 33 (7,5%) был выявлен тромб в ушке ЛП, в ЛП, ПП или ЛЖ (в том числе 7 пациентов, которым была показана имплантация окклюдера ушка ЛП). Также из общего числа с НКИ у 5,3% пациентов был выявлен тромб в УЛП-достоверной разницы с учетом НКИ не получено. У пациентов с тромбом в камерах сердца были выявлены

следующие предикторы: фракция выброса менее 35%, обЛП более 90 мл, КДД ЛЖ более 65 мм, персистенция ФП ($p < 0.05$) и средняя ЧСС не менее 110 уд/мин., спонтанное контрастирование 3 ст. и более. Отмечена тенденция выявления тромба у пациентов на фоне приема «новых» оральных антикоагулянтов, что безусловно требует дальнейшего изучения.

Заключение. Достоверной разницы по количеству выявленным тромбов в УЛП с учетом НКИ и без в нашем исследовании получено не было (5,3% против 7,5%). Определены факторы, способствующие тромбообразованию в камерах сердца: пациенты с систолической дисфункцией ЛЖ и некоррегируемой тахисистолией на фоне персистирующей ФП с показаниями и необходимостью к РЧА субстрата. Пациенты, у которых выявлен тромб в левых камерах, требуют «лизиса» непрямыми антикоагулянтами до полного его «лизирования» с последующей интервенцией/кардиоверсией по показаниям с целью дальнейшего предупреждения прогрессирования ФП и ХСН. В среднем время «лизирования» тромба составило $8,9 \pm 5.1$ месяцев (от 3 до 14 месяцев). Важно отметить, что данный алгоритм включает не менее 3-х специалистов различных направлений и требует определенной маршрутизации пациента. Необходимо дальнейшее изучение факторов риска (возможно генетически предрасполагающих) и причин возникновения тромба в полостях сердца (в том числе в современных условиях после пандемии НКИ) для разработки мер профилактики и ранней диагностики и выбора тактики лечения.

ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ КАТЕТЕРНОЙ РАДИОЧАСТОТНОЙ АБЛЯЦИИ СУБСТРАТА ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ У РЕКОНВАЛЕСЦЕНТОВ SARS-CoV-2 ИНФЕКЦИИ

Андрей Михайлович Осадчий¹, Вячеслав Владимирович Семенюта²,
Александр Валентинович Каменев³, Алексей Михайлович Осадчий³,
Анна Юрьевна Анисенкова¹, Наталья Евгеньевна Павлова¹,
Ольга Петровна Мамаева¹, Олеся Андреевна Гусева¹, Дмитрий Николаевич Лазокович¹,
Сергей Григорьевич Щербак⁴, Дмитрий Сергеевич Лебедев³

¹Санкт-Петербургское государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Городская больница № 40» Курортного административного района, Санкт-Петербург, ул. Борисова, д. 9, лит. А

²Бюджетное учреждение здравоохранения Удмуртской Республики «Республиканский клинико-диагностический центр Министерств здравоохранения Удмуртской Республики», Республика Удмуртия, Ижевск, ул. Ленина, д. 87, лит. Б

³Национальный медицинский исследовательский центр имени В.А. Алмазова, Санкт-Петербург, ул. Аккуратова, д. 2

⁴Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Санкт-Петербургский государственный университет», Санкт-Петербург, Университетская наб., д. 13, лит. Б

E-mail: an_osadchy@mail.ru

Ключевые слова: фибрилляция предсердий, радиочастотная абляция, коронавирусная инфекция, фиброз миокарда, амплитудное картирование.

Введение. Фиброз миокарда левого предсердия играет значимую роль в инициации и поддержании фибрилляции предсердий, а также рецидиве после катетерной абляции. Структурное ремоделирование миокарда в виде диффузного фиброза является характерным изменением, вызываемым SARS-CoV-2 инфекцией. Однако до настоящего момента прогностическая значимость данных изменений в отношении рецидива аритмии остается не исследованной.

Цель исследования. Определить роль SARS-CoV 2 инфекции в структуре факторов риска рецидива аритмии после катетерной абляции.

Материалы и методы. Статистический анализ выполнен в программе Statistica 12. Различия между группами оценивались с использованием t-критерия Стьюдента, U-критерия Манна-Уитни и точного критерия Фишера. Исследование проведено с участием 40 пациентов (24 мужчин и 16 женщин), которым выполнялась катетерная абляция субстрата фибрилляции предсердий. Средний возраст пациентов составил $63,5 \pm 6,8$ лет (минимум — 48 лет; максимум — 78 лет). За всеми пациентами проводилось динамическое наблюдение через 3, 6 и 12 месяцев, а также при изменении клинической картины заболевания. Среднее время наблюдения составило $18,95 \pm 3,26$ месяцев (минимум — 15,5; максимум — 29,1). Рецидивы фибрилляции предсердий наблюдались у 18 пациентов (45%), которые включены в первую группу сравнения. У 8 пациентов наблюдались пароксизмы аритмии, которые успешно подавались медикаментозному контролю. Еще у 10 пациентов развилась устойчивая персистирующая фибрилляция предсердий. У остальных 22 пациентов (55%), включенных во вторую группу сравнения, за время наблюдения рецидивов аритмии не наблюдалось.

Результаты. Исследуемые группы оказались полностью сопоставимы по возрасту ($64,6 \pm 8,5$ и $62,6 \pm 5,1$ в группах 1 и 2 соответственно; $p=0,382$) и полу (56% и 64% мужчин соответственно; $p=0,604$). А также не отличались по форме аритмии до операции (персистирующая форма в 67% и 64% случаев соответственно; $p=0,842$), наличию трепетания предсердий (56% и 55% соответственно; $p=0,949$) и анамнезу ранее выполненных операций (44% и 45% соответственно; $p=0,949$). При этом установлено, что рецидив аритмии в 9,33 [2,18; 39,96] раза чаще наблюдался у пациентов, которые до операции перенесли SARS-CoV-2 инфекцию (78% в группе 1, против 27% в группе 2; $p=0,001$).

Изоляция устьев легочных вен была выполнена у 36 из 40 пациентов (90% случаев). У 4 пациентов была выявлена исходная изоляция легочных вен после ранее перенесенной операции, поэтому данным пациентам выполнялась box-изоляция. Однако, в среднем через $21,7 \pm 5,3$ ме-

сяца у всех 4 пациентов развился рецидив аритмии. Таким образом, рецидив аритмии после ранее перенесенной операции, но без реконнекции устьев легочных вен, является самостоятельным фактором риска отсроченного рецидива после очередного оперативного вмешательства ($p=0,020$). Также рецидив аритмии в 9 [2,09; 38,79] раз чаще наблюдался у пациентов после бок-изоляция задней стенки левого предсердия (67% и 18% соответственно в группе 1 и 2; $p=0,002$). Проведение бок-изоляции при этом было связано с наличием диффузных низкоамплитудных областей, которые являются следствием перенесенной SARS-CoV-2 инфекции. Из 12 пациентов, которым проводился данный протокол абляции, 11 пациентов были реконвалесцентами инфекции на момент операции.

Дополнительно оценивались площади областей левого предсердия с амплитудой менее 0,5 мВ, от 0,5 до 0,75 мВ и более 0,75 мВ. Низкоамплитудные зоны левого предсердия занимают статистически значимо большую площадь миокарда у пациентов с рецидивом аритмии. Разница составляет в среднем 21,4% ($72,9 \pm 16,6\%$ против $51,5 \pm 24\%$ соответственно; $p=0,006$). Ткань миокарда левого предсердия с нормальной амплитудой сигнала ($>0,75$ мВ) у пациентов с рецидивом заболевания занимает в 2,14 раза меньше, чем у пациентов с ремиссией ($17,4 \pm 15,4\%$ против $37,3 \pm 27,3\%$ соответственно; $p=0,011$). Значительная область низкоамплитудных зон у пациентов с рецидивом аритмии также является следствием перенесенной SARS-CoV-2 инфекции. Поскольку ранее было доказано влияние инфекции на электроанатомическую картину левого предсердия.

Заключение. Выявлены наиболее значимые факторы риска рецидива аритмии после катетерной абляции, которые обусловлены наличием множественных низкоамплитудных областей миокарда левого предсердия. Это доказывает неблагоприятную прогностическую роль изменений, характерных для перенесенной SARS-CoV-2 инфекции.

ТРАНССЕПТАЛЬНЫЙ ДОСТУП У ПАЦИЕНТОВ С ПОКАЗАНИЯМИ К ИНТЕРВЕНЦИОННЫМ ВМЕШАТЕЛЬСТВАМ

Андрей Михайлович Осадчий¹, Дмитрий Николаевич Лазокович¹, Вячеслав Владимирович Семенюта², Александр Валентинович Каменев³, Валентин Валерьевич Гурьев¹, Сергей Васильевич Власенко¹, Наталья Евгеньевна Павлова¹, Екатерина Святославовна Новикова-Еничева¹, Анисенкова Анна Юрьевна¹, Лариса Ивановна Зеленина¹, Дмитрий Сергеевич Лебедев³, Сергей Григорьевич Щербак¹

¹СПБ ГБУЗ Городская больница № 40 Курортного района. 197706, Санкт-Петербург, г. Сестрорецк, ул. Борисова д.9

²БУЗ Удмуртской Республики «Республиканский клиничко-диагностический центр Министерства здравоохранения Удмуртской Республики». 426009, г. Ижевск, ул. Ленина, 87Б

³ФГБУ Национальный медицинский научно-исследовательский центр имени В. А. Алмазова Минздрава России. 197341, Санкт-Петербург, ул. Аккуратова д. 2

⁴ФГБОУ ВО Санкт-Петербургский государственный университет, медицинский факультет. 199034, г. Санкт-Петербург, Университетская набережная, д. 7/9

Ключевые слова: фибрилляция предсердий, транссептальная пункция, радиочастотная абляция, чреспищеводная эхокардиография.

Введение. На сегодняшний день эндоваскулярные вмешательства в условиях клинической кардиологии, с учетом роста заболеваний сердечно-сосудистой системы, характеризуются стремительным ростом. Впервые в 1959 г. Ross, Morrow и Braunwald внедрили в клиническую практику доступ из правого предсердия в левое предсердие через межпредсердную перегородку (транссептальный доступ) что позволило активно применять данную методику для изучения гемодинамики сердца. С началом катетерной абляции устьев легочных вен с 1998 г., которую впервые провел Haïssaguerre, отмечается тенденция к рутинному доступу через межпредсердную перегородку из правого предсердия в левое предсердие и левый желудочек. Это связано с увеличением количества пациентов с эндоваскулярными методами лечения не только нарушений ритма сердца (РЧА субстрата в левом предсердии и/или левом желудочке), но и профилактике острого нарушения мозгового кровообращения посредством имплантации окклюдера в ушко левого предсердия. Отдельно продолжаются исследования и набор пациентов, которым имплантируются устройства по коррекции митральной недостаточности (имплантация «MitraClip»), а также парапротезных фистул. Кроме того, доступ через межпредсердную перегородку используется для постановки вспомогательных устройств кровообращения (обходной левый желудочек). Процедура транссептальной пункции технически сложна и не лишена осложнений. Понимание рисков и естественного течения осложнений является ключом к выбору наиболее подходящей стратегии лечения.

Цель исследования: оценить эффективность и безопасность применения транссептального доступа в лечение пациентов с тахикардиями и риском эмболических осложнений, учитывая анатомические особенности и разные методики доступа.

Материал и методы. В ретроспективное исследование включено 748 пациентов, поступивших с сентября 2013 г. по сентябрь 2023 г. 726 пациентам определены показания к выполнению радиочастотной абляции (РЧА) по поводу тахикардий (ФП-74%; ТП-19%; WPW/ПТ-7%) и 22 пациентам выполнена имплантация окклюдера ушка левого предсердия (ЛП) для профилактики ОНМК. Пациенты были разделены на 2 группы, учитывая методику выполнения транссептальной пункции (ТСП): 1 группа — включено 726 пациентов (выполнение ТСП с применением разработанной методики (патент RU 2 539 993 C2), а во вторую группу включено 38 пациентов которым ТСП проводилась по стандартной методике и под контролем интраоперационного ЧП ЭхоКГ исследования/либо интраоперационного внутрисердечного ультразвукового исследования (ВСЭхоКГ). Отдельно проводился анализ пункции МПП учитывая проведение одной или двух ТСП и объёма (размер) ЛП.

Полученные результаты. Всем пациентам выполнялось ЧП Эхо КГ на предоперационном этапе исследования с целью исключения тромба в камерах сердца. Также отдельно проводился анализ и сравнение пациентов с одной и двумя ТСП для выполнения доступа в левое

предсердие с целью субстратной абляции по поводу ФП. Средний возраст пациентов составил $59,7 \pm 9,4$ лет (54% мужчин). В двух группах в 100% ТСП была успешна. В первой группе преобладала выполнение двух пункций МПП, а во второй одной пункции МПП-что определяло основную нозологию. Среднее время для выполнения ТСП было достоверно меньше в 1-й группе, однако время Rg скопии было меньше во второй группе с учетом применения дополнительных визуализирующих методов. В остром периоде и до 30 дней не отмечалось достоверной разницы в осложнениях, которые не превышали среднестатистических (ТИА, гемоперикард/тампонада сердца). У пациентов с дилатированным ЛП чаще приходилось выполнять пункцию МПП ниже и кзади, что позволяло свободно манипулировать и стабильно позиционировать радиочастотный катетер по передней и задней стенки ЛП для достижения изоляции легочных вен. Однако у пациентов второй группы чаще пункция проводилась более центрально (с целью более анатомического направления к устью УЛП).

Заключение. Применение ТСП (в том числе одной и двух пункций) под рентгеноскопическим контролем первично и при повторных вмешательствах является безопасным и эффективным методом. Процедура ТСП под рентгеноскопическим контролем может быть адекватной для опытного оператора, если анатомия перегородки нормальная. Важно отметить, что в эпоху отличных дополнительных методов визуализации, таких как ЧПЭхоКГ или ВСЭхоКГ, важно использовать эти поддерживающие методы для повышения безопасности транссептальных процедур, особенно в сложных случаях, однако необходимо понимать, что это дополнительная пункция магистрального сосуда (обычно контралатеральной стороны), а также необходимость медицинского оборудования и расходного материала.

КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА С НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ COVID-19 И ОСЛОЖНЕННЫМ АРИТМОГЕННЫМ ТЕЧЕНИЕМ

Дмитрий Александрович Решетник^{1,5}, Елена Владимировна Литвинова^{2,5}, Анастасия Александровна Белевитина³, Мария Игоревна Королева⁴

¹Санкт-Петербургское государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Николаевская больница». 198510, Санкт-Петербург, г. Петергоф, ул. Константиновская, д.1

²Санкт-Петербургское государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Городская поликлиника № 122», 198412, Санкт-Петербург, г. Ломоносов, ул. Красноармейская, 20А

³Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет. 194100, Санкт-Петербург, ул. Литовская, д. 2

⁴Санкт-Петербургское государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Городской консультативно-диагностический центр № 1», 194354, Санкт-Петербург, ул. Сикейроса, д. 10А

⁵Медицинский университет «Реавиз», 198099, Санкт-Петербург, ул. Калинина, д. 8, кор. 2

E-mail: gkdcl@zdrav.spb.ru

Ключевые слова: нарушения ритма сердца, сердечная недостаточность, фибрилляции предсердий, аритмии, новая коронавирусная инфекция COVID-19.

Введение: высокая вероятность инфицирования COVID-19 и его неблагоприятное течение у пациентов пожилого возраста с сердечно-сосудистыми заболеваниями определяет значительный риск развития тяжелой формы течения болезни и кардиогенных осложнений, особенно при наличии у них сопутствующих хронических заболеваний, составляющих коморбидный фон пациента [1]. Даже при малосимптомном течении вирусной инфекции у пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями возникали учащенные сердцебиения или нарушения ритма, боли и стеснения в груди [2]. Клиническая картина ковидных миокардитов разнообразна и неспецифична, часто с возникновением дебюта/обострений клинических проявлений/аритмий с инфекцией и сочетание нарушений ритма и проводимости сердца. Сердечно-сосудистая система фоне COVID-19 дополнительно повреждается при выраженной дисфункции других органов (легкие, почки, печень) и прогрессировании существующего или возникновении нового воспалительного изменения в миокарде с соответствующими осложнениями (сердечная недостаточность, нарушения сердечного ритма и проводимости) [3].

Цель исследования: определить клиническую характеристику пациентов пожилого возраста с новой коронавирусной инфекцией COVID-19 и наличием сочетанных заболеваний: нарушения сердечного ритма и проводимости.

Материалы и методы исследования: материалами являлись медико-статистические отчеты о стационарных больных с новой коронавирусной инфекцией COVID-19 в СПб ГБУЗ «Николаевская больница».

Использованы методы: логический; математического моделирования; системного подхода; общего, статистического анализ; оценки выводов на основе аналогии.

Результаты исследования: всего рассмотрено 1254 пациента (мужчин — 534 (42.6%) пациента; женщин — 720 (57.4%) пациентов), у которых определены 3331 сочетанное заболевание, т.е., — 2.66 заболеваний на 1 пациента, а с учетом наличия у каждого пациента новой коронавирусной инфекции COVID-19 — 3.66 заболеваний на 1 пациента. Также в среднем определено 2186 сочетанных сердечно-сосудистых заболеваний — 1.74 на 1 пациента. Особенно тяжело заболевание протекало у пожилых пациентов и с наличием сопутствующих заболеваний, прежде всего сердечно-сосудистой системы, что отмечено более высоким уровнем летальности. При этом, различные виды аритмий определены у 22% больных, а острая сердечная недостаточность — 10.4% [4]. При тяжелом течении новой коронавирусной инфекции COVID-19 аритмия определена у 44% больных, а у умерших больных — до 60% аритмия и у 45% — острая сердечная недостаточность [5].

У мужчин выявлено 911 сочетанное сердечно-сосудистое заболевание: 1.27 заболеваний на 1 больного; у женщин определено 1275 сочетанных сердечно-сосудистых заболеваний: 1.77 заболеваний на 1 больную.

Застойная сердечная недостаточность (код 150.0) выявлена у 124 (23.22% от количества мужчин или 13.61% от числа выявленных сердечно-сосудистых заболеваний) мужчин и 143 (19.86% от количества женщин или 11.22% от числа выявленных сердечно-сосудистых заболеваний) женщин.

Другие уточненные нарушения проводимости (код 145.8) выявлена у 1 (0.19% от количества мужчин или 0.11% от числа выявленных сердечно-сосудистых заболеваний) мужчин и 1 (0.14% от количества женщин или 0.08% от числа выявленных сердечно-сосудистых заболеваний) женщин.

Пароксизмальная форма фибрилляций предсердий (код 148.0) выявлена у 19 (3.56% от количества мужчин или 2.09% от числа выявленных сердечно-сосудистых заболеваний) мужчин и 22 (3.06% от количества женщин или 1.73% от числа выявленных сердечно-сосудистых заболеваний) женщин.

Постоянная форма фибрилляции предсердий (код 148.1) выявлена у 21 (3.93% от количества мужчин или 2.31% от числа выявленных сердечно-сосудистых заболеваний) мужчин и 21 (2.92% от количества женщин или 1.65% от числа выявленных сердечно-сосудистых заболеваний) женщин.

Фибрилляция и трепетание предсердий неуточненное (код 148.9) выявлена у 2 (0.38% от количества мужчин или 0.22% от числа выявленных сердечно-сосудистых заболеваний) мужчин.

Таким образом, на 1254 пациентов с новой коронавирусной инфекцией COVID-19 определено 2 186 сочетанное сердечно-сосудистое заболевание — 1.74 на 1 больного, из них различные нарушения ритма и проводимости выявлены у 87 (6.94% от общего количества пациентов или 3.98% от числа сочетанных сердечно-сосудистых заболеваний.) больных.

При определении сравнительной характеристики сочетанных заболеваний 1254 выписанных (3331 сочетанных заболеваний) и 490 умерших (1825 сочетанных заболеваний) пациентов новой коронавирусной инфекцией COVID-19: застойная сердечная недостаточность определена у 267 выписанных пациентов (21.29% от общего числа больных и 8.02% от количества сочетанных заболеваний), а у умерших — 101 (20.61% и 5.53% соответственно); различные формы фибрилляции предсердий у выписанных пациентов определены в 83 (6.62% и 2.49% соответственно) наблюдениях, а у умерших — 61 (12.45% и 3.34%), что в 1.88 больше.

Заключение: таким образом, COVID-19 являлся причиной первичной сердечной патологии и/или усугублял уже имеющиеся сердечно-сосудистые заболевания, а их сочетание неблагоприятно сказывалось на течении и прогнозе заболевания.

Из сочетанных заболеваний основными являлись сердечно-сосудистые: у выписанных пациентов по 1.74 заболевания на 1 пациента; среди умерших пациентов — по 2.23 заболевания на 1 пациента.

Одними из ведущих осложнений являлись: застойная сердечная недостаточность определена у выписанных больных в 21.29% общего числа больных и 8.02% — от количества сочетанных заболеваний, а у умерших — 20.61% и 5.53% соответственно; различные формы фибрилляции предсердий у выписанных пациентов — 6.62% и 2.49% наблюдений соответственно, а у умерших — 12.45% и 3.34%, что в 1.88 больше.

Литература

1. Fauci AS, Lane HC, Redfield RR. Covid-19: navigating the uncharted. *N Engl J Med*. 2020.
2. Zheng Y. -Y., Ma Y. -T., Zhang J.-Y., Xie X. COVID-19 and the cardi-ovascular system. *Nature Reviews Cardiology*. 2020. Mar 5.
3. Masi P., Hékimian G., Lejeune M., et al. Systemic Inflammatory Response Syndrome is a Major Contributor to COVID-19-Associated Coagulopathy: Insights from a Prospective Single-Center Cohort Study.
4. Characteristics of COVID-19 patients dying in Italy Report based on available data on March 20th, 2020 [https://www.epicentro.iss.it/coronavirus/bollettino/ Report-COVID-2019_20_marzo_eng.pdf](https://www.epicentro.iss.it/coronavirus/bollettino/Report-COVID-2019_20_marzo_eng.pdf).
5. Yingzhen Du, Lei Tu, Pingjun Zhu, et al. Clinical Features of 85 Fatal Cases of COVID-19 from Wuhan: A Retrospective Observational Study *AJRCCM Articles in Press*. Published April 03, 2020 as 10.1164/ rccm.202003-0543OC Copyright © 2020 by the American. www.atsjournals.org/doi/pdf/10.1164/rccm.202003-0543OC.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ ЧАСТОТЫ ПАРОКСИЗМАЛЬНОЙ И ПОСТОЯННОЙ ФОРМЫ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ ПРИ СОПУТСТВУЮЩИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ У УМЕРШИХ БОЛЬНЫХ ОТ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ COVID-19 В УСЛОВИЯХ СТАЦИОНАРА

*Дмитрий Александрович Решетник^{1,5}, Елена Владимировна Литвинова^{2,5},
Анастасия Александровна Белевитина³, Мария Игоревна Королева⁴*

¹Санкт-Петербургское государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Николаевская больница». 198510, Санкт-Петербург, г. Петергоф, ул. Константиновская, д.1

²Санкт-Петербургское государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Городская поликлиника № 122», 198412, Санкт-Петербург, г. Ломоносов, ул. Красноармейская, 20А

³Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет. 194100, Санкт-Петербург, ул. Литовская, д. 2

⁴Санкт-Петербургское государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Городской консультативно-диагностический центр № 1», 194354, Санкт-Петербург, ул. Сикейроса, д. 10А

⁵Медицинский университет «Реавиз», 198099, Санкт-Петербург, ул. Калинина, д. 8, кор. 2

E-mail: gkdcl@zdrav.spb.ru

Ключевые слова: нарушения ритма сердца, сердечная недостаточность, фибрилляции предсердий, аритмии, новая коронавирусная инфекция COVID-19.

Введение. Умеренное и тяжелое течение новой коронавирусной инфекции COVID-19 с поражением миокарда (миокардит) может привести к повышенному риску возникновения сердечных аритмий (в частности, фибрилляции предсердий) и к неблагоприятному исходу заболевания.

До 96,7% умерших пациентов имели в анамнезе одну и более сопутствующую патологию. Фибрилляция предсердий определена у 23%, а сердечная недостаточность — у 16% умерших от новой коронавирусной инфекции COVID-19, что являлось одними из наиболее частых сердечно-сосудистых осложнений при новой коронавирусной инфекции COVID-19.

Цель исследования: определить частоту наличия фибрилляции предсердий при сопутствующих заболеваниях у умерших в стационаре больных с новой коронавирусной инфекцией COVID-19.

Материалы и методы исследования. Материалами являлись медико-статистические отчеты по умершим в СПб ГБУЗ «Николаевская больница» больным с новой коронавирусной инфекцией COVID-19.

Использованы методы: логический; математического моделирования; системного подхода; общего, статистического анализов; оценки выводов на основе аналогии.

Результаты исследования. У 17% госпитализированных пациентов с новой коронавирусной инфекцией COVID-19 отмечены клинически значимые аритмии, при более тяжелом течении заболевания в условиях отделения реанимации и интенсивной терапии, частота выявляемых аритмий достигала 44% [1]. В ряде наблюдений выявлены различные формы нарушений ритма у 11% больных с новой коронавирусной инфекцией COVID-19, находящихся в отделении реанимации и интенсивной терапии: по 11,7% — зафиксированы остановка сердца и клинически значимые брадиаритмии; у 32,5% — впервые выявлена фибрилляция предсердий и у 13,0% — пробежки желудочковой тахикардии [2].

Фибрилляция предсердий наблюдалась у 19–21% стационарных больных с COVID-19 [3; 4] и 24,5% больных старшей возрастной группы, погибших от COVID-19 [5], отмечали ее в анамнезе,

Выполнен анализ медицинской документации двух групп умерших пациентов от новой коронавирусной инфекции COVID-19 в условиях стационара: 1 группа (n=235) и 2 группа (n=255) на определение имевшихся у них фибрилляции предсердий, как сочетанного заболевания.

В 1 группе изучались материалы 235 умерших: мужчин — 40,85%; женщин — 59,15%.

В ОРИТ находились — 70,64% умерших пациентов, а на больничных отделениях — 29,36%. Сочетанные болезни системы кровообращения наблюдались — у 214 (91,1%) умерших паци-

ентов. Всего определено 860 различных сочетанных заболеваний, т.е., в среднем — 3.66 сочетанных заболеваний на 1 пациента, что отрицательно влияло не только на их состояние, но и организацию лечебно-диагностического процесса.

Во второй группе изучались материалы 255 умерших: мужчин — 36.86%; женщин — 63.14%.

В ОРИТ находились — 63.14% пациента, а на больничных отделениях — 36.86%. Сочетанные болезни системы кровообращения наблюдались — у 234 (91.8%) умерших пациентов. Определено 965 различных сочетанных заболеваний, т.е., в среднем — 3.78 сочетанных заболеваний на 1 пациента.

В первой группе умерших больных определены 546 (63.5%) болезней системы кровообращения, т.е., — 2.3 заболевания на 1 умершего больного. Застойную сердечную недостаточность (код 150.0) имели 61 (26.0% от общего количества умерших 1 группы или 11.2% от всех сочетанных заболеваний системы кровообращения или 7.1% от всех сочетанных заболеваний) пациент. Пароксизмальная форма фибрилляций предсердий (код 148.0) определена у 14 (6.0% от общего количества умерших 1 группы или 2.6% от всех сочетанных заболеваний системы кровообращения или 1.6% от всех сочетанных заболеваний) пациентов. Постоянная форма фибрилляции предсердий (код 148.1) выявлена у 20 (8.5% от общего количества умерших 1 группы или 3.7% от всех сочетанных заболеваний системы кровообращения или 2.3% от всех сочетанных заболеваний) больных.

Во второй группе умерших больных определены 548 (56.8%) болезней системы кровообращения, т.е., — 2.15 заболевания на 1 умершего больного. Застойную сердечную недостаточность (код 150.0) имели 40 (15.7% от общего количества умерших 2 группы или 7.3% от всех сочетанных заболеваний системы кровообращения или 4.2% от всех сочетанных заболеваний) пациент.

Пароксизмальная форма фибрилляций предсердий (код 148.0) определена у 10 (3.9% от общего количества умерших 2 группы или 1.8% от всех сочетанных заболеваний системы кровообращения или 1.0% от всех сочетанных заболеваний) пациентов. Постоянная форма фибрилляции предсердий (код 148.1) выявлена у 17 (6.7% от общего количества умерших 2 группы или 3.1% от всех сочетанных заболеваний системы кровообращения или 1.8% от всех сочетанных заболеваний) больных.

При анализе медицинской документации 490 умерших больных от новой коронавирусной инфекции COVID-19 выявлены 1 825 сочетанных заболеваний, т.е., в среднем — по 3.7 заболеваний на 1 умершего больного; из них 1 094 болезней системы кровообращения, — 2.23 заболевания на 1 умершего больного. При этом, застойную сердечную недостаточность (код 150.0) имели 101 (20.6% от общего количества всех умерших или 9.2% от болезней системы кровообращения или 5.5% от всех сочетанных заболеваний) пациент.

Пароксизмальная форма фибрилляций предсердий (код 148.0) определена у 24 (4.9% от общего количества умерших или 2.2% от болезней системы кровообращения или 1.3% от всех сочетанных заболеваний) пациентов.

Постоянная форма фибрилляции предсердий (код 148.1) выявлена у 37 (7.67% от общего количества умерших или от болезней системы кровообращения или 3.4% или 2.0% от всех сочетанных заболеваний) больных.

Заключение. Таким образом, наличие у больных со средней и тяжелой формой новой коронавирусной инфекции COVID-19 пожилого возраста (от 60 лет и выше) и большего количества сочетанных (3.7 заболеваний на 1 больного), в основном болезней системы кровообращения (91.4% больных), заболеваний — повышают риск развития различных форм нарушений ритма сердца, что в 12.5% приводит к фатальным исходам.

Литература

1. Wang D, Hu B, Hu C, et al. Clinical Characteristics of 138 Hospitalized Patients With 2019 Novel Coronavirus-Infected Pneumonia in Wuhan, China. *JAMA* 2020; 323 (11): 1061–9.
2. Bhatla A, Mayer MM, Adusumalli S, et al. COVID-19 and cardiac arrhythmias. *Heart Rhythm* 2020; 17 (9): 1439–44.
3. Inciardi RM, Adamo M, Lupi L, et al. Characteristics and outcomes of patients hospitalized for COVID-19 and cardiac disease in Northern Italy. *Eur Heart J* 2020; 41 (19): 1821–9.
4. Gopinathannair R, Merchant FM, Lakkireddy DR, et al. COVID-19 and cardiac arrhythmias: a global perspective on arrhythmia characteristics and management strategies. *J Interv Card Electrophysiol* 2020; 59 (2): 329–36.
5. Onder G, Rezza G, Brusaferro S. Case-Fatality Rate and Characteristics of Patients Dying in Relation to COVID-19 in Italy. *JAMA* 2020; 323 (18): 1775–6.

ЧАСТОТА РАЗЛИЧНЫХ ВИДОВ НАРУШЕНИЙ РИТМА КАК СОПУТСТВУЮЩИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ У БОЛЬНЫХ ОТ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ COVID-19

Дмитрий Александрович Решетник^{1,5}, Елена Владимировна Литвинова^{2,5},
Анастасия Александровна Белевитина³, Мария Игоревна Королева⁴

¹Санкт-Петербургское государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Николаевская больница». 198510, Санкт-Петербург, г. Петергоф, ул. Константиновская, д. 1

²Санкт-Петербургское государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Городская поликлиника № 122», 198412, Санкт-Петербург, г. Ломоносов, ул. Красноармейская, 20А

³Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет. 194100, Санкт-Петербург, ул. Литовская, д. 2.

⁴Санкт-Петербургское государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Городской консультативно-диагностический центр № 1», 194354, Санкт-Петербург, ул. Сикейроса, д. 10А

⁵Медицинский университет «Реавиз», 198099, Санкт-Петербург, ул. Калинина, д. 8, кор. 2

E-mail: gkdc1@zdrav.spb.ru

Ключевые слова: нарушения ритма сердца, сердечная недостаточность, фибрилляции предсердий, аритмии, новая коронавирусная инфекция COVID-19.

Введение. Пандемия новой коронавирусной инфекции COVID-19, вызванным коронавирусом (SARS-CoV-2), определила респираторный характер ее ведущих клинических проявлений на фоне множества серьезных сердечно-сосудистых осложнений [1]. Среди основных факторов патологического влияния вируса на сердечно-сосудистую систему и наиболее частое осложнение, можно выделить возникновение нарушений ритма сердца, которые возникали у пациентов во время и после перенесенной вирусной инфекции COVID-19 [2]. При этом лекарства, используемые для лечения COVID-19, вызывали удлинение интервала QT и имели проаритмогенное действие, провоцируя ширококомплексную желудочковую тахикардию по типу «torsade de pointes» (TdP) [3].

Наиболее распространенной аритмией, наблюдаемой у пациентов с инфекцией COVID-19, являлась синусовая брадикардия [4] и фибрилляция предсердий [5].

Цель исследования: оценка частоты аритмогенного повреждения сердца у стационарно пролеченных и умерших больных пожилого возраста (от 60 лет и более) с новой коронавирусной инфекции COVID-19.

Материалы и методы. Материалами являлись медико-статистические отчеты о стационарных больных с новой коронавирусной инфекцией COVID-19 в СПб ГБУЗ «Николаевская больница». Использованы методы: логический; математического моделирования; системного подхода; общего, статистического анализ; оценки выводов на основе аналогии.

Результаты исследования. нарушения сердечного ритма обоснованно чаще определены у больных со средним и тяжелым течением новой коронавирусной инфекцией COVID-19, которые требовали перевода в отделение реанимации и интенсивной терапии — 44.4%, по сравнению с общетерапевтическими пациентами — 6.9% [Samidurai A., Das A., 2020]. При изучении материалов медицинской документации умерших от COVID-19 490 стационарных пациентов различные формы фибрилляций предсердий определены у 61 (12.45%) больного: от пароксизмальная форма фибрилляций предсердий (код — I48.0) — 24 (39.34%) и постоянная форма фибрилляции предсердий (код — I48.1) — 37 (60.66%). В качестве сочетанных заболеваний различные формы фибрилляций предсердий представлены в 5.58% наблюдений.

Гипоксия и воспалительная инфильтрация в миокарде, «цитокиновый» и «брадикининовый шторм» на фоне новой коронавирусной инфекцией COVID-19 имели ведущую роль в развитии и высокой частоте встречаемости нарушения ритма [Kochi A.N., et al., 2020; Rizzo P., et al., 2020]. Возникновение серьезных осложнений — сердечных аритмий требовало в 16.7% перевода в отделение реанимации и интенсивной терапии [Shi S., Qin M., Shen B. 2020]. При врожденных аритмологических синдромах, пациенты подвержены более высокому риску в связи с восприимчивостью к лихорадке, связанной с вирусной инфекцией [Colon C.M., Barrios

J.G., Chiles J.W., 2020]. Нарушения сердечного ритма имели отношение шансов неблагоприятного сердечно-сосудистого прогноза = 2.75; 95% ДИ [Hessami A, Shamshirian A, Heydari K, et al., 2020]. Предиктором неблагоприятного прогноза для пациента являлась фибрилляция предсердий — совокупное ОШ — 1.14; 95% ДИ: 1.03–1.26 ($p=0.01$). При неблагоприятном исходе — совокупное ОШ — 1.13; 95% ДИ: 1.02–1.25 [Yang H, Liang X, Xu J, et al., 2021]. Любая форма фибрилляции предсердий повышала риск летального исхода в 4 и более раз — ОШ 4.239; 95% ДИ 3.17–5.669 ($p<0.001$) [Arutyunov GP, Tarlovskaya EI, Arutyunov AG, et al., 2021].

При этом другие уточненные нарушения проводимости (код — 145.8) в качестве сочетанных заболеваний определены у 2 (0.41%) больных; пароксизмальная форма фибрилляций предсердий (код — 148.0) выявлена у 41 (8.37%) больного; постоянная форма фибрилляции предсердий (код — 148.1) у 42 (8.57%) больных; фибрилляция и трепетание предсердий неуточненное (код — 148.9) — у 2 (0.41%). Среди пациентов с COVID-19 фибрилляция предсердий выявлялась в 19 — 21% наблюдений [Inciardi R.M., Adamo M., Lupi L., Cani D.S., Di Pasquale M., Tomasoni D., 2020; Gopinathannair R., Merchant F.M., Lakkireddy D.R., Etheridge S.P., Feigofsky S., Han J.K., 2020] до 42% (с неблагоприятным исходом) [Inciardi R.M., Adamo M., Lupi L., Cani D.S., Di Pasquale M., Tomasoni D., 2020]. Развитие протромботического состояния у больных с новой коронавирусной инфекцией COVID-19 и выраженное в виде микротромботизации коронарного русла тромбоемболические осложнения, определяли вероятность возникновения у них электрической нестабильности миокарда.

Сравнительная характеристика сочетанных заболеваний у 1254 выписанных (3331 сочетанных заболеваний) и 490 умерших (1825 сочетанных заболеваний) пациентов новой коронавирусной инфекцией COVID-19 показало, что выписанные пациенты имели в среднем 2.66 заболеваний на 1 пациента, а умершие — 3.72 заболевания на 1 пациента. Фибрилляция предсердий у выписанных пациентов определены в 83 (6.62%) наблюдениях, а у умерших — 61 (12.45%), что в 1.88 больше.

При этом, что 24.5% выживших пациентов с COVID-19 пожилого возраста имели фибрилляцию предсердий до инфицирования SARS-CoV-2 [Onder G., Rezza G., Brusaferro S., 2020], а впервые возникшая фибрилляция предсердий определялась в 3.6–6.7% у пациентов с COVID-19 [Taha M.E., Alsafi W., Taha M., Eljack A., Ibrahim H., 2020; Seecheran R., Narayansingh R., Giddings S., Rampaul M., Furlonge K., Abdool K., 2020].

Заключение. Таким образом, фибрилляция предсердий определена у пациентов с тяжелым течением коронавирусной инфекции COVID-19 от 19 до 44%, а сочетание новой коронавирусной инфекции COVID-19 с сердечно-сосудистыми заболеваниями на фоне развития кардиоваскулярных осложнений неблагоприятно сказывалась на течении и прогнозе лечения больных.

Частота фибрилляции предсердий у выживших больных COVID-19 в 1.88 раза меньше, по сравнению с умершими пациентами, что является предиктором тяжелых или необратимых последствий, а изменение его механической и электрической активности на фоне вирус ассоциированного поражения сердца не вызывают сомнений. Выработка четких алгоритмов лечебно-диагностической тактики и прогнозирование возможных неблагоприятных последствий развития фибрилляции предсердий и других нарушений ритма сердца обеспечит достижение максимального клинического эффекта и повысит благоприятный исход лечения больных коронавирусной инфекцией COVID-19.

Литература

1. Dong E., Du H., Gardner L. An interactive web-based dashboard to track COVID-19 in real time. *Lancet Infect. Dis.* 2020; 20 (5): 533–4. DOI: 10.1016/S1473–3099(20)30120–1.
2. Zaim S., Chong J.H., Sankaranarayanan V., Harky A. COVID19 and multiorgan response. *Curr. Probl. Cardiol.* 2020; 45 (8): 100618. DOI: 10.1016/j.cpcardiol.2020.100618.
3. Xu X., Chen P., Wang J. et al. Evolution of the novel coronavirus from the ongoing Wuhan outbreak and modeling of its spike protein for risk of human transmission. *Sci. China Life Sci.* 2020; 63 (3): 457–60. DOI: 10.1007/s11427–020–1637–5.
4. Peigh G., Leya M.V., Baman J.R. et al. Novel coronavirus 19 (COVID-19) associated sinus node dysfunction: a case series // *Eur Heart J.* — 2020. — Vol. 10. — P. 1–6.
5. Seecheran R., Narayansingh R., Giddings S. et al. Atrial arrhythmias in a patient presenting with coronavirus disease-2019 (COVID-19) infection // *J Investig Med High Impact Case Rep.* — 2020. — Vol. 8. — P. 1–6.

ОСОБЕННОСТИ ВЕДЕНИЯ И ИМПЛАНТАЦИИ У ПАЦИЕНТОВ СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

Юрий Павлович Успенский^{1,2}, Юрий Владимирович Егай^{1,3},
Андрей Сергеевич Галенко¹, Дмитрий Дмитриевич Зотов¹

¹Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет. 194100, Санкт-Петербург, ул. Литовская, д. 2.

²Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова. 197022, Санкт-Петербург, ул. Льва Толстого, д. 6–8.

³Центр лечения жителей блокадного Ленинграда СПб ГБУЗ «Госпиталь для ветеранов войн». 191144, Санкт-Петербург, ул. Старорусская, д.3.

E-mail: asgalenko@mail.ru

Ключевые слова: ЭКС, брадиформа ФП, СССУ, АВ блокада, бинодальная болезнь сердца.

Актуальность. Сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ) являются лидирующей причиной заболеваемости и смертности, особенно у лиц старшего возраста. В сочетании с современной мировой тенденцией роста пожилого населения ССЗ становятся значимой социальной нагрузкой в контексте инвалидизации, функционального снижения и затрат системы здравоохранения.

Пациенты старшего возраста с высокой полиморбидностью, со значимым снижением когнитивного и функционального статуса, с грузом социальных проблем, как правило, не включались в клинические исследования. Сегодня особенно очевидна нехватка данных доказательной медицины в контексте реальной клинической эффективности и безопасности тех или иных вмешательств у пациентов старших возрастных групп. Таким образом, пациенты пожилого возраста с ССЗ требуют всестороннего и интегративного пациент-центрического подхода для обеспечения комплексной помощи.

Цель: обеспечить высокое качества медицинской помощи пациентам старческого возраста, интегрировать принципы лечения пациентов данной возрастной категории с брадисистолиями.

Материалы и методы. В исследовании включены 60 пациентов. Средний возраст 87 (+/- 8) лет. Из них 27 мужчин и 33 женщин. В структуре основной патологии преобладала ишемическая болезнь сердца в сочетании с гипертонической болезнью.

Для учета полиморбидности использовалась шкала Functional Comorbidity index (2008г)

Всем пациентам имплантировались ЭКС в соответствии с рекомендациями Всероссийского научного общества аритмологов. У 16 пациентов — брадиформа ФП (26,5%), у 15 — СССУ (25%), у 22 — АВ блокада (37%), у 7 пациентов бинодальная болезнь сердца (11,5%).

Всем пациентам производилась оценка тургора. В случае низкого тургора выбирались узловые швы, при сохранении тургора — внутрικοжные. Всем пациентам во время формирования ложа ЭКС в новокаин добавлялся антибиотик широкого спектра действия.

У данных пациентов в 65% случаев проведение электрода (-ов) проводилась через головную вену.

Особенностей позиционирования электродов в камерах сердца не отмечалось.

После операции всем пациентам помимо стандартной аускультации легких выполнялся рентген ОГК.

Результаты. У всех пациентов, вошедших в исследование, не было интра- и/или послеоперационных осложнений. Проблем с заживлением послеоперационных ран не было. Не было также выявлено инфекционных осложнений.

Симптомы до и после операции

Критерий	До операции	После операции	P
Синокопальные состояния	22 (36,6%)	0	Менее < 0,05
Увеличение ежедневной активности	10	12	Более > 0,05
Одышка	13	9	Более > 0,05
Головокружения	18	14	Более > 0,05

Выводы.

Для обеспечения качественного лечения пациентов старческой возрастной категории с брадисистолиями необходимо:

- оценить мультиморбидность и полипрагмазию, учесть их при разработке тактики лечения пациента;
- оценить когнитивные функции и учесть их состояние при принятии решений по ведению пациента;
- оценить физическое функционирование и учесть его состояние при принятии решений по необходимости имплантации ЭКС.

МЕТАБОЛИЧЕСКИЙ СИНДРОМ И РИСК РАЗВИТИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ

Александр Николаевич Шишкин

Санкт-Петербургский государственный университет, 199034, Санкт-Петербург, Университетская набережная, 7–9

E-mail: alexshishkin@bk.ru

Ключевые слова: метаболический синдром, факторы риска, дисфункция эндотелия, сердечно-сосудистые осложнения, висцеральный жир.

Введение. В последние годы понятие «метаболический синдром» все время расширяется. В него теперь включают не только нарушения углеводного и липидного обменов, но и гиперурикемию, альбуминурию, гипертрофию миокарда, повышение содержания фибриногена в крови, увеличение адгезивной и агрегационной способности тромбоцитов, повышение концентрации некоторых реагентов острофазного ответа, активности ингибиторов активатора плазминогена, гиперандрогенизм и аномалии продукции некоторых регуляторных пептидов адипоцитарного происхождения (липокинов), а также дисфункцию эндотелия со снижением продукции окиси азота (NO). В многочисленных исследованиях показано, что ожирение является самостоятельным, независимым фактором риска сердечно-сосудистых заболеваний, характеризующихся высокой смертностью. Эндотелиальная дисфункция (ЭД) и её роль в повреждении сосудов и почек представляется важным звеном в сердечно-сосудистом континууме. Степень кардиоваскулярного риска при ожирении зависит от распределения жировой ткани в организме.

Цель исследования. Оценка факторов риска развития сердечно-сосудистых осложнений у больных с метаболическим синдромом.

Материалы и методы. Нами было проведено изучение 125 больных с ожирением и развитием метаболического синдрома, которое включало общепринятое клинико-лабораторное (в том числе исследование инсулина крови, С-пептида, мочевой кислоты, уровень гомоцистеина, уровень альбуминурии) и инструментальные исследования (оценка сосудодвигательной функции эндотелия, дуплексное сканирование почечных артерий). Для измерения параметров висцеральной жировой ткани (ПЖТ) применялась компьютерная томография со сканами, взятыми в аксиальной плоскости и средостенном режиме.

Результаты. Повышение уровня альбуминурии было выявлено у 62%, что коррелировало с ЭД у данной группы пациентов при проведении пробы с реактивной гиперемией и, косвенно, с уровнем гомоцистеина плазмы. У пожилых пациентов альбуминурия коррелировала с маркерами эндотелиальной дисфункции и риском смерти от сердечно-сосудистых осложнений. При оценке сосудодвигательной функции эндотелия у 51,2% пациентов показатель прироста составлял < 10%, что свидетельствовало о развитии эндотелиальной дисфункции. У лиц старших возрастных групп значения индекса резистивности достоверно превышали таковые в группе пациентов более молодого возраста. Между значениями пульсационного индекса, индекса резистентности и ИМТ была выявлена достоверно значимая корреляционная связь (0,5 и 0,7 соответственно при $p < 0,05$), что свидетельствует о достаточно ранних изменениях почечной гемодинамики при развитии метаболического синдрома. Отмечена значительная активация симпатической нервной системы при левополушарных ишемических очагах у пациентов, страдающих МС, характеризующаяся повышением АД в дневное время, недостаточным снижением его ночью, наличием экстрасистолий и отсутствием замедлений QT интервала. Наличие постоянной или пароксизмальной формы фибрилляции предсердий у пациентов с ИБС было ассоциировано с увеличением объема перикардиального жира.

Заключение. Эндотелиальная дисфункция и метаболический синдром являются тесно ассоциированными состояниями и формируют порочный круг, приводящий к метаболическим и кардиоваскулярным осложнениям. Выбор тактики ведения больных с МС должен быть индивидуальным в зависимости от степени ожирения, наличия или отсутствия АГ и других проявлений МС. Снижение массы тела и, особенно, массы висцерального жира способствует коррекции метаболических нарушений, повышению чувствительности тканей к инсулину и снижению АД, значительно уменьшая и отдаляя риск осложнений.

ПРАВИЛА ДЛЯ АВТОРОВ

Утв. приказом ректора
ФГБОУ ВО СПбГПМУ Минздрава России от 15.10.19

НАСТОЯЩИЕ ПРАВИЛА ДЛЯ АВТОРОВ ЯВЛЯЮТСЯ ИЗДАТЕЛЬСКИМ ДОГОВОРом

Условия настоящего Договора (далее «Договор») являются публичной офертой в соответствии с п. 2 ст. 437 Гражданского кодекса Российской Федерации. Данный Договор определяет взаимоотношения между редакцией журнала «University therapeutic journal» (Университетский терапевтический вестник) (далее по тексту «Журнал»), зарегистрированного Федеральной службой по надзору в сфере связи, информационных технологий и массовых коммуникаций (РОСКОМНАДЗОР), ПИ № ФС77-76938 от 09 октября 2019 г., именуемой в дальнейшем «Редакция» и являющейся структурным подразделением ФГБОУ ВО СПбГПМУ Минздрава России, и автором и/или авторским коллективом (или иным правообладателем), именуемым в дальнейшем «Автор», принявшим публичное предложение (оферту) о заключении Договора.

Автор передает Редакции для издания авторский оригинал или рукопись. Указанный авторский оригинал должен соответствовать требованиям, указанным в разделах «Представление рукописи в журнал», «Оформление рукописи». При рассмотрении полученных авторских материалов Журнал руководствуется «Едиными требованиями к рукописям, представляемым в биомедицинские журналы» (Intern. committee of medical journal editors. Uniform requirements for manuscripts submitted to biomedical journals // Ann. Intern. Med. 1997; 126: 36–47).

В Журнале печатаются ранее не опубликованные работы по профилю Журнала.

Журнал не рассматривает работы, результаты которых по большей части уже были опубликованы или описаны в статьях, представленных или принятых для публикации в

другие печатные или электронные средства массовой информации. Представляя статью, автор всегда должен ставить редакцию в известность обо всех направлениях этой статьи в печать и о предыдущих публикациях, которые могут рассматриваться как множественные или дублирующие публикации той же самой или очень близкой работы. Автор должен уведомить редакцию о том, содержит ли статья уже опубликованные материалы и предоставить ссылки на них, чтобы дать редакции возможность принять решение, как поступить в данной ситуации. Не принимаются к печати статьи, представляющие собой отдельные этапы незавершенных исследований, а также статьи с нарушением «Правил и норм гуманного обращения с биообъектами исследований».

Размещение публикаций возможно только после получения положительной рецензии.

Все статьи, в том числе статьи аспирантов и докторантов, публикуются бесплатно.

ПРЕДСТАВЛЕНИЕ РУКОПИСИ В ЖУРНАЛ

Авторский оригинал принимает редакция. Подписанная Автором рукопись должна быть отправлена в адрес редакции по электронной почте на адрес tervestnik@mail.ru. Автор должен отправить конечную версию рукописи и дать файлу название, состоящее из фамилии первого автора и первых 2–3 сокращенных слов из названия статьи.

СОПРОВОДИТЕЛЬНЫЕ ДОКУМЕНТЫ

К авторскому оригиналу необходимо приложить экспертное заключение о возможности

опубликования в открытой печати (бланк можно запросить, отправив письмо на tervestnik@mail.ru).

Рукопись считается поступившей в Редакцию, если она представлена комплектно и оформлена в соответствии с описанными требованиями. Предварительное рассмотрение рукописи, не заказанной Редакцией, не является фактом заключения между сторонами издательского Договора.

При представлении рукописи в Журнал Авторы несут ответственность за раскрытие своих финансовых и других конфликтных интересов, способных оказать влияние на их работу. В рукописи должны быть упомянуты все лица и организации, оказавшие финансовую поддержку (в виде грантов, оборудования, лекарств или всего этого вместе), а также другое финансовое или личное участие.

АВТОРСКОЕ ПРАВО

Редакция отбирает, готовит к публикации и публикует переданные Авторами материалы. Авторское право на конкретную статью принадлежит авторам статьи. Авторский гонорар за публикации статей в Журнале не выплачивается. Автор передает, а Редакция принимает авторские материалы на следующих условиях:

- 1) Редакции передается право на оформление, издание, передачу Журнала с опубликованным материалом Автора для целей реферирования статей из него в Реферативном журнале ВИНТИ, РНИЦ и базах данных, распространение Журнала/авторских материалов в печатных и электронных изданиях, включая размещение на выбранных либо созданных Редакцией сайтах в сети Интернет в целях доступа к публикации в интерактивном режиме любого заинтересованного лица из любого места и в любое время, а также на распространение Журнала с опубликованным материалом Автора по подписке;
- 2) территория, на которой разрешается использовать авторский материал, — Российская Федерация и сеть Интернет;
- 3) срок действия Договора — 5 лет. По истечении указанного срока Редакция оставляет за собой, а Автор подтверждает бессрочное право Редакции на продолжение размещения авторского материала в сети Интернет;
- 4) Редакция вправе по своему усмотрению без каких-либо согласований с Автором заклю-

чить договоры и соглашения с третьими лицами, направленные на дополнительные меры по защите авторских и издательских прав;

- 5) Автор гарантирует, что использование Редакцией предоставленного им по настоящему Договору авторского материала не нарушит прав третьих лиц;
- 6) Автор оставляет за собой право использовать предоставленный по настоящему Договору авторский материал самостоятельно, передавать права на него по договору третьим лицам, если это не противоречит настоящему Договору;
- 7) Редакция предоставляет Автору возможность безвозмездного получения справки с электронными адресами его официальной публикации в сети Интернет;
- 8) при перепечатке статьи или ее части ссылка на первую публикацию в Журнале обязательна.

ПОРЯДОК ЗАКЛЮЧЕНИЯ ДОГОВОРА И ИЗМЕНЕНИЯ ЕГО УСЛОВИЙ

Заключением Договора со стороны Редакции является опубликование рукописи данного Автора в журнале «University therapeutic journal» и размещение его текста в сети Интернет. Заключением Договора со стороны Автора, т. е. полным и безоговорочным принятием Автором условий Договора, является передача Автором рукописи и экспертного заключения.

ОФОРМЛЕНИЕ РУКОПИСИ

Статья должна иметь (НА РУССКОМ И АНГЛИЙСКОМ ЯЗЫКАХ):

1. Статья должна иметь: ЗАГЛАВИЕ (TITLE). Оно должно быть кратким (не более 120 знаков), точно отражающим содержание статьи.
2. Сведения об авторах (публикуются). Печатаются курсивом с указанием имени, отчества и фамилий авторов, с выравниванием по левому краю. Фамилии авторов рекомендуется транслитерировать так же, как в предыдущих публикациях или по системе BGN (Board of Geographic Names), см. сайт <http://www.translit.ru>. После фамилии надстрочным знаком указывается номер учреждения, если их несколько. На следующих строках обычным шрифтом с выравниванием по левому краю указываются полные названия и почтовые адреса учреждений, в которых работают авторы. Далее указываются данные контактного лица с выравниванием по лево-

му краю: имя, фамилия и отчество, должность и место работы, электронная почта.

Пример оформления на русском языке:

ПРИНЦИПЫ ДИАГНОСТИКИ АСТЕНИИ

Александр Владимирович Шабров¹, Юлия Александровна Фоминых^{2, 3}, Юрий Павлович Успенский^{2, 3}, Кямаля Низамитдиновна Наджафова³

¹Институт экспериментальной медицины. 197376, г. Санкт-Петербург, ул. Академика Павлова, 12

²Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. академика И.П. Павлова. 197022, г. Санкт-Петербург, ул. Льва Толстого, 6–8

³Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет. 194100, г. Санкт-Петербург, ул. Литовская, 2

Контактная информация: Кямаля Низамитдиновна Наджафова — ассистент кафедры факультетской терапии имени профессора В.А. Вальдмана.
E-mail: kyamalyok@yandex.ru

3. РЕЗЮМЕ (SUMMARY) (1500–2000 знаков, или 200–250 слов). Его помещают перед текстом статьи, выравнивание по ширине. Резюме не требуется при публикации рецензий, отчетов о конференциях, информационных писем.

Авторское резюме к статье является основным источником информации в отечественных и зарубежных информационных системах и базах данных, индексирующих журнал. Резюме доступно на сайте журнала «University therapeutic journal» и индексируется сетевыми поисковыми системами. Из аннотации должна быть понятна суть исследования, нужно ли обращаться к полному тексту статьи для получения более подробной, интересующей информации. Резюме должно излагать только существенные факты работы.

Рекомендуемая структура как аннотации, так и самой статьи IMRAD (для оригинальных исследований структура обязательна): введение (Introduction), материалы и методы (Materials and methods), результаты (Results), обсуждение (Discussion), выводы (Conclusion). Предмет, тему, цель работы нужно указывать, если они не ясны из заглавия статьи; метод или методологию проведения работы целесообразно описывать, если они отличаются новизной или представляют интерес с точки зрения данной

работы. Объем текста авторского резюме определяется содержанием публикации (объемом сведений, их научной ценностью и/или практическим значением) и должен быть в пределах 200–250 слов (1500–2000 знаков).

4. КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА (KEY WORDS). От 3 до 10, которые будут способствовать правильному перекрестному индексированию статьи, помещаются под резюме с подзаголовком «ключевые слова». Используйте термины из списка медицинских предметных заголовков (Medical Subject Headings), приведенного в Index Medicus (если в этом списке еще отсутствуют подходящие обозначения для недавно введенных терминов, выберите наиболее близкие из имеющихся). Ключевые слова разделяются точкой с запятой.

5. ЛИТЕРАТУРА (REFERENCES). Список литературы должен представлять полное библиографическое описание цитируемых работ в соответствии с NLM (National Library of Medicine) Author A. A., Author B. B., Author C. C. Title of article. Title of Journal. 2005;10(2):49–53. Фамилии и инициалы авторов в пристатейном списке приводятся в алфавитном порядке, сначала русского, затем латинского алфавита. В описании указываются ВСЕ авторы публикации. Библиографические ссылки в тексте статьи даются цифрой в квадратных скобках. Ссылки на неопубликованные работы не допускаются.

Книга

Автор(ы) название книги (знак точка) место издания (двоеточие) название издательства (знак точка с запятой) год издания.

Если в качестве автора книги выступает редактор, то после фамилии следует «ред.».

Преображенский Б. С., Тёмкин Я. С., Лихачёв А. Г. Болезни уха, горла и носа. М.: Медицина; 1968.

Радзинский В. Е., ред. Перинеология: учебное пособие. М.: РУДН; 2008.

Brandenburg J.H., Ponti G.S., Worring A.F. eds. Vocal cord injection with autogenous fat. 3rd ed. NY: Mosby; 1998.

Глава из книги

Автор(ы) название главы (знак точка) В кн.: или In: далее описание книги [Автор(ы) название книги (знак точка) место издания (двоеточие) название издательства (знак точка с запятой) год издания] (двоеточие) стр. от и до.

Коробков Г.А. Темп речи. В кн.: Современные проблемы физиологии и патологии речи: сб. тр. Т. 23. М.; 1989: 107–11.

Статья из журнала

Автор(ы) название статьи (знак точка) название журнала (знак точка) год издания (знак точка с запятой) том (если есть, то в круглых скобках номер журнала) затем знак (двоеточие) страницы от и до.

Кирющенко А. П., Совчи М. Г., Иванова П. С. Поликистозные яичники. Акушерство и гинекология. 1994; N 1: 11–4.

Brandenburg J. H., Ponti G. S., Worring A. F. Vocal cord injection with autogenous fat: a long-term magnetic resonance. *Laryngoscope*. 1996; 106 (2, pt 1): 174–80.

Тезисы докладов, материалы научных конференций

Бабий А. И., Левашов М. М. Новый алгоритм нахождения кульминации экспериментального нистагма (миниметрия). III съезд оториноларингологов Респ. Беларусь: тез. докл. Минск; 1992: 68–70.

Салов И.А., Маринушкин Д.Н. Акушерская тактика при внутриутробной гибели плода. В кн.: Материалы IV Российского форума «Мать и дитя». М.; 2000; ч. 1: 516–9.

Авторефераты

Петров С.М. Время реакции и слуховая адаптация в норме и при периферических поражениях слуха. Автореф. дис... канд. мед. наук. СПб.; 1993.

Описание Интернет-ресурса

Щеглов И. Насколько велика роль микрофлоры в биологии вида-хозяина? Живые системы: научный электронный журнал. Доступен по: http://www.biorf.ru/catalog.aspx?cat_id=396&d_no=3576 (дата обращения 02.07.2012).

Kealy M. A., Small R. E., Liamputtong P. Recovery after caesarean birth: a qualitative study of women's accounts in Victoria, Australia. *BMC Pregnancy and Childbirth*. 2010. Available at: <http://www.biomedcentral.com/1471-2393/10/47/>. (accessed 11.09.2013).

Для всех статей, имеющих DOI, индекс необходимо указывать в конце библиографического описания.

По новым правилам, учитывающим требования международных систем цитирования, библиографические списки (References) входят в англоязычный блок статьи и, соответственно, должны даваться не только на языке оригинала, но и в латинице (романским алфавитом). Поэтому авторы статей должны давать список литературы в двух вариантах: один на языке оригинала (русскоязычные источники кириллицей, англоязычные латиницей), как было принято ранее, и отдельным блоком тот же список литературы

(References) в романском алфавите для Scopus и других международных баз данных, повторяя в нем все источники литературы, независимо от того, имеются ли среди них иностранные. Если в списке есть ссылки на иностранные публикации, они полностью повторяются в списке, готовящемся в романском алфавите.

В романском алфавите для русскоязычных источников требуется следующая структура библиографической ссылки: автор(ы) (транслитерация), перевод названия книги или статьи на английский язык, название источника (транслитерация), выходные данные в цифровом формате, указание на язык статьи в скобках (in Russian).

Технология подготовки ссылок с использованием системы автоматической транслитерации и переводчика.

На сайте <http://www.translit.ru> можно бесплатно воспользоваться программой транслитерации русского текста в латиницу. Программа очень простая.

1. Входим в программу Translit.ru. В окошке «варианты» выбираем систему транслитерации BGN (Board of Geographic Names). Вставляем в специальное поле весь текст библиографии на русском языке и нажимаем кнопку «в транслит».
2. Копируем транслитерированный текст в готовящийся список References.
3. Переводим с помощью автоматического переводчика название книги, статьи, постановления и т.д. на английский язык, переносим его в готовящийся список. Перевод, безусловно, требует редактирования, поэтому данную часть необходимо готовить человеку, понимающему английский язык.
4. Объединяем описания в соответствии с принятыми правилами и редактируем список.
5. В конце ссылки в круглых скобках указывается (in Russian). Ссылка готова.

Примеры транслитерации русскоязычных источников литературы для англоязычного блока статьи.

Книга

Avtor(y) Nazvanie knigi (znak tochka) [The title of the book in english] (znak tochka) Mes-to izdaniya (dvoetochie) Nazvanie izdatel'stva (znak tochka s zapyatoy) god izdaniya.

Preobrazhenskiy B. S., Temkin Ya. S., Likhachev A. G. Bolezni ukha, gorla i nosa. [Diseases of the ear, nose and throat]. М.: Meditsina; 1968. (in Russian).

Radzinskiy V. E., ed. *Perioneologiya: uchebnoe posobie*. [Perineology tutorial]. M.: RUDN; 2008. (in Russian).

Глава из книги

Avtor(y) Nazvanie glavy (znak tochka) [The title of the article in english] (znak tochka) In: Avtor(y) Nazvanie knigi (znak tochka) Mesto izdaniya (dvoetochie) Nazvanie izdatel'stva (znak tochka s zapyatoy) god izdaniya. (dvoetochie) stranisi ot i do.

Korobkov G. A. Temp rechi. [Rate of speech]. V kn.: *Sovremennye problemy fiziologii i patologii rechi: sb. tr. T. 23*. M.; 1989: 107–11. (in Russian).

Статья из журнала

Avtor(y) Nazvanie stat'i (znak tochka) [The title of the article in english] (znak tochka) Nazvanie zhurnala (znak tochka) god izdaniya (znak tochka s zapyatoy) tom (esli est', to v kruglykh skobkakh nomer zhurnala) zatem (znak dvoetochie) stranitsy ot i do.

Kiryushchenkov A. P., Sovchi M. G., Ivanova P. S. Polikistoznye yaichniki. [Polycystic ovary]. *Akusherstvo i ginekologiya*. 1994; N 1: 11–4. (in Russian).

Тезисы докладов, материалы научных конференций

Babiy A. I., Levashov M. M. Novyy algoritm nakhozheniya kul'minatsii eksperimental'nogo nistagma (minimetriya). [New algorithm of finding of the culmination experimental nystagmus (minimetriya)]. III s'ezd otorinolaringologov Resp. Belarus': tez. dokl. Minsk; 1992: 68–70. (in Russian).

Salov I. A., Marinushkin D. N. Akusherskaya taktika pri vnutriutrobnoy gibeli ploda. [Obstetric tactics in intrauterine fetal death]. V kn.: *Materialy IV Rossiyskogo foruma «Mat' i ditya»*. M.; 2000; ch.1:516–9. (in Russian).

Авторефераты

Petrov S. M. Vremya reaktsii i slukhovaya adaptatsiya v norme i pri perifericheskikh porazheniyakh slukha. [Time of reaction and acoustical adaptation in norm and at peripheral defeats of hearing]. PhD thesis. SPb.; 1993. (in Russian).

Описание Интернет-ресурса

Shcheglov I. Naskol'ko velika rol' mikroflory v biologii vida-khozyaina? [How great is the microflora role in type-owner biology?]. *Zhivye sistemy: nauchnyy elektronnyy zhurnal*. Available at: http://www.biorf.ru/catalog.aspx?cat_id=396&d_no=3576 (accessed 02.07.2012). (in Russian).

ОТВЕТСТВЕННОСТЬ ЗА ПРАВИЛЬНОСТЬ БИБЛИОГРАФИЧЕСКИХ ДАННЫХ НЕСЕТ АВТОР.

Остальные материалы предоставляются либо на русском, либо на английском языке, либо на обоих языках по желанию.

Структура основного текста статьи.

Введение, изложение основного материала, заключение, литература. Для оригинальных исследований — введение, методика, результаты исследования, обсуждение результатов, литература (IMRAD). Названия всех разделов, а также резюме и ключевые слова, печатаются прописными буквами полужирным шрифтом с выравниванием по левому краю.

В разделе «методика» обязательно указываются сведения о статистической обработке экспериментального или клинического материала. Единицы измерения даются в соответствии с Международной системой единиц — СИ. Фамилии иностранных авторов, цитируемые в тексте рукописи, приводятся в оригинальной транскрипции.

Объем рукописей.

Объем рукописи обзора не должен превышать 25 стр. машинописного текста через два интервала, 12 кеглем (включая таблицы, список литературы, подписи к рисункам и резюме на английском языке), поля не менее 25 мм. Нумеруйте страницы последовательно, начиная с титульной. Объем рукописи статьи экспериментального характера не должен превышать 15 стр. машинописного текста; кратких сообщений (писем в редакцию) — 7 стр.; отчетов о конференциях — 3 стр.; рецензий на книги — 3 стр. Используйте колонтитул — сокращенный заголовок и нумерацию страниц, для помещения вверху или внизу всех страниц статьи.

Иллюстрации и таблицы. Число рисунков рекомендуется не более 5. В подписях под рисунками должны быть сделаны объяснения значений всех кривых, букв, цифр и прочих условных обозначений. Все графы в таблицах должны иметь заголовки. Повторять одни и те же данные в тексте, на рисунках и в таблицах не следует. Рисунки, схемы, фотографии должны быть представлены в расчете на печать в черно-белом виде или уровнями серого в точечных форматах tif, bmp (300–600 dpi), или в векторных форматах pdf, ai, eps, cdr. При оформлении графических материалов учитывайте размеры печатного поля Журнала (ширина иллюстрации в одну колонку — 90 мм, в две — 180 мм). Масштаб 1:1.

РЕЦЕНЗИРОВАНИЕ

Статьи, поступившие в редакцию, обязательно рецензируются. Если у рецензента возникают

вопросы, то статья с комментариями рецензента возвращается Автору. Датой поступления статьи считается дата получения Редакцией окончательного варианта статьи. Редакция оставляет за собой право внесения редакторских изменений в текст, не искажающих смысла статьи (литературная и технологическая правка).

АВТОРСКИЕ ЭКЗЕМПЛЯРЫ ЖУРНАЛА

Редакция обязуется выдать Автору 1 экземпляр Журнала на каждую опубликованную

статью вне зависимости от числа авторов. Авторы, проживающие в Санкт-Петербурге, получают авторский экземпляр Журнала непосредственно в Редакции. Иногородним Авторам авторский экземпляр Журнала высылается на адрес Автора по запросу от Автора. Экземпляры спецвыпусков не отправляются авторам.

АДРЕС РЕДАКЦИИ

194100, Санкт-Петербург, Литовская ул., 2
E-mail: tervestnik@mail.ru.